

Pourquoi les cotisations des Mutuelles vont augmenter en 2018 ?

Meyreuil, le 18/12/2017

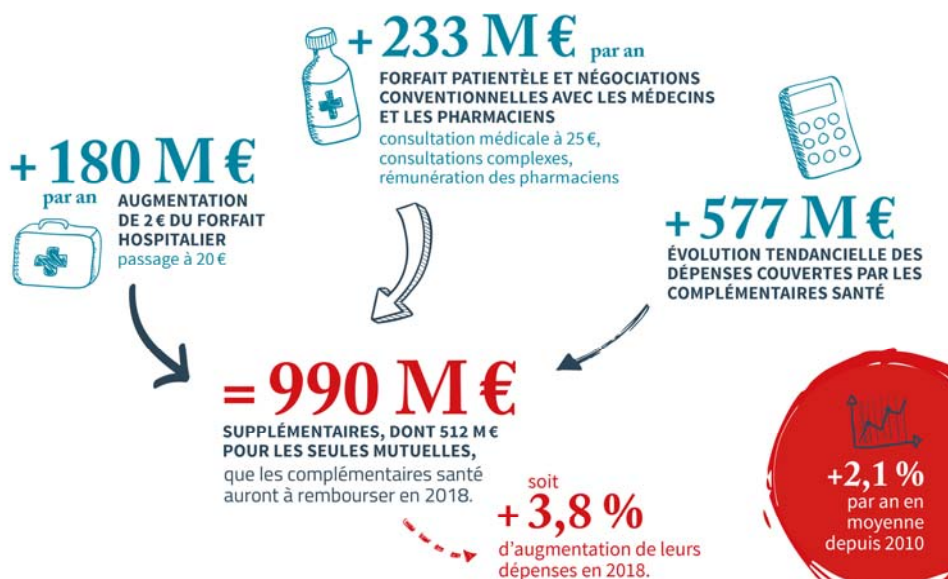
Pour 2018, la Mutualité Française a estimé à +577 Mio€ l'évolution tendancielle des dépenses couvertes par les organismes complémentaires (soit 872 Mio€ d'évolution spontanée minorés par 295 Mio€ d'économie prévues par le PLFSS). Par ailleurs, au-delà de cette évolution tendancielle, les mutuelles devront faire face à une augmentation des dépenses liées à la mise en œuvre des récentes négociations conventionnelles (consultation médicale à 25 €, consultations complexes, forfait patientèle et rémunération des pharmaciens) et de l'augmentation du forfait hospitalier.

Au total, ce sont donc plus de 991 Mio€ supplémentaires, dont 511 Mio€ pour les seules mutuelles, que les assureurs complémentaire santé auront à rembourser en 2018, soit une augmentation de 3,8% de leurs dépenses.



PLFSS 2018

PRÈS DE 1 MD€ DE DÉPENSES
SUPPLÉMENTAIRES POUR LES
COMPLÉMENTAIRES SANTÉ



Source : ministère de la Santé / Calculs Mutualité Française.

www.mutualite.fr





1/La hausse du forfait hôtelier hospitalier

Rappel des faits :

- Le forfait hospitalier est intégralement pris en charge par les complémentaires santé dans le cadre du contrat responsable
- Augmentation de 2 euros prévu au PLFSS 2018 (soit de 18€ à 20€/jour pour la médecine/chirurgie et obstétrique et les soins de suite et de réadaptation). Le forfait psychiatrie passe lui de 13,5 € à 15 €
- Les attentes du Gouvernement : 200 millions d'euros/an de recettes supplémentaires, ce qui correspond à une hausse des prestations des complémentaires santé de 180 millions d'euros.

Le point de vue de la Mutualité Française :

L'intervention des organismes complémentaires ne saurait se limiter à une variable d'ajustement pour compenser mécaniquement un désengagement de la Sécurité sociale ou pour prendre en charge les dépenses qu'elle ne peut plus financer.

C'est pourtant ce qui se présente avec l'augmentation du forfait hospitalier pris en charge intégralement par les complémentaires santé pour leurs assurés/adhérents. Qui plus est, les assurés sociaux qui n'ont pas de couverture complémentaire santé devront supporter directement l'augmentation du forfait journalier hospitalier. Les mutualistes ne peuvent que regretter, une nouvelle fois, l'absence de concertation. Les mutuelles sont mises devant le fait accompli.

En réalité, cette mesure va se traduire par une augmentation des dépenses pour les assurés / adhérents à travers une augmentation de la cotisation de leur complémentaire santé. Cette dynamique peut donc conduire certaines personnes, pour des raisons financières, à renoncer à l'acquisition d'une complémentaire santé, pourtant indispensable pour assurer un bon accès aux soins.

La Mutualité Française rappelle la fragilité de l'équilibre économique actuel des mutuelles, attesté par le rapport de la DREES sur la situation financière des organismes complémentaires. Elles ne disposent plus des marges de manœuvre qui leur permettraient d'absorber de nouvelles dépenses sans les répercuter sur les cotisations.



2/ L'évolution tendancielle des dépenses de santé couvertes par les complémentaires santé.

Pour 2018, on estime à +577 Mio€ l'évolution tendancielle des dépenses couvertes par les organismes complémentaires (soit 872 Mio€ d'évolution spontanée minorés par 295 Mio€ d'économie prévues par le PLFSS). Par ailleurs, au-delà de cette évolution tendancielle, les mutuelles devront assumer l'augmentation des dépenses liées à la mise en œuvre des récentes négociations conventionnelles (consultation médicale à 25 €, consultations complexes, forfait patientèle et rémunération des pharmaciens) et de l'augmentation du forfait hospitalier comme vu ci-dessus.

La Mutualité Française enregistre avec satisfaction la diminution des déficits des comptes sociaux. Nous sommes très attachés à la pérennité de notre système de protection sociale et la maîtrise des équilibres financiers en est la condition indispensable.

Une vigilance particulière doit cependant être portée sur la branche maladie, dont les résultats demeurent préoccupants. Les réserves apportées par la Cour des Comptes dans son dernier rapport nous interrogent.

La maîtrise des comptes est d'autant plus difficile que les dépenses de santé demeurent dynamiques. Bien que la prise en charge de la Sécurité Sociale progresse légèrement en pourcentage depuis quelques années **les dépenses prises en charge par les organismes complémentaires continuent d'augmenter (+2,1 % par an en moyenne depuis 2010).**

3/ Le financement de la Sécurité sociale et de la solidarité nationale



LES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ
FINANCENT À HAUTEUR
DE PRÈS DE 5 MDS D'EUROS
LA SÉCURITÉ SOCIALE
ET LE FONDS CMU

5 Mds € par an
= MONTANT DE LA TAXE DE
SOLIDARITÉ ADDITIONNELLE SUR
LES COMPLÉMENTAIRES DE 13,27%



2,68 Mds €
AU FONDS CMU (CMU-C ET ACS)
= 100 %

du financement de la complémentaire
santé des personnes à faibles revenus



2,28 Mds €
À L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE



EN QUINZE ANS, LES MUTUELLES
ONT VU LEUR TAXATION
CONSIDÉRABLEMENT AUGMENTER

Cette forte croissance s'explique notamment par les
modifications successives de la taxe spéciale sur les contrats
d'assurances et du prélèvement finançant le Fonds CMU.



Source : ministère de la Santé / Calculs Mutualité Française.

www.mutualite.fr

Les complémentaires santé financent à la fois la Sécurité sociale et la solidarité nationale. Les contrats proposés par les complémentaires santé sont soumis à **une taxe de 13,27%** (Taxe de Solidarité Additionnelle). Avec le produit de la TSA, les Ocam financent à la fois la Sécurité sociale et la solidarité nationale à hauteur de 5 Mrd€ par an (prévisions 2017 - CCSS, sept. 2017) :

- 2,28 Mrd€ affectés à la Cnamts ;
- 2,68 Mrd€ affecté au Fonds CMU (CMU-C et ACS) ;



PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR
<https://paca.mutualite.fr>



La Mutualité Française déplore qu'un dispositif de solidarité nationale soit intégralement financé par les OCAM, c'est un désengagement de l'Etat. **De plus, le PLSS prévoit que 150 Mio€ soient prélevés sur les excédents du fonds CMU pour financer le régime général.** Il convient enfin de rappeler la croissance exponentielle du poids des taxes : entre 2000 et 2012, les mutuelles ont ainsi vu leur taxation passer de 1,75% à 13,27%. Ces taxes, qui représentaient 5 €/an/adhérent en 2001, étaient de 76 euros en 2012.

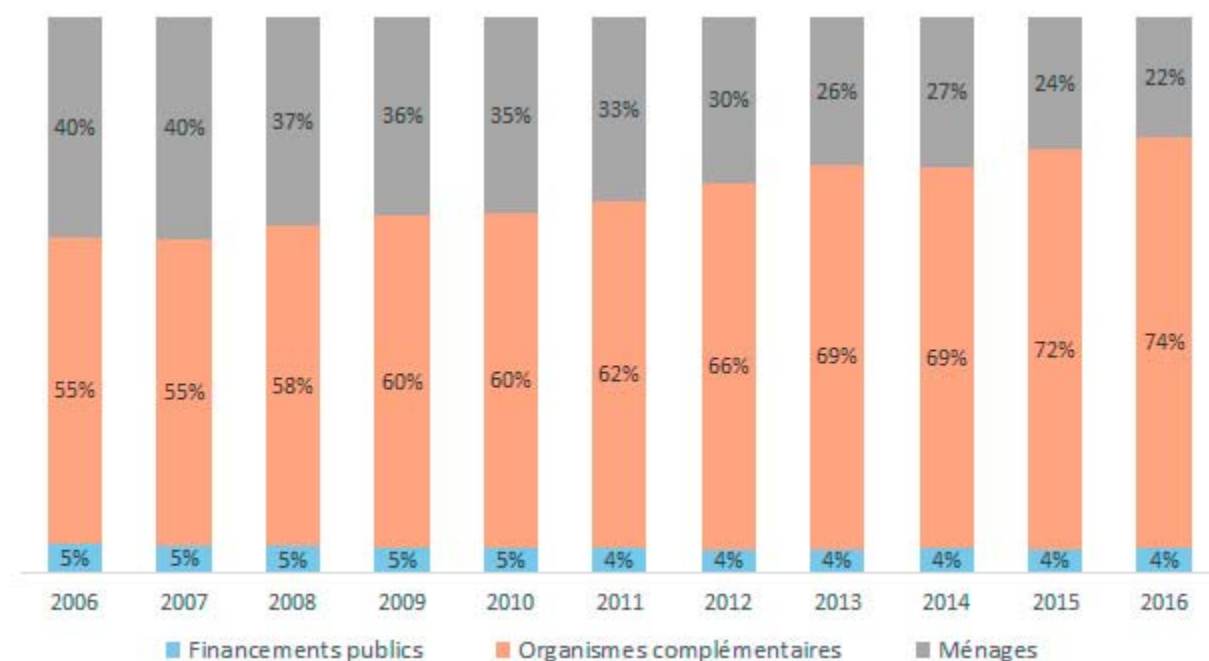
4/ La prise en charge des soins dentaires et optique.

Les complémentaires santé sont indispensables aux Français pour accéder aux soins. L'intervention combinée de l'AMO et de l'AMC leur permet de bénéficier du taux de reste à charge le plus faible des pays de l'OCDE. D'autant plus que pour certains soins comme l'optique l'intervention d'une couverture complémentaire est indispensable.

L'OPTIQUE

La part des organismes complémentaires dans le financement de la dépense d'optique est passée de 55% en 2006 à 74% en 2016. Sur la même période, la part des ménages est passée de 40% à 22%.

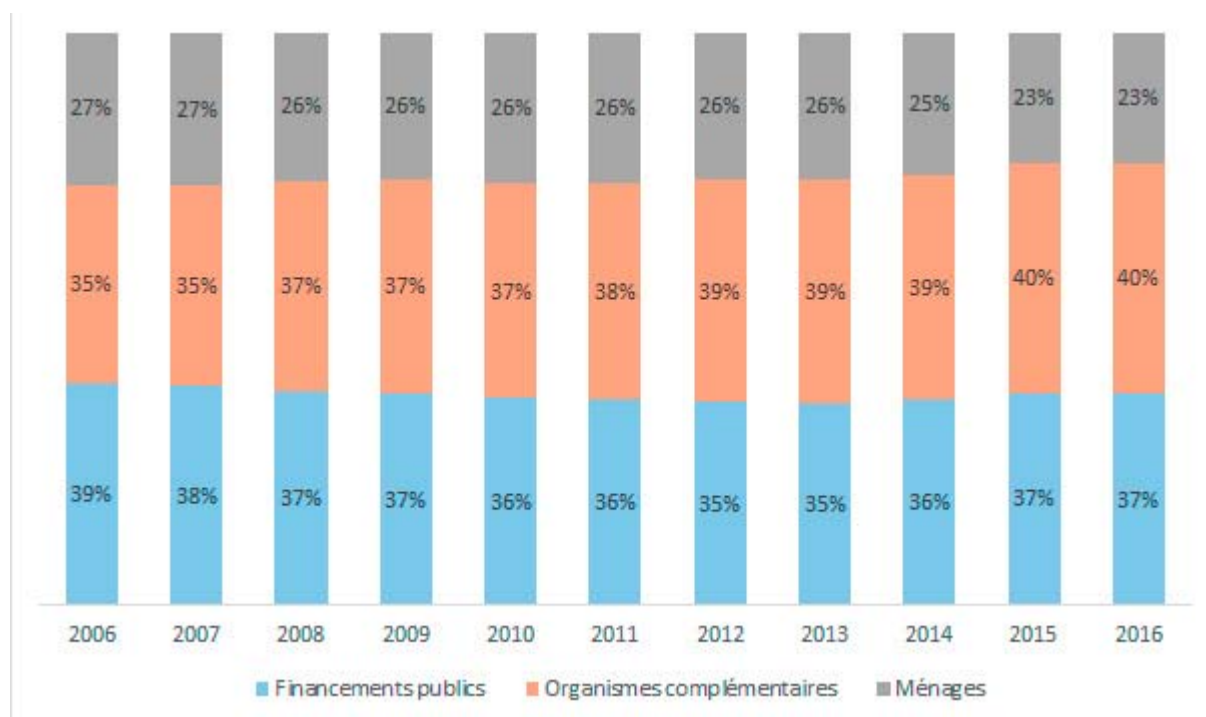
Evolution du poids des financeurs de la dépense d'optique



LE DENTAIRE

La part des organismes complémentaires dans le financement de la dépense dentaire est passée de 35% en 2006 à 40% en 2016. Sur la même période, la part des ménages est passée de 27% à 23%.

Evolution du poids des financeurs de la dépense dentaire



Pour autant, les mutualistes ne peuvent se satisfaire du fait que 5% des Français n'ont pas accès à la complémentaire santé. En effet, ceux-ci renoncent aux soins deux fois plus que le reste de la population. Cela concerne des personnes fragilisées, comme le souligne l'étude ESPS qui vient d'être publiée par la DREES : « L'absence de complémentaire santé concerne avant tout les populations les plus précaires, comme les personnes au chômage et celles disposant de faibles revenus.

Les propositions de la Mutualité Française pour un reste à charge maîtrisé en optique

Dans la perspective de la réforme sur le reste à charge zéro en optique, dentaire et audioprothèse, le Conseil d'administration de la Mutualité Française a adopté des pistes de réflexion qui sont une contribution au débat lancé par les pouvoirs publics sur cet enjeu majeur. Elles ont vocation à être débattues et enrichies avec les différents acteurs que la Mutualité rencontre au quotidien (patients, professionnels de santé concernés, assurance maladie, organisations syndicales...).

DES PANIERS DE SOINS NECESSAIRES ET DE QUALITE

Afin d'y arriver, la Mutualité Française propose la création de « paniers de soins nécessaires et de qualité » dans lesquels seraient contractualisés les remboursements, les tarifs et la qualité des dispositifs médicaux et des prises en charge. « Faisons confiance aux acteurs afin de définir le contenu de ces paniers et de s'accorder sur le juste soin au juste prix ».

Le contenu de ces paniers serait défini, puis renégocié régulièrement par les acteurs afin d'y intégrer les innovations. Ces « paniers de soins nécessaires et de qualité » seraient proposés chez l'ensemble des opticiens, audioprothésistes et dentistes. Ils donneraient accès à des dispositifs et des soins de qualité sans aucun reste à charge pour les patients.

Les patients resteraient libres d'accéder au professionnel de santé de leur choix, de choisir un équipement, un traitement supplémentaire. Les professionnels de santé seraient également libres de proposer des alternatives, des options supplémentaires, des « innovations ».


La Mutualité Française propose enfin de moduler la fiscalité pesant sur les contrats des complémentaires santé, en fonction de l'effort consenti pour mettre en place ces paniers de soins.

UNE REFORME SYSTEMIQUE COMME CONDITION AU RESTE A CHARGE ZERO

Au-delà, la Mutualité Française appelle à une réforme plus profonde de notre système de santé, considérant cela indispensable pour renouer avec la promesse : « cotiser à la Sécurité sociale et à sa mutuelle doit garantir l'accès à des soins nécessaires et de qualité partout, pour tous ». Tous les leviers doivent être actionnés, et pas seulement le remboursement, au risque de créer un système fortement inflationniste.

En optique, le nombre élevé d'opticiens (53 pour 100 000 habitants, vs 26 en Allemagne et 10 au Royaume-Uni) pèse sur les coûts de distribution. La filière de formation des opticiens pourrait être transformée, en allongeant la durée des études à 3 ans (vs. 2 ans), en limitant le nombre de places et en renforçant les compétences en optométrie (afin de développer les coopérations avec les ophtalmologues). Et afin d'encourager la baisse des tarifs, la TVA sur les verres pourrait passer de 20% à 5,5%.

En audioprothèse, le reste à charge est très élevé (plus de 850 euros, soit 2,5 fois plus qu'au Royaume-Uni) et constitue une véritable barrière à l'accès aux soins. La Mutualité Française propose de revoir la nomenclature. Alors qu'aujourd'hui 95 % des équipements vendus sont en classe D, la classe la plus sophistiquée, il s'agirait de mieux définir les classes d'équipement, en les adaptant aux déficits auditifs. Et afin d'accompagner le développement important de ce marché, le nombre d'audioprothésistes formés chaque année mériterait d'être relevé.



En dentaire, il apparaît nécessaire de transformer le modèle économique, afin de rééquilibrer l'activité entre soins prothétiques et soins conservateurs. Aujourd'hui, les soins conservateurs représentent environ 2/3 de l'activité d'un dentiste mais seulement 1/3 de son chiffre d'affaires, quand les soins prothétiques représentent 2/3 de son chiffre d'affaires pour 1/3 de son activité. Les soins conservateurs sont rémunérés en France beaucoup moins qu'en Allemagne (+78 %) ou en Suède (+250 %), alors que les soins prothétiques sont 2 fois plus chers en France qu'en Allemagne ou en Norvège. Il s'agirait de revaloriser les premiers et de modérer les seconds.

Enfin, un observatoire pourrait être mis en place afin de suivre l'évolution du reste à charge et des tarifs en optique, dentaire et audioprothèse.

À propos de la Mutualité Française Provence-Alpes-Côte d'Azur

Présidée par Jean-Paul Benoit, la Mutualité Française regroupe la quasi-totalité des mutuelles. En région Paca, 57% de la population est protégée par une mutuelle soit 2,8 millions de personnes.

La Mutualité Française Paca représente 167 mutuelles de la région dans toute leur diversité : des complémentaires santé qui remboursent les dépenses des patients, mais aussi des établissements hospitaliers, des services dédiés à la petite enfance et des crèches, des centres dentaires, des centres spécialisés en audition et optique, des structures et services tournés vers les personnes en situation de handicap ou les personnes âgées...

Avec leurs 209 services de soins et d'accompagnement, elles jouent un rôle majeur pour l'accès aux soins, des résidents de la région Paca, à un tarif maîtrisé.

Les mutuelles interviennent comme premier financeur des dépenses de santé après la Sécurité sociale.

Elles sont aussi le 1er acteur privé de prévention santé avec plus de 1200 actions déployées chaque année sur tous les territoires de la Région Paca.

Les mutuelles sont des sociétés de personnes à but non lucratif : elles ne versent pas de dividendes et l'intégralité de leurs bénéfices est investie en faveur de leurs adhérents. Régies par le code la Mutualité, elles ne pratiquent pas la sélection des risques.

Présidées par des militants mutualistes élus, les mutuelles représentent également un mouvement social et démocratique, engagé en faveur de l'accès aux soins du plus grand nombre.

Contact presse :

Hélène Asensi, responsable communication

Tél. : 06 23 88 05 90 ou helene.asensi@pacamutualite.fr