

POUR UNE VÉRITABLE GÉNÉRALISATION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ



MESSAGES CLÉS

« Les complémentaires santé sont devenues indispensables : sans complémentaire, un Français renonce aujourd'hui deux fois plus à des soins », rappelle Etienne Caniard, président de la Mutualité Française. « C'est pourquoi nous demandons une véritable généralisation de la complémentaire santé pour que les retraités, jeunes précaires et chômeurs de longue durée – autant de personnes qui ne bénéficient pas de l'ANI - puissent y avoir accès ».

CHIFFRES CLÉS

89%. C'est la part de Français qui jugent que la complémentaire santé est une nécessité¹.

3,3 millions. C'est le nombre de personnes qui ont renoncé à une complémentaire santé en 2012, soit 500 000 de plus qu'en 2010.

29 %¹. C'est la part des personnes ayant renoncé à des soins – essentiellement pour des raisons financières – en France. En l'absence de complémentaire santé, le renoncement est deux fois plus élevé.

6 %. C'est le poids d'une complémentaire santé dans le revenu médian des retraités.

41 %. C'est la part de Français âgés de 50 à 64 ans qui jugent le prix de leur complémentaire santé « excessif », soit 10 points de plus que la moyenne¹.

De 2,5% à 13,27%. C'est l'évolution du taux de taxation des contrats de complémentaire santé entre 2008 et 2012.

51%. C'est la part des frais de soins courants pris en charge par l'Assurance maladie, l'autre moitié étant financée par les complémentaires santé et les ménages.

POINT DE SITUATION

Aujourd'hui, les salariés et leur famille bénéficient – via les contrats collectifs d'entreprise - d'aides fiscales et sociales qui atteignent 3,5 milliards d'euros, alors que les chômeurs de longue durée et les retraités notamment n'ont droit à aucune aide de ce type.

Pour les retraités en particulier, c'est la quadruple peine : alors que leur revenu d'activité baisse et que les problèmes de santé sont plus fréquents à leur âge, ils perdent le co-financement de leurs cotisations par leur employeur et les aides fiscales et sociales dont bénéficie le contrat collectif de leur entreprise. De plus, la forte hausse de la fiscalité constatée entre 2008 et 2013 pèse en totalité sur les bénéficiaires de contrats individuels. Le coût d'un contrat santé, pour les retraités, peut ainsi être multiplié par 3,5 et passer de 283 à 998 euros par an, en moyenne.

Pour un chômeur de longue durée, le coût d'une même couverture est, en moyenne, 2,4 fois supérieur à celle d'un salarié, soit 665 euros.

LES PROPOSITIONS DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

La Mutualité Française demande une remise à plat de l'ensemble des dispositifs d'aide pour faciliter l'accès à la complémentaire santé des retraités et précaires.

Cette réforme serait l'occasion de simplifier et de mieux articuler l'ensemble des aides à la complémentaire (ACS, CMU-C, contrats collectifs, sortie de contrats collectifs, contrats Madelin, labellisation et référencement), sans coût supplémentaire pour le budget de l'Etat, en poursuivant l'objectif de lisser le tarif de la complémentaire santé tout au long de la vie de l'assuré.

Agir en ce sens par le levier fiscal – entre autres - permettrait de rétablir une forme d'équité au bénéfice des contrats individuels.

LES BÉNÉFICES POUR LES ADHÉRENTS

Une véritable généralisation de la complémentaire santé permettrait de :

- Réduire le reste à charge de ceux qui n'ont pas aujourd'hui de complémentaire santé.
- Faire baisser le renoncement à des soins pour raisons financières.
- Réduire le poids de la complémentaire santé dans le budget des retraités.

¹ Source : étude Cecop/CSA menée pour la Mutualité Française en mai 2015.

RÉNOVATION DU SYSTÈME CONVENTIONNEL



MESSAGES CLÉS

« Faut-il se résigner à une augmentation des dépassements d'honoraires sans contrepartie ? », s'interroge Etienne Caniard. « Ne serait-il pas préférable d'imaginer un cadre **d'engagements réciproques entre complémentaires santé et médecins** permettant de mieux rémunérer certains actes ou pratiques définis avec les professionnels de santé ? Nous pouvons aussi réfléchir à **d'autres dispositifs** pour favoriser la coordination, les pratiques de qualité, financer des modes d'organisation allégeant les tâches non médicales des médecins ».

CHIFFRES CLÉS

2,7 milliards d'€. C'est le montant total des dépassements d'honoraires des médecins libéraux en 2014.

70 %. C'est ce qui reste à la charge des ménages pour financer ces 2,7 milliards de dépassements d'honoraires, 30 % étant remboursé par les complémentaires santé.

54,1 %. C'est le taux moyen de dépassement des médecins en secteur 2 en 2014.

32 %. C'est la proportion de médecins de secteur 2 ayant adhéré au Contrat d'accès aux soins en 2014.

63 %. C'est la part de Français, parmi ceux qui fréquentent les réseaux de soins, qui estiment que ces derniers contribuent à réduire leur reste à charge. C'est également un moyen d'améliorer la qualité des soins pour 37 % d'entre eux².

1,9 milliard d'euros. C'est l'économie dont pourraient bénéficier les Français s'ils avaient tous accès à des réseaux de soins optiques, dentaires et d'audioprothèses, le reste à charge d'un assuré diminuant en moyenne de 140 euros en dentaire (prothèse et orthodontie), 65 euros en optique et 390 euros en audioprothèse.

+ 34 %. C'est l'évolution du nombre de Français ayant accès à un réseau de soins entre 2012 et 2014³.

55 %. C'est la part des bénéficiaires d'une mutuelle ayant accès à un réseau optique, en décembre 2014. Ils sont également 55 % à avoir accès à un réseau d'audioprothèses.

29 %. C'est la part des bénéficiaires d'une mutuelle ayant accès à un réseau de soins dentaires.

POINT DE SITUATION

Le système conventionnel a notamment pour objectif de définir les tarifs qui servent de base à l'assurance maladie pour rembourser les soins aux assurés (par ex. : 23 euros pour une consultation chez un médecin généraliste). Les actions mises en œuvre pour maîtriser les dépassements d'honoraires sont malheureusement limitées, voire contournées.

La Cour des comptes indique, dans son rapport sur la Sécurité sociale de 2014, que les acteurs de la politique conventionnelle « *n'ont pas trouvé la place que la réforme de 2004 visait à leur donner pour le bon équilibre du système conventionnel* », l'Etat pouvant avoir tendance à intervenir « *dans des conditions qui brouillent les responsabilités* ».

LES PROPOSITIONS DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

La Mutualité Française demande la remise à plat du cadre des négociations conventionnelles avec les professions de santé.

Elle souhaite développer les réseaux de soins en optique et dentaire ainsi que le conventionnement dans les maisons de santé mutualistes, en poursuivant l'objectif d'un reste à charge nul pour les patients.

LES BÉNÉFICES POUR LES PATIENTS

Les propositions pour rénover le système conventionnel présentent un double bénéfice :

- Pour les patients : une meilleure organisation des soins de proximité, une maîtrise des dépassements d'honoraires et du reste à charge, et un engagement de qualité.
- Pour les pouvoirs publics : une plus grande maîtrise budgétaire.

² Source : Etude Cecop/CSA pour la Mutualité Française, mai 2015.

³ Source : Données, portant sur les 7 principaux réseaux, issues de l'Etude Les Echos sur les réseaux de soins conventionnés – Avril 2014

SANTÉ DIGITALE, TELEMEDECINE : LES NOUVEAUX SERVICES DES MUTUELLES

MESSAGES CLÉS

« Objets connectés, télémédecine, « big data », décryptage du génome et médecine prédictive... La révolution digitale et technologique de la santé est en marche et ouvre des perspectives immenses. Les mutuelles ont montré qu'elles étaient pionnières pour mettre l'innovation au service de leurs adhérents », observe Etienne Caniard.

CHIFFRES CLÉS

5 000. C'est le nombre de clichés du fond d'œil, réalisés chaque année par des orthoptistes et analysés à distance par des ophtalmologistes – un des seuls actes de télémédecine remboursés par l'assurance maladie⁴.

900 millions d'€. C'est l'économie annuelle que pourrait représenter la télémédecine dans le suivi des patients hypertendus⁵.

53 %. C'est la part de Français qui jugent utile l'e-santé au sens large (avec toutes les applications possibles)⁶.

POINT DE SITUATION

Les mutuelles proposent à leurs adhérents des services innovants, via notamment leurs 2 500 établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Des cabines de télé-consultation sont ainsi en cours de déploiement, pour permettre aux malades et aux personnes âgées de rencontrer un médecin sans avoir à faire des déplacements trop importants et souvent contraignants compte tenu de leur situation respective. Ces cabines abritent, entre autres, un électrocardiogramme, un stéthoscope, une caméra pour un examen dermatologique, une caméra pour un examen ORL ainsi que des appareils de mesure pour le poids et la taille.

Dans les Ehpad mutualistes, les résidents bénéficient sans se déplacer de consultations spécialisées en dermatologie, cardiologie, gériatrie, psychiatrie. Ces consultations sont également ouvertes à la population alentour, permettant de limiter les déserts médicaux. La télémédecine est ainsi une réalité en Mutualité.

Des objets connectés sont également proposés aux adhérents pour leur donner les moyens de devenir acteurs de leur santé, suivre l'évolution de leur activité physique ou de leur poids, et surveiller leur tension ou leur diabète.

Des robots sont actuellement en expérimentation. Ils accompagnent les personnes âgées, en situation de dépendance, dans la gestion de leur vie quotidienne (information sur leur santé, alerte en cas de chute...)...

La Mutualité Française a également mis en place un appartement témoin « connecté ». Il s'agit d'un appartement équipé de technologies numériques et domotiques qui permettent aux personnes en perte d'autonomie de tester les aides et les dispositifs qui pourront ensuite être mis à disposition dans leur propre appartement, afin de faciliter un retour à domicile après une hospitalisation, ou de garder leur autonomie le plus longtemps possible.

LES PROPOSITIONS DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

« Si les perspectives sont immenses, notamment en termes d'optimisation de l'organisation du système de soins et de prévention, il devient urgent aujourd'hui de s'interroger sur les moyens de rendre accessibles au plus grand nombre ces innovations tout en les évaluant », rappelle Etienne Caniard. « Il faut mettre en place des garde-fous pour éviter notamment une trop forte individualisation des garanties qui se ferait au détriment de la mutualisation et de la solidarité entre assurés », souligne Etienne Caniard qui demande la création d'un lieu de débat, réunissant l'ensemble des acteurs de la santé digitale, pour discuter de ces enjeux, évaluer les expérimentations menées et déterminer l'utilité des dispositifs qu'il conviendrait de généraliser.

LES BÉNÉFICES POUR LES ADHÉRENTS

Mettre l'innovation au service des patients permettrait d'améliorer notre système de santé et de :

- Passer d'une médecine purement curative à une logique davantage préventive.
- Redonner aux patients une place centrale dans le système de soins, en leur proposant de devenir acteurs de leur santé.
- Individualiser les parcours de santé, de la prévention au dépistage jusqu'au traitement lui-même.

⁴ Source : Etat des lieux de l'innovation en santé numérique, par les professeurs Hervé Dumez et Etienne Minvielle (2015)

⁵ Source : Etude sur les technologies de l'information au service des nouvelles organisations de soins de Syntec numérique intitulée « TélMéDECINE 2020 : Faire de la France un leader du secteur en plus forte croissance de la e-santé »

⁶ Source : Etude Cecop/CSA pour la Mutualité Française, mai 2015.

NOUVEAU CODE DE LA MUTUALITÉ



MESSAGES CLÉS

« Aujourd'hui, les mutuelles vivent trois évolutions majeures : la concentration du secteur, l'ANI et la directive Solvabilité 2. Le nouveau code de la Mutualité devra permettre aux mutuelles de relever ces différents défis et de renforcer leur développement dans le secteur de la complémentaire santé », explique Etienne Caniard, président de la Mutualité Française.

CHIFFRES CLÉS

4 millions. C'est le nombre de nouveaux salariés qui vont bénéficier d'un contrat santé collectif d'ici le 1^{er} janvier 2016. Parmi eux, 3,6 millions étaient jusque-là couverts par un contrat individuel.

450. C'est le nombre de mutuelles en France en 2015, soit deux fois moins qu'en 2008 (973).

54%. C'est la part des mutuelles sur le marché de la complémentaire santé (devant les assureurs – 28 % - et les institutions de prévoyance – 18 %)

36 %. C'est la part des mutuelles sur le marché des complémentaires collectives (devant les institutions de prévoyance – 34 % - et les assureurs – 30 %).

POINT DE SITUATION

Au 1^{er} janvier 2016, tous les salariés devront bénéficier d'une complémentaire santé collective.

Au 1^{er} janvier 2016, la directive Solvabilité 2 entre en vigueur. Elle fixe de nouvelles exigences prudentielles aux organismes assureurs et impose des règles pouvant toucher directement le mode de gouvernance des mutuelles :

- Les dirigeants - tant élus que certains salariés - devront répondre à des critères de « fit and proper » (c'est-à-dire de compétence et d'honorabilité).
- Il devra y avoir désormais, aux côtés du président élu, un second dirigeant « effectif », capable de prendre des décisions engageant la mutuelle vis-à-vis des tiers.

LES PROPOSITIONS DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

La FNMF souhaite un nouveau code de la Mutualité pour refonder le modèle d'entreprendre des mutuelles.

L'enjeu est de donner toute latitude aux mutuelles pour développer leurs services et leur activité dans le secteur de la protection sociale.

La généralisation de la complémentaire santé à tous les salariés va se traduire par la transformation de 3,6 millions de contrats individuels en contrats collectifs. Avec ce basculement, devra être renforcée la **représentation des salariés et des entreprises au sein de la gouvernance démocratique des mutuelles** dont les principes d'organisation ont été établis à une époque où l'adhésion individuelle était la norme. Le nouveau code de la Mutualité doit intégrer la réalité des contrats collectifs en organisant la représentation des salariés et des entreprises.

Avec la directive Solvabilité 2, la gouvernance mutualiste est également amenée à évoluer, les dirigeants – les élus comme certains salariés – devant répondre aux critères « fit and proper ». C'est pourquoi la Mutualité Française souhaite **renforcer le statut de l' élu mutualiste** bénéficiant notamment de formations adaptées. Avec ce statut, l'objectif sera également de renforcer la parité et le renouvellement militant.

C'est bien le renforcement de la dynamique entrepreneuriale et militante des mutuelles qui est au cœur de la rénovation du droit mutualiste. Il est fondamental aujourd'hui de distinguer ce qui relève de la gouvernance de ce qui relève du champ d'activités. Le code de la Mutualité doit être un code « moteur » pour le développement et la forme mutualiste.

LES BÉNÉFICES POUR LES ADHÉRENTS

Les rapprochements permettent aux mutuelles de développer de nouveaux services à forte valeur ajoutée pour les assurés (réseaux de soins, tiers payant, dispositifs de prévention...) et d'augmenter encore leur performance économique au service de leur performance sociale.

La gouvernance démocratique des mutuelles est un gage de proximité et d'adéquation avec les attentes des adhérents, représentés par les élus mutualistes.

Renforcer les acteurs non-lucratifs dans le secteur de la protection sociale permet de mieux prendre en compte l'intérêt du patient et de sa santé.

GENERALISATION DU TIERS PAYANT

MESSAGES CLÉS

Pour Etienne Caniard, « *le tiers payant est un outil efficace permettant de faciliter l'accès aux soins. La Mutualité mettra tout en œuvre pour mettre en place une solution technique simple tant pour les professionnels de santé que pour les patients. Cette solution passe par un flux de paiement distinct pour les deux financeurs de notre système de santé – assurance maladie et complémentaires -, seule façon de garantir le paiement aux professionnels de santé, chaque financeur restant garant de ses propres engagements* ».

CHIFFRES CLÉS

6,8 milliards d'€ de frais de soins. C'est la somme que les complémentaires santé évitent à leurs adhérents d'avancer, chaque année, grâce à leur système de tiers payant.

Plus de 100 000 professionnels de santé pratiquent déjà le tiers payant (TP) avec les complémentaires santé : 100% des pharmaciens ; 50% des infirmières ; 46% des centres de santé ; 45% des orthophonistes.

62 %⁷. C'est la proportion de médecins, parmi ceux qui utilisent déjà le tiers payant, favorables à sa généralisation.

25 pays sur 28 pratiquent déjà l'avance de frais en médecine de ville en Europe. Seuls la Belgique, la France et le Luxembourg ne l'ont pas mis en place.

54 %. C'est la part des Français qui jugent que le tiers payant va contribuer à lutter contre le renoncement aux soins⁸.

Le tiers payant arrive en **2^e position** des services les plus attendus par les Français vis-à-vis de leur complémentaire santé².

POINT DE SITUATION

La mise en œuvre du TP pour les bénéficiaires de l'ACS, est prévue à partir du 1^{er} juillet 2015. L'État s'est engagé à ce qu'un tel dispositif n'entraîne pas de régression pour les professions de santé qui pratiquent déjà le TP avec les outils proposés par les complémentaires. Le projet de loi santé prévoit la généralisation du TP à l'horizon 2017. Sans remettre en cause le principe des deux financeurs, il prévoit la rédaction d'un rapport conjoint (assurance maladie et complémentaires) sur les solutions techniques de tiers payant, et confie à l'assurance maladie un rôle de pilotage important.

La Mutualité Française, la FFSA (Fédération française des sociétés d'assurances) et le CTIP (Centre technique des institutions de prévoyance) ont créé une association afin de proposer une solution commune, à co-construire avec les opérateurs de tiers payant et les professionnels de santé, pour garantir le paiement et simplifier le tiers payant.

LES PROPOSITIONS DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

La Mutualité demande la généralisation du système de tiers payant mis en place par les complémentaires santé.

La Mutualité observera, avec la plus grande vigilance, les conditions de mise en œuvre de la généralisation du tiers payant. Elle s'opposera à tout dispositif risquant de dégrader le fonctionnement d'un système clé pour l'accès aux soins des patients, et notamment à toute solution technique de tiers payant qui ne respecterait pas la réalité de l'existence de deux financeurs, fragilisant ainsi le service rendu aux patients et aux professionnels de santé.

C'est dans cette perspective que la Mutualité s'est engagée, avec les autres familles de complémentaires, dans un projet qui permettra, en 2017, à l'ensemble des professionnels de santé, y compris les médecins, de pratiquer le tiers payant, de façon simple, sans que cela empiète sur le temps consacré aux soins.

La Mutualité Française s'engage à développer un tiers payant s'appuyant sur les principes suivants : garantie de paiement et simplicité de mise en œuvre.

LES BÉNÉFICES POUR LES ADHERENTS

Si le tiers payant était généralisé aux consultations et actes des médecins, les mutuelles et les autres organismes complémentaires pourraient éviter aux patients d'avancer **11,2 milliards d'euros** de frais de soins par an (soit 4,4 milliards d'euros supplémentaires).

Le système de tiers payant développé par les complémentaires est simple à utiliser pour les professionnels de santé et offre une garantie de paiement automatisée. Dans l'enquête menée par le Quotidien du Médecin, les médecins qui pratiquent le tiers payant mettent en avant les avantages suivants : « *facilité de paiement pour certains patients, assurance d'être payé pour le médecin, moins de chèques impayés, moins de passages à la banque* » et des « *relations avec les patients apaisées* ».

Enfin, pour les pouvoirs publics, le tiers payant est un moyen de lutter contre le renoncement aux soins.

⁷ Source : Enquête du Quotidien du Médecin de novembre 2014.

⁸ Source : Etude Cecop/CSA pour la Mutualité Française en mai 2015

DONNEES DE SANTE



MESSAGES CLÉS

« Pour jouer véritablement son rôle, le partage des données - prévu par le projet de la loi de santé - doit être piloté par un acteur indépendant et laisser une place réelle à chaque acteur impliqué – assurance maladie et pouvoirs publics, mais aussi complémentaires santé, professionnels de santé, associations de patients.... Ce serait un progrès pour la démocratie sanitaire, l'efficacité de notre système de santé et l'intérêt général », estime Etienne Caniard, président de la Mutualité Française.

CHIFFRES CLÉS

Etalab⁹ a recensé **40 organismes** fournisseurs de données de santé.

Les données de santé actuellement disponibles ne représentent que **2%** des données disponibles dans 5 ans, selon Orange Healthcare¹⁰.

POINT DE SITUATION

Le Projet de loi de santé est discuté au Parlement depuis le 31 mars 2015. Adopté en première lecture par les députés, le texte doit encore être examiné par le Sénat.

LES PROPOSITIONS DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

Renforcer la démocratie sanitaire et l'efficacité de notre système de soins en confiant la gouvernance des données de santé à un acteur indépendant.

La coordination entre l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires est une condition essentielle de la réussite de ce projet de loi, en termes d'accès aux soins et d'efficacité, et elle ne pourra se faire qu'en reconnaissant et en respectant chaque acteur.

La gestion des données de santé doit être confiée à un acteur indépendant afin que chaque acteur impliqué – assurance maladie et pouvoirs publics, mais aussi complémentaires santé, professionnels de santé, associations de patients – y joue un rôle au regard de ses missions et de son engagement....

La Mutualité Française préconise **une évolution de l'actuel Institut des données de santé (IDS)**, préservant son indépendance et son ouverture à toutes les parties prenantes aux côtés des pouvoirs publics, tout en renforçant ses moyens d'action pour accélérer et sécuriser l'accès aux données de santé.

Créé en 2007, l'IDS organise l'accès aux données dans un environnement sécurisé. Il contribue également à une meilleure lecture des données de santé en produisant des tableaux de bords conçus comme des outils d'aide à la décision pour l'ensemble de ses membres (pouvoirs publics, régimes d'assurance maladie obligatoire, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Union nationale des professionnels de santé, Collectif interassociatif sur la santé, Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et Fédérations hospitalières). L'IDS est aussi à l'origine de la mise en commun de données entre l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé pour améliorer la connaissance des restes à charge pour les patients, tout en préservant leur anonymat.

LES BÉNÉFICES POUR LES ADHÉRENTS

L'analyse des données de santé anonymisées est la clé pour :

- Mieux comprendre et améliorer notre système de santé.
- Réduire les inégalités d'accès aux soins.
- Permettre une réelle gestion du risque et revisiter le parcours de soin du patient.
- Identifier les pratiques les plus efficaces pour les patients.

⁹ Service du Premier ministre français créé en 2011, chargé de créer un « portail unique interministériel des données publiques » françaises (www.data.gouv.fr)

¹⁰ Source : Orange Healthcare – Calcul FNMF