

Comment économiser sur les frais de gestion de la sécurité sociale ?

Une organisation de consommateurs, l'UFC-Que Choisir, vient de publier une intéressante étude sur les frais de gestion des complémentaires santé.

Selon elle, ces dépenses ont atteint 7,2 Mdâ,- en 2016, dont près de 40 % consacrés aux « frais d'acquisition » engagés pour convaincre les particuliers et les employeurs de s'adresser à l'institution A plutôt qu'à B, C ou D. Ces chiffres sont cohérents avec ceux, relatifs à l'année 2015, fournis par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques des ministères sociaux : la DREES estime à seulement 80 % la proportion des cotisations reversée aux assurés sous forme de prestations. Nous allons nous appuyer sur ces données de la DREES et sur les comptes de la sécurité sociale, dont l'édition 2018 vient de paraître, pour étudier la superposition des organismes complémentaires et de la sécurité sociale, pour évaluer la gabegie qu'elle engendre, et pour proposer des solutions permettant de rendre un meilleur service à un prix plus raisonnable.

L'organisation actuelle de la couverture maladie double inutilement les frais de gestion

Selon le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de juin 2018, en 2015 les prestations maladie et maternité servies par la CNAM se sont élevées à 148 Mdâ,- si l'on se limite aux dépenses relevant de l'ONDAM (Objectif national de dépenses d'assurance maladie), et à 159 Mdâ,- pour l'ensemble des prestations versées par la CNAM. Les cotisations, impôts et taxes ayant abouti dans les caisses de la CNAM se montent à 160,5 Mdâ,-. Les charges, quant à elles, ont atteint 5,7 Mdâ,- (et 6,7 Mdâ,- pour l'année 2016, pour laquelle les prestations sont en progression également très importante, suite à un changement de comptabilisation). Elles représentent donc 3,85 % des dépenses au sens le plus restrictif, et 3,55 % des recettes. Face à 20 % de frais de gestion pour les complémentaires santé, la CNAM en est à un peu moins de 4 %.

La CNAM dépense donc un peu moins pour sa gestion que l'ensemble des mutuelles et autres organismes d'assurance santé complémentaire, alors quelle sert 4,5 fois plus de prestations. Ce double dispositif, dont l'un rembourse peu mais avec des frais élevés, en raison des faibles prestations qu'il verse, complique la vie des patients et pèse lourdement sur le budget des Français. Nous sommes donc en présence d'un gaspillage considérable, plusieurs milliards d'euros chaque année. Ne pourrait-on pas y remédier ?

Quels remèdes pour l'assurance maladie dans son ensemble ?

La première solution qui vient à l'esprit est : rendre inutile les complémentaires santé en augmentant suffisamment la prise en charge des soins par la sécurité sociale. La généralisation des complémentaires qui vient d'être réalisée, au prix d'un gros effort demandé aux entreprises, ayant été une décision très critiquée, et en effet stupide, ce retour en arrière radical, accompagné par une forte augmentation du taux de prise en charge par la sécu, serait concevable. Mais il y a mieux à faire.

En effet, l'assurance maladie n'est pas un modèle absolu d'accueil du public, de bonnes relations avec les établissements de soins et les professionnels de santé libéraux, ni même de gestion au moindre coût. Un peu de concurrence ne lui ferait probablement pas de mal. Ce qui est important pour le patient et ceux qui le soignent ou s'occupent de lui, c'est de ne pas avoir à faire deux fois les démarches pour la même opération ou le même traitement. Non seulement cela coûte cher en frais de gestion, mais cela est en sus désagréable et chronophage pour le patient ou la personne qui veille sur lui. Cherchons donc une organisation telle que le malade n'ait affaire qu'à un seul organisme, qui le couvrirait aussi bien que deux actuellement, et qui pourrait lui rendre aussi d'autres services dans tous les domaines des assurances sociales et de la prévoyance.

Dans une certaine mesure, cette solution existe déjà : quelques complémentaires gèrent les dossiers maladie pour le compte de la sécurité sociale comme pour leur propre compte. Quand un malade consulte, ou est hospitalisé, sa carte vitale sert alors à la fois, en une seule saisie, pour les deux remboursements, par la sécurité sociale et par la mutuelle ou autre complémentaire santé. Si la procédure n'est pas le tiers-payant, il y a un seul virement sur le compte de l'assuré social. Celui-ci peut n'être en rapport qu'avec l'organisme gestionnaire de sa complémentaire santé, ce qui est plus simple.

La solution d'organismes sociaux multiservices

Le particulier retire aussi un autre avantage de cette façon de faire : il peut souscrire auprès d'un organisme tel qu'une institution de prévoyance, qui est généralement équipée pour, une formule d'épargne en vue de la retraite, ou une assurance dépendance. Voyons encore plus loin : pourquoi ne pas ouvrir la possibilité de passer par une telle institution pour vendre en viager son domicile ou percevoir des prestations familiales ? Bref, il serait possible de renouer avec l'idée de la caisse unique qui avait été un objectif en 1945, objectif hélas rapidement abandonné en dépit de l'intérêt qu'il présente pour l'assuré social : être client d'un prestataire de services capable de lui offrir toute la gamme des produits de protection sociale, que leur usage soit imposé par la loi ou laissé au libre choix du client.

L'assurance chômage elle-même pourrait être traitée par un tel prestataire, qui connaîtrait bien ses clients et ne les abandonnerait donc pas dans un univers bureaucratique et même parfois kafkaïen. Au moment où les banques délaissent de plus en plus le service personnalisé, au nom d'une conception ridicule du tout-numérique érigé en panacée universelle, ces prestataires, comme les actuelles institutions de prévoyance, pourraient gérer des comptes d'épargne, notamment salariale, et peut-être même pratiquer le micro-crédit pour des entrepreneurs individuels ou le crédit à la consommation.

Pour ne pas voir disparaître leur fonds de commerce, les caisses de sécurité sociale pourraient elles-mêmes se transformer en organismes sociaux multiservices : telle caisse d'assurance maladie, telle caisse d'allocations familiales, diversifierait ses activités en devenant l'interlocuteur privilégié de certains de ses anciens « administrés » devenus clients. Les mentalités et les pratiques évolueraient ; la sécurité sociale nouvelle génération entrerait non pas dans la sphère marchande, qui n'est pas sa vocation, mais dans celle d'un véritable échange non marchand.

Et ces évolutions généreraient d'importantes économies dans de nombreux domaines

Non seulement les frais inhérents à la double gestion des dossiers d'assurance maladie

s'évanouiraient, dégageant plusieurs milliards d'économies, mais les autres branches des assurances sociales, de l'assurance chômage, de la prévoyance et de la finance personnelle pourraient rendre davantage de services à moindre coût. Pourquoi se tourner vers le département pour obtenir l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ? Quant au soutien des personnes dépendantes, qui se situe à l'intersection de la maladie, de l'infirmité et de la vieillesse, il serait mieux organisé, au niveau pratique, par un organisme social multiservice, déjà en charge de gérer ou verser des prestations maladie et des pensions de vieillesse ou d'invalidité.

Les prestations familiales, radicalement simplifiées pour en finir avec un coût de gestion supérieur à 6 % des sommes distribuées, entreraient, elles aussi, dans le « portefeuille » de services sociaux composant le « fonds de commerce » des organismes sociaux multiservices. La « production des exclus », pour reprendre le titre d'un ouvrage d'Hélène Thomas, serait diminuée, et donc aussi les coûts élevés de l'exclusion, par la capacité à orienter plus rapidement les personnes en voie de marginalisation vers des suivis et des aides réellement adaptées à chaque cas. Le RSA subirait probablement des mutations intéressantes dans ce cadre et dans cette optique assez voisine du care, et en tous cas très soucieuse de traitement personnalisé des problèmes rencontrés par chaque assuré social.

La massification bureaucratique mâtinée d'idéologie redistributive coûte cher, non seulement en frais de gestion, mais aussi par son manque d'efficacité. Agir massivement à partir d'une conception primaire de l'économie et du social est inefficace. En agissant localement à partir de concepts soigneusement construits, il sera possible de produire en même temps des économies de gestion et des services sociaux de meilleure qualité.