



SANTÉ 2012
LES PROPOSITIONS
DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

**Face au problème
de l'accès aux soins,
des solutions existent.**



*Vos mutuelles unies
pour une société plus solidaire*

**Dans la France de 2012, de plus en plus de Français
doivent renoncer à des soins ou les reporter.
Le pacte social est atteint dans ce qu'il a de plus précieux :
la garantie donnée à tous d'un accès à des soins de qualité.**

Les plus modestes, les plus fragiles d'entre nous paient le plus lourd tribut
de la dégradation de l'accès aux soins ;
et le phénomène s'aggrave, s'étend aux jeunes,
aux classes moyennes, aux retraités.

L'avenir de notre système de protection sociale est aujourd'hui menacé
en raison de sa situation financière et du recours systématique à l'endettement.
L'organisation de la prise en charge des soins s'avère peu efficace
pour les patients et très coûteuse.

Notre système de santé privilégie trop souvent l'intervention la plus lourde
au détriment de réponses plus appropriées aux besoins de la population,
et particulièrement des personnes en situation de perte d'autonomie.

La solidarité s'est effritée d'année en année,
l'assurance maladie ne couvrant souvent qu'un peu plus
de la moitié des frais de soins courants.
Bénéficiaire d'une mutuelle est devenu indispensable
pour être convenablement pris en charge.
Dans le même temps, l'augmentation des taxes frappant les mutuelles
et l'inflation des tarifs pratiqués par les professionnels,
appliquant des dépassements d'honoraires,
provoquent un renchérissement des cotisations pour tous les adhérents.

**Unies au sein de la Mutualité Française,
les mutuelles se tournent vers les gouvernants de demain.
Oui ou non, nos futurs gouvernants vont-ils vraiment faire en sorte
de garantir à tous l'accès à des soins de qualité ?**

La Mutualité Française a défini trois objectifs sur lesquels nos futurs gouvernants doivent s'engager :

1

RENFORCER LE RÔLE DU MÉDECIN TRAITANT, POUR LUI DONNER LES MOYENS D'ASSURER PLEINEMENT SON RÔLE PIVOT DANS LE PARCOURS DE SOINS.

2

RÉDUIRE LA PART DES DÉPENSES DE SANTÉ RESTANT À CHARGE, PREMIÈRE CAUSE DU RENONCEMENT AUX SOINS.

3

INSTAURER UN DROIT RÉEL À UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE, DE QUALITÉ ET À UN PRIX ACCESSIBLE POUR TOUS ; ET GARANTIR AINSI, À TOUS LES ÂGES DE LA VIE, L'ACCÈS À UNE MUTUELLE.

Pour chacun de ces trois objectifs, le plan d'actions élaboré par la Mutualité Française et ses partenaires - patients, professionnels de santé, partenaires sociaux, acteurs de l'économie sociale et solidaire - comprend des propositions précises. Ambitieuses. Réalistes.

Nous, mutualistes, ne défendons aucun intérêt mercantile.
Nous interpellons tous les acteurs du système de santé au nom des valeurs d'intérêt général qui fondent notre engagement - et qui fondent la confiance des 38 millions de personnes protégées par les mutuelles.

LA MUTUALITE FRANÇAISE EN BREF

Présidée par Etienne Caniard, la Mutualité Française fédère la quasi-totalité des mutuelles santé en France, soit près de 600. Six Français sur dix sont protégés par une mutuelle de la Mutualité Française, soit près de 38 millions de personnes et quelque 18 millions d'adhérents. Les mutuelles interviennent comme premier financeur des dépenses de santé après la Sécurité sociale. Ce sont des organismes à but non lucratif: elles ne font pas de profit et ne versent pas de dividende. Régies par le code de la Mutualité, elles ne pratiquent pas la sélection des risques. Les mutuelles disposent également d'un réel savoir-faire médical et exercent une action de régulation des dépenses de santé et d'innovation sociale à travers près de 2 500 services de soins et d'accompagnement mutualistes.

RENFORCER LE RÔLE DU MÉDECIN TRAITANT, POUR LUI DONNER LES MOYENS D'ASSURER PLEINEMENT SON RÔLE PIVOT DANS LE PARCOURS DE SOINS.

Conforter ses missions ainsi que la rémunération du médecin et de l'équipe associée :

Dispenser totalement les adhérents de l'avance de frais pour les soins assurés chez leur médecin traitant.

Ceci spécialement pour les structures organisées de médecine de proximité bien réparties géographiquement (centres de santé, maisons et pôles), grâce à la pratique du tiers payant de la part Sécurité sociale et mutuelle.

Revoir les modes de rémunération des pharmaciens

Donner aux pharmaciens des missions nouvelles, dans le suivi des patients, est un enjeu de coopération entre les professionnels de santé. Ce rôle accru des pharmaciens peut permettre d'améliorer la prise en charge des patients et l'efficacité du parcours de soins.

Instaurer un forfait de coordination

Soutenir, notamment sur le plan conventionnel, l'exercice collectif et coordonné du médecin généraliste et de l'équipe soignante associée à la prise en charge du patient (au sein de centres, pôles, et maisons de santé).

Mettre en place de nouveaux modes de rémunération qui favorisent prévention et éducation thérapeutique

en combinant une part fixe et une part forfaitaire pour les médecins généralistes, paramédicaux et pharmaciens organisés collectivement (pôles, centres et maisons de santé).

Dispenser les personnes entrant dans un parcours de soins reconnu d'acquiescer des franchises,

cette situation constituant le droit commun.

Construire le lien entre les soins de ville et les établissements :

Créer une fonction de “coordination de séjour”

et ainsi faire de la prise en charge coordonnée, de l'admission et de la sortie, une mission de l'établissement hospitalier, et intégrer la gestion des cas ou des parcours dans les missions des professionnels de premier recours, en particulier dans les centres et maisons de santé.

Développer les transmissions d'information entre les établissements de santé et leur environnement ambulatoire,

comme par exemple :

- la production et l'envoi de comptes rendus d'hospitalisation dématérialisés dans des délais raisonnables aux professionnels de santé chargés de la prise en charge ambulatoire.
- l'accès facilité au dossier médical, notamment pour les personnes en situation de dépendance.

Organiser le développement de la chirurgie ambulatoire et de l'hospitalisation à domicile

en garantissant qualité des soins et efficience économique.

Développer des structures d'accueil permettant une meilleure gestion des cas d'urgence

et assurer une permanence des soins; limiter ainsi l'accès direct à l'hôpital aux cas qui le justifient.

Développer la télémédecine

quand elle peut représenter un facteur d'amélioration de la qualité des soins et de l'accès aux soins.

RÉDUIRE LA PART DES DÉPENSES DE SANTÉ RESTANT À CHARGE, PREMIÈRE CAUSE DU RENONCEMENT AUX SOINS.

Maîtriser les dépassements d'honoraires des médecins de secteur 2 :

Plafonner les tarifs

Les médecins qui pratiqueraient des honoraires au-delà des tarifs plafonnés seraient placés hors convention.

Organiser le remboursement des tarifs plafonnés par les mutuelles

pour limiter les restes à charge.

Améliorer la prise en charge des soins optiques, dentaires et des audioprothèses :

Permettre aux mutuelles de diminuer le reste à charge des soins optiques, dentaires...

en leur donnant un cadre juridique assurant la même liberté de conventionnement qu'aux autres acteurs de la complémentaire santé.

Améliorer le remboursement des soins dentaires

en définissant avec les professionnels un nouvel équilibre entre la prise en charge des soins conservateurs et des prothèses dentaires.

Rendre public les tarifs des professionnels de santé

Permettre aux mutuelles de diffuser à leurs adhérents des informations nominatives sur les prix des professionnels de santé, en les autorisant à accéder aux bases publiques d'informations.

Mieux rembourser les soins les plus utiles :

Supprimer le taux de remboursement des médicaments à 15%,

premier pas vers une simplification et clarification des niveaux de Service Médical Rendu et des taux de prise en charge.

Conditionner la mise sur le marché des dispositifs médicaux

à une autorisation basée sur des critères de qualité, sécurité, efficacité. Cette autorisation serait délivrée par une autorisation sanitaire, comme c'est le cas pour le médicament.

Réformer l'admission au remboursement des médicaments,

avec plus de sélectivité dès l'autorisation de mise sur le marché, grâce à l'introduction du progrès médical dans ses critères et le développement de la pharmaco-épidémiologie.

Limiter les forfaits facturés lors des séjours hospitaliers

pour que les soins en clinique ou à l'hôpital restent accessibles aux assurés.

3

INSTAURER UN DROIT RÉEL À UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE, DE QUALITÉ ET À UN PRIX ACCESSIBLE POUR TOUS ; ET GARANTIR AINSI, À TOUS LES ÂGES DE LA VIE, L'ACCÈS À UNE MUTUELLE.

Aider au maintien de la mutuelle en cas de perte d'emploi, séparation, départ en retraite...,
en instaurant plus de mutualisation entre les contrats d'entreprise et les contrats individuels.

Définir des règles assurant davantage de mutualisation des garanties complémentaires
et réserver les aides fiscales et sociales aux garanties réellement solidaires.

Développer la solidarité nationale pour l'accès à la complémentaire santé,
en particulier auprès des personnes en situation de revenus inférieurs au seuil de pauvreté, par la restauration de la participation de l'Etat au financement de la CMU (couverture maladie universelle) et de l'ACS (aide à la complémentaire santé).

Retrouvez les propositions de la Mutualité Française
sur www.mutualite.fr



255 rue de Vaugirard - 75719 paris Cedex 15 - Tel. : 01 40 43 30 30

 www.mutualite.fr

 facebook.com/mutualite.francaise

 twitter.com/mutualite_fr