

DOSSIER DE PRESSE 2014

LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ

CONTACTS :

Constance BAUDRY - 06 85 29 82 22 - constance.baudry@mutualite.fr

Christelle CROS - 06 75 80 58 39 - christelle.cros@mutualite.fr



DES VALEURS défendues et partagées



L'objectif des mutuelles est de permettre à chacun d'avoir accès à des soins de qualité à un coût maîtrisé. Elles proposent une offre de complémentaires santé couvrant les dépenses de santé non prises en charge par la Sécurité sociale. Au-delà de cette activité, les mutuelles gèrent également des services de soins et d'accompagnement afin de répondre aux besoins de santé de la population.

Solidarité, liberté, démocratie et responsabilité constituent les piliers de l'engagement des mutualistes.

Pour défendre et partager ces principes fondateurs, le mouvement mutualiste œuvre chaque jour à articuler valeurs humanistes et modèle économique durable.

◆ LA SOLIDARITÉ

La solidarité est au cœur de l'engagement des mutuelles, organismes à but non lucratif et acteurs de l'économie sociale et solidaire (ESS). Les mutualistes considèrent que « notre santé n'est pas un commerce ». À ce titre, les mutuelles refusent toute discrimination financière et la sélection du risque comme critère d'adhésion. Les mutuelles militent pour une couverture collective des risques. À l'image de la Sécurité sociale, dont elles partagent les valeurs et la vision, les mutuelles reposent sur un système de couverture santé intergénérationnelle, des biens portants vers les malades et des plus jeunes vers les plus âgés. Autrement dit, indépendamment de leur âge ou de leur revenu, les adhérents bénéficient d'une **égalité de traitement**.

◆ LA LIBERTÉ

Les mutuelles sont constituées en **groupements de personnes indépendants**.

◆ LA DÉMOCRATIE

Les mutuelles sont **dirigées par leurs propres adhérents, élus démocratiquement**. 100 000 citoyens élus sont en charge de 450 mutuelles. Chaque élu a vocation, comme délégué ou au niveau des instances dirigeantes, à jouer un rôle dans le fonctionnement de sa mutuelle.

◆ LA RESPONSABILITÉ

Depuis toujours, la Mutualité Française est un **acteur responsable de la régulation du système de santé** et œuvre à ce que chaque citoyen maîtrise sa propre santé. Pour ce faire, elle met à disposition des adhérents mutualistes des éléments d'information sur la santé et développe des **actions de prévention et d'éducation à la santé**. Pour couvrir l'ensemble des territoires et afin de permettre un large déploiement de ses actions et interventions, la Mutualité Française noue de nombreux partenariats (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, associations, etc.).

LES MÉTIERS de la Mutualité Française

La Mutualité Française exerce quatre métiers qui engagent les mutuelles auprès de la population française tout au long de la vie.

◆ REMBOURSER LES SOINS

La Mutualité Française est **le premier financeur des dépenses de santé** après la Sécurité sociale. Les mutuelles santé de la Mutualité Française représentent 54 % de la complémentaire santé en France et protègent plus d'un Français sur deux.

Elles remboursent à leurs adhérents le ticket modérateur, c'est-à-dire la partie des dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale : jusqu'à 46 % des soins courants remboursés et la quasi totalité des frais d'optique. Grâce à la politique du tiers payant développée par la Mutualité Française, ces frais peuvent être pris en charge directement par les mutuelles dans le cadre de conventions signées avec ses partenaires : Sécurité sociale, professionnels de santé et établissements de soins.

◆ SOIGNER ET ACCOMPAGNER LES ADHÉRENTS DANS LEUR PARCOURS DE SANTÉ

Pour offrir à tous le meilleur accès possible à des soins de qualité à des tarifs maîtrisés, la Mutualité Française gère, sur l'ensemble du territoire, **plus de 2 500 services de soins et d'accompagnement mutualistes** : établissements hospitaliers, centres de santé médicaux, centres d'optique et dentaires, etc. C'est **le premier acteur de services de soins à but non lucratif**. Les mutuelles adhérentes à la Mutualité Française ont à la fois développé une forte expertise dans l'univers médical, mais sont aussi des acteurs à part entière de la régulation des dépenses de santé. Fortes d'une expérience de terrain, elles participent à la diffusion d'une dynamique d'innovation sociale et s'inscrivent ainsi au cœur du débat sur la santé publique.

◆ PRÉVENIR LES RISQUES ET PROMOUVOIR LA SANTÉ

La Mutualité Française est le premier acteur de prévention en France, après les organismes publics. Convaincue qu'un système de santé performant ne peut pas faire l'économie d'une **approche préventive de la santé**, elle en a fait un axe de sa stratégie sanitaire. Elle multiplie les engagements en ce sens, déployant plus de 6 000 actions chaque année. En lien avec Priorité Santé Mutualiste, le service d'information santé des mutuelles, la Mutualité Française met en place de nombreuses actions de proximité et de prévention. Elle s'associe également souvent aux pouvoirs publics, aux collectivités locales, aux associations ainsi qu'à l'Assurance maladie à travers des partenariats.

◆ LA PRÉVOYANCE

Les mutuelles proposent aussi des couvertures en matière de prévoyance, de dépendance, de retraite et de décès. **Chacun peut ainsi bénéficier d'une protection complète pour lui-même et sa famille**, grâce à un large éventail de garanties d'épargne, de prévoyance et de retraite complétant les garanties santé proposées par les mutuelles.

FICHES D'ACTUALITÉ

SOMMAIRE

- ◆ FISCALITÉ
- ◆ GÉNÉRALISATION DU TIERS PAYANT
- ◆ DONNÉES DE SANTÉ
- ◆ RÉNOVATION DU SYSTÈME CONVENTIONNEL
- ◆ SOLVABILITÉ II

CONTACTS :

Constance BAUDRY - 06 85 29 82 22 - constance.baudry@mutualite.fr

Christelle CROS - 06 75 80 58 39 - christelle.cros@mutualite.fr



MESSAGES CLÉS

« *C'est excessif !* », estime Etienne Caniard, au regard de l'augmentation de la fiscalité des contrats santé. « *Ces taxes ont un impact direct sur le coût des complémentaires santé et donc sur le pouvoir d'achat des Français* ».

CHIFFRES CLÉS

L'accès à la complémentaire santé recule pour la première fois depuis 2000¹ : 3,3 millions de personnes en sont privées en 2012, soit **500 000** de plus qu'en 2010.

En 2012, selon l'Irdes, près de **26 %** des personnes déclarent avoir renoncé à au moins un soin pour des raisons financières.

Les taxes pesant sur les complémentaires santé sont passées de 1,75 % en 2005 à **13,27 %** en 2012.

En 2000, la dotation de l'Etat au Fonds CMU était de 800 millions d'euros (247 millions pour les complémentaires qui finançaient 30 % du Fonds). La dotation de l'Etat est aujourd'hui quasi nulle tandis que les complémentaires financent le Fonds au-delà de **2 milliards d'euros** soient 97 % du financement total.

POINT DE SITUATION

Le gouvernement travaille sur un projet de fusion de deux taxes pesant sur les contrats de santé (la TSCA et la TSA). Cette fusion pourrait entraîner un nouvel alourdissement de la fiscalité pesant sur les mutuelles et donc sur les Français.

LES PROPOSITIONS DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

Pour une baisse des taxes pesant sur les complémentaires et donc sur les Français.

La Mutualité propose ainsi de faire passer la taxe sur les contrats solidaires et responsables de 7 à 5 %, afin de se montrer incitatif pour ceux qui jouent le jeu de l'intérêt général.

LES BÉNÉFICES POUR LES ADHÉRENTS ET LES POUVOIRS PUBLICS

- ◆ Un gain de pouvoir d'achat, la baisse de la fiscalité ayant une répercussion sur le prix des contrats santé.
- ◆ Une valorisation plus importante des contrats solidaires et responsables par rapport à ceux qui ne le sont pas.

¹ Source : Irdes (<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/198-l-enquete-sante-et-protection-sociale-esps-2012-premiers-resultats.pdf>)

GÉNÉRALISATION 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 garantir la mise en place d'une solution technique simple tant pour les professionnels de santé que pour les patients.* »

CHIFFRES CLÉS

Chaque année, les mutuelles avancent à leurs adhérents **6,8 milliards d'euros** de frais de soins grâce à leur système de tiers payant.

Plus de 90 000 professionnels de santé pratiquent déjà le tiers payant (TP) avec les mutuelles :

- ◆ 100 % des pharmaciens depuis de nombreuses années
- ◆ 50 % des infirmières
- ◆ 46 % des centres de santé
- ◆ 45 % des orthophonistes

25 pays sur 28 pratiquent déjà le tiers payant en médecine de ville en Europe. Les pays qui ne l'ont pas mis en place sont la Belgique, la France et le Luxembourg.

POINT DE SITUATION

La mise en œuvre du TP pour les bénéficiaires de l'Aide à la complémentaire santé (ACS), coordonnée par l'Assurance maladie, est prévue à partir du 1^{er} juillet 2015¹. L'État s'est engagé à ce qu'un tel dispositif n'entraîne pas de régression pour les autres professions de santé qui pratiquent déjà le tiers payant avec les outils proposés par les complémentaires.

Dans le cadre du projet de loi santé qui prévoit la généralisation du tiers payant à l'horizon 2017, les travaux techniques pilotés par la CNAMTS ont repris début septembre avec les complémentaires.

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 la plus grande vigilance sur 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. Elle ne se laissera notamment pas imposer une solution technique de tiers payant, totalement entre les mains de l'Assurance maladie et qui ne respecterait pas la réalité de l'existence de deux financeurs, fragilisant ainsi le service rendu aux patients et aux professionnels de santé. 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 intégral 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 :

- ◆ le libre choix de pratiquer le TP pour le professionnel de santé ;
- ◆ la garantie de paiement ;
- ◆ la simplicité de mise en œuvre.

LES BÉNÉFICES POUR LES ADHÉRENTS, LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET LES POUVOIRS PUBLICS

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 est une garantie de paiement.

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

¹ Et non le 1^{er} janvier 2015 comme prévu initialement, les textes relatifs à l'ACS n'ayant pas encore été publiés.

MESSAGES CLÉS

« En l'état actuel et s'agissant de la gouvernance des données de santé, le projet de loi de santé ne nous satisfait pas », explique Etienne Caniard.
« Pour jouer véritablement son rôle, ce dispositif 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. »

POINT DE SITUATION

Le Projet de loi a été transmis pour consultation aux caisses d'assurance maladie et à l'UNOCAM. Il sera examiné en commission des affaires sociales dans le courant de l'automne. La discussion au Parlement est prévue pour le premier semestre 2015.

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.

D'après le projet de loi de santé, la gouvernance et l'hébergement des données de santé sont confiés à la CNAMTS et non à un organisme indépendant (qui ne soit pas à la fois producteur et organisateur de ces données). Pour jouer véritablement son rôle, ce dispositif 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...

La coordination entre les assurances maladie obligatoire et complémentaire 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 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 tarifaires, les inégalités d'accès aux soins et identifier les pratiques les plus efficaces pour les patients.

RÉNOVATION DU SYSTÈME CONVENTIONNEL



MESSAGES CLÉS

Pour Etienne Caniard, « *le système conventionnel tripartite n'a pas atteint son objectif, ni en termes d'efficacité du système, ni en termes d'accès aux soins. Les bénéfices pour les patients ne sont pas au rendez-vous.* »

CHIFFRES CLÉS

Montant des dépassements d'honoraires¹ :

- ◆ En 2013, les dépassements d'honoraires des médecins libéraux sont en hausse de 2,9% pour atteindre 2,7 milliards d'euros (2,4 Md€ pour les spécialistes et 0,3 Md€ pour les généralistes).
- ◆ Le montant des dépassements d'honoraires des chirurgiens-dentistes en 2012 était de 4,7 milliards d'euros.
- ◆ + 100 % : la part des rémunérations forfaitaires (ROSP², rémunération médecin traitant, permanence des soins,...) dans le total des honoraires des médecins généralistes a presque doublé. Elle est passée de 5,8 % en 2006 à 11,2 % en 2013.

POINT DE SITUATION

Le système conventionnel a pour objectif de définir des tarifs qui servent de base à l'Assurance maladie pour rembourser les soins aux assurés (par ex. : 23 euros pour un médecin généraliste).

Mais ce système est contourné et limité dans ses actions. La procédure de sanctions des dépassements excessifs mise en place en 2012 est limitée à ce jour. Entre juin et août 2013 :

- ◆ **961 courriers d'avertissement** avaient été envoyés pour manquement aux critères définis par le DG UNCAM ;
- ◆ **3 médecins ont été sanctionnés** par la Commission paritaire régionale (CPR) d'Ile-de-France en mars 2014³. La sanction : obligation de pratiquer à tarif opposable pendant 2 mois. La CPR de PACA a sanctionné 1 médecin qui a fait appel.

LES PROPOSITIONS DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

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

Il convient d'optimiser l'allocation des ressources. Les organismes complémentaires souhaitent être plus et mieux associés aux négociations. Les négociations doivent prendre en compte l'ensemble des financeurs du système et mettre les bénéfices pour le patient au cœur de leur objectif.

La Mutualité Française souhaite que tout soit mis en œuvre pour valoriser le contrat d'accès aux soins (CAS) qui doit permettre de maîtriser l'évolution des dépassements d'honoraires. Pour remplir ce rôle, il est indispensable qu'un nombre plus important de médecins y adhèrent afin de pouvoir concentrer l'intervention des mutuelles sur les médecins qui s'engagent dans ce dispositif.

LES BÉNÉFICES POUR LES ADHÉRENTS ET LES POUVOIRS PUBLICS

Pour les adhérents : une meilleure organisation des soins de proximité, la maîtrise des dépassements d'honoraires.

Pour les pouvoirs publics : un meilleur accès aux soins, des budgets maîtrisés.

¹ Source : Comptes nationaux de la santé, sept. 2014

² Rémunération sur Objectif de Santé Publique

³ 1 homéopathe (taux de dépassement de 453 %), 1 gynécologue obstétricien (408 %) et 1 acupuncteur (400 %)

MESSAGES CLÉS

« La Mutualité Française est mobilisée aux côtés des mutuelles et les accompagne dans la perspective de l'entrée en vigueur de Solvabilité II », explique Etienne Caniard. « Notre objectif est la mise en place d'une réforme qui respecte l'identité mutualiste et qui soit proportionnée à la situation économique des mutuelles ».

« Nos positions doivent être entendues par les pouvoirs publics, rappelle Etienne Caniard, car elles font l'objet d'un large consensus auprès des autres fédérations ».

CHIFFRES CLÉS

105 mutuelles ont été formées par la Mutualité Française en 2014, dans la perspective de l'entrée en vigueur de Solvabilité II.

180 mutuelles sont concernées par ces nouvelles exigences prudentielles.

POINT DE SITUATION

L'entrée en vigueur de Solvabilité II est fixée au **1^{er} janvier 2016**.

Cette réforme repose sur trois piliers :

- ◆ exigences quantitatives, nécessitant l'évaluation régulière de la robustesse des mutuelles ;
- ◆ exigences qualitatives, nécessitant des évolutions dans le domaine du contrôle interne ;
- ◆ exigences d'information, nécessitant une évolution des modalités de reporting.

Après le vote le **11 mars 2014** de la directive Omnibus II par le Parlement européen, la transposition des directives européennes devrait avoir lieu **d'ici la fin mars 2015**.

LES PROPOSITIONS DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

Le président de la Mutualité rappelle que la gouvernance démocratique propre aux mutuelles a fait la preuve de son efficacité, d'une gestion raisonnable et sécurisée au service des adhérents. Or, le projet actuel de transposition de la directive Solvabilité II pourrait remettre en cause ce modèle.

La Mutualité s'interroge en particulier sur l'interprétation que l'ACPR¹ fait de la directive. Des questions se posent sur les conditions de qualification d'une UMG (union mutualiste de groupe) en groupe prudentiel (avec les contraintes d'organisation et de reporting qui y sont associées), la demande qui pourrait être faite aux mutuelles de remplacer une personne qui ne répondrait pas aux critères de « fit and proper » (c'est-à-dire de compétence et d'honorabilité), et la désignation du 2nd « dirigeant effectif » - avec le président - capable d'engager la responsabilité de la mutuelle vis-à-vis des tiers.

LES BÉNÉFICES POUR LES ADHÉRENTS

La mise en œuvre des principes définis par Solvabilité II permettra :

- ◆ de mieux cartographier les risques ;
- ◆ de sécuriser la pérennité des garanties des adhérents ;
- ◆ de renforcer le secteur mutualiste en lui donnant les mêmes outils que ses concurrents.

¹ Autorité de contrôle prudentiel et de résolution