

1. Bonjour à toutes et à tous,
Je vais vous présenter l'exemple de la France et le cas particulier de la Mutualité Française en tant qu'acteur global de santé.

2. Deux parties structureront mon exposé
Le système de Sécurité sociale français, ses fondamentaux en termes d'organisation du financement et les enjeux économiques actuels
Puis l'intervention des Mutuelles dans le système de santé et son financement

3. Tout d'abord un rappel sur le financement de la sécurité sociale (la partie publique du financement).
Si le financement par cotisation sociale reste très important (47% des ressources), l'impôt prend une part de plus en plus grande.
En particulier la Contribution sociale généralisée qui atteint 34%

4. Les dépenses relatives à la santé n'ont cessé de croître, elles ont été multipliées par 3.5 en 50 ans.

La part dans le PIB a également cru régulièrement pour atteindre 11,8%, ce qui place la France au 3ème rang des pays de l'OCDE après les Etats-Unis et les Pays-Bas, et 2 points au dessus de la moyenne des pays de l'OCDE.

5. La répartition du financement laisse encore une large place à un financement public, soit 78% en cumulant la Sécurité sociale et l'Etat.
13,5% sont financés par les assureurs santé complémentaires ou les ménages.
La part de la Sécurité Sociale a néanmoins reculé depuis 5 ans de près d'1 point soit 1,7Mds d'euros qui ont été transférés à parts égales sur les ménages en propre et sur les complémentaires santé

6. Pour mémoire, le système français est organisé autour d'un co-paiement.

La Sécurité sociale ne couvre en effet pas l'intégralité des soins remboursables, le co-paiement (appelé Ticket modérateur) varie le plus souvent de 20 à 40%.

Il peut même monter jusqu'à 85% pour certains médicaments.

Le reste à charge des ménages comprend non seulement ce co-paiement mais certains coûts supplémentaires appelés dépassements (par rapport à une base de remboursement définie par la Sécurité sociale ou négociée avec les professionnels de santé). En effet dans certains cas le médecin peut pratiquer des tarifs libres supérieurs au tarif qui sert de base à la définition du co-paiement.
Ce reste à charge est le plus souvent pris en charge par les complémentaires santé.

L'adhésion à ces complémentaires se fait sur la base du volontariat.

7. Pour illustrer le mécanisme, je vous propose l'exemple suivant.

Regardons une consultation chez un médecin spécialiste dans le parcours de soins coordonné (le cas usuel où la porte d'entrée du système est le médecin généraliste) Dans l'exemple, le médecin pratique des tarifs dits libres (qu'il fixe comme il le souhaite). Prenons un prix de 50 euros.

Sur cette consultation, la Sécu a négocié le tarif de remboursement à hauteur de 23 €. La Sécu rembourse 70% de ce prix -1€ (du fait de l'instauration d'une nouvelle participation forfaitaire instaurée en 2006) soit 15.1€.

La mutuelle, selon le niveau de ses garanties, prend en charge le co-paiement soit 6.9€ plus une partie de l'écart entre le prix facturé et le tarif sécu. Dans l'exemple elle prend en charge 11.5€.

Au total son intervention est de 18,4€. Le reste à charge de l'utilisateur est donc de 17,5€ (la participation forfaitaire de 1€ plus le reste du dépassement).

8. Pour revenir à la situation financière du Système, il est important de remarquer qu'avant la crise le déficit de la Sécurité sociale était déjà important, il a plus que doublé pour les années 2009 et 2010.

Et ceci n'est que la partie émergée de la dette car dans la mesure où cette situation est structurelle, le déficit accumulé et transféré dans une Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale (CADES) atteint 160Mds d'euros.

9. Cette situation a conduit depuis 2004 (année d'une réforme importante en France) les pouvoirs publics à rechercher des sources d'économies et pour partie à transférer sur les complémentaires santé et les ménages des charges de différentes natures.

Ainsi sur la période de 2004 à 2011, c'est plus de 6Mds d'euros qui ont été transférés.

Dans le même temps la Sécurité Sociale réalisait près de 10MDs€ d'économie.

10. Ces transferts ont pour conséquence une dynamique plus forte des dépenses des ménages et des complémentaires comme on peut l'observer sur ce graphique qui représente les évolutions en indice des dépenses des ménages, des complémentaires et de la Sécurité Sociale comparés au Revenu disponible brut entre 2005 et 2010.

11. Sur le marché de la complémentaire santé, les mutuelles représentent une part de 56%.

Avec les Institutions de prévoyance (17%), elles représentent la part du marché tenue par des organismes à but non lucratif

12. La population française est très largement couverte par une assurance complémentaire santé.

Ces chiffres datent de 2008 et montrent que 92% des français sont couverts, dont 7,4% (les plus pauvres) sont couverts par une couverture gratuite.

13. La Mutualité Française et ses mutuelles adhérentes sont des organismes respectant les principes suivants :

- Une gouvernance démocratique : 1 personne = 1 voix
- Pas d'actionnaires
- A but non lucratif
- Pas de sélection du risque (pas de questionnaire médical)
- Une gestion solidaire du risque, remboursement en fonction des besoins
- Les primes peuvent être modulées en fonction du revenu, de l'âge, lieu de résidence, durée d'adhésion, régime de sécurité sociale, nombre d'ayant droit (et donc pas d'autre critère possible)
- La mission de garantir un égal accès pour tous à des soins de qualité

14. La Mutualité est également un offreur de soins, environ 300 mutuelles gèrent plus de 2000 offreurs de soins

Dont le détail figure sur cette diapositive

15. La Mutualité a donc un rôle d'acteur global de santé.

Se pose régulièrement la question de faire coexister deux types d'acteur dans un système de co-paiement.

Néanmoins en regardant cette diapositive, on voit que la Sécurité Sociale et les Mutuelles (les assureurs complémentaires plus largement) sont basés sur des fonctionnements différents qui aujourd'hui ne se font pas concurrence.

Les principales différences sont sur :

- le mode d'adhésion (obligatoire ou volontaire),
- les principes de solidarité (revenus pour la Sécu, entre adhérents d'une même garantie pour une mutuelle),
- La capacité à négocier avec les Professionnels de Santé
- La concurrence ou non
- La capacité à gérer le risque avec des outils efficaces (accès aux données détaillées ou non)

La question se pose du partenariat pour améliorer la cohérence des financements des soins, des politiques de rémunérations des PS et plus largement de la régulation du système pour éviter la fuite en avant actuelle qui consiste à transférer toujours plus de charges sur les ménages et leurs mutuelles.

Un partenariat permettrait que la régulation des dépenses de santé soit plus efficace car coordonnée

16. Aussi la Mutualité appelle à une nouvelle réforme du système et propose les actions suivantes :

Construire un partenariat avec la Sécurité Sociale permettant :

- De rendre la sécurité sociale pérenne et efficace
- De renforcer le rôle du médecin traitant, véritable porte d'entrée dans le système de santé
- Construire un lien réel entre l'hôpital et la ville
- Plafonner les dépassements d'honoraires afin de limiter le reste à charge des ménages
- Accroître la couverture des soins reconnus comme les plus utiles et dérembourser ceux qui ne le seraient pas ou plus (comme certains médicaments par exemple)

Instaurer un droit réel à une complémentaire santé solidaire, de qualité et à un prix accessible à tous :

- Aider au maintien de la mutuelle en cas de perte d'emploi, séparation, de départ en retraite
- Développer la solidarité en assurant davantage d'égalité dans la fiscalité des populations couvertes par une garantie de complémentaire santé (par exemple en réservant les aides fiscales et sociales aux garanties réellement solidaires)

En contrepartie, La Mutualité accepte une régulation plus forte des garanties de complémentaire santé