



12 propositions

POUR AGIR DÈS MAINTENANT ET PRÉPARER DEMAIN

Contribuer à l'amélioration de notre système de santé et de protection sociale pour les Français et avec les mutuelles

Depuis 2 ans, professionnels de santé et mutuelles ont pleinement contribué à la gestion de la crise sanitaire. Ils ont fait preuve d'une capacité d'adaptation certaine. Notre système mixte d'assurance maladie et de prévoyance a démontré son rôle protecteur pour les Françaises et les Français.

Organisation et accès effectif aux soins, hôpital, santé mentale, dépendance... cette crise doit conduire à de vastes réformes. Chacun devrait pouvoir bénéficier des protections sociales durables au sein d'un système de santé et de protection sociale suffisamment financé.

La Mutualité Française a contribué aux débats électoraux en publiant en janvier 2022 sa plateforme de propositions qui répond à ces grands enjeux.

Elle appelle désormais à la mise en œuvre de douze propositions concrètes et structurantes (qui s'inscrivent dans les orientations politiques défendues dans cette plateforme), susceptibles d'enclencher des dynamiques de transformation au bénéfice de tous.

Nos propositions en un clin d'œil :

- 1 • Des efforts partagés en faveur de la prévention : un engagement concret des OCAM et une levée des freins fiscaux et réglementaires**
- 2 • Permettre l'accès effectif aux soins de premier recours et encourager l'attractivité des métiers de la santé**
- 3 • Appliquer un taux de TSA réduit sur les contrats de complémentaire santé ne bénéficiant pas d'un avantage fiscal ou d'une prise en charge de l'employeur et un taux super-réduit pour les jeunes**
- 4 • Maintenir l'accès à la couverture complémentaire des parents pour les jeunes jusqu'à la détention d'un contrat à titre personnel ou à un âge limite**
- 5 • Revaloriser la rémunération des mutuelles gestionnaires de la CSS**
- 6 • Simplifier et améliorer la prise en charge des dépenses hospitalières par les complémentaires santé**
- 7 • Encourager le développement des résidences d'accueil pour la période post-hospitalisation en psychiatrie et de résidences d'accueil temporaire en sortie d'hospitalisation pour les personnes âgées**
- 8 • Simplifier le pilotage de proximité du secteur médico-social**
- 9 • Mettre en place une couverture généralisée de la dépendance**
- 10 • Encourager le développement des couvertures en prévoyance**
- 11 • Co-construire avec la CNIL un cadre de référence permettant le recueil libre et éclairé des données ainsi que leurs valorisations**
- 12 • Donner le pouvoir de maîtriser sa fin de vie**



« Bâtir une politique globale de prévention pour lutter contre les inégalités en santé »

7,5 % des jeunes de 15 ans seulement respectent les recommandations sportives de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

25 % des 45-50 ans cumulent déjà un ou deux pathologies chroniques

 **Prévenir, d'abord.** Entre 15 % et 20 % seulement de notre état de santé est déterminé par le système de santé. Pour agir sur les autres déterminants de santé, la politique publique de prévention doit donc dépasser le cadre du soin et être transversale. A tous les âges de la vie, il faut convaincre qu'un comportement favorable à la santé peut permettre de préserver ou maintenir son état de santé. La Mutualité Française voudrait s'investir plus dans la prévention dans le cadre d'un accord trois fois gagnant pour les patients, pour l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et pour l'Assurance maladie complémentaire (AMC). En effet, les actions de prévention sont financées par les cotisations collectées d'où l'imposition à la TSA. Or étant donné que leurs actions de prévention sont frappées d'un cumul de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) à hauteur de 20% et de taxe de solidarité additionnelle (TSA) à hauteur de 13,27%, et que les dépenses en la matière sont comptabilisées en frais de gestion, les organismes complémentaires d'Assurance maladie (OCAM) ne sont pas incités à faire plus de prévention.

PROPOSITION 1

DES EFFORTS PARTAGÉS EN FAVEUR DE LA PRÉVENTION : UN ENGAGEMENT CONCRET DES OCAM ET UNE LEVÉE DES FREINS FISCAUX ET RÉGLEMENTAIRES

- Les OCAM s'engageraient à consacrer au moins 2% du montant des primes ou des cotisations au financement de la prévention. Les mutuelles seront associées par les pouvoirs publics à la définition des objectifs nationaux de santé publique et des actions de prévention, comme par exemple des consultations bilan à des âges clés effectuées par le médecin traitant ou encore via le parcours de santé prescrit (bilans diététiques, activité physique adaptée, etc.) cofinancées par l'AMO et l'AMC (à l'acte ou sous forme de forfaits) à un juste niveau.

En contrepartie, plusieurs freins au déploiement des actions de prévention devront être levés : en supprimant la double imposition TVA-TSA, en catégorisant les actions de prévention en prestations (et non plus en frais de gestion) et en valorisant des données de santé pour cibler les actions de prévention.

“ Renforcer un égal accès aux soins ”

50 % des Français doivent attendre a minima 52 jours pour un RDV chez l’ophtalmologiste

62 % des Français vivant en zone rurale ont des difficultés d’accès à un médecin

Renforcer le système de santé. L’accès effectif aux soins ne peut être assuré que si l’offre médicale est adaptée aux besoins de la population sur tout le territoire. Les urgences sont saturées, avec des temps d’attente qui s’allongent. Le parcours de soins est complexe.

PROPOSITION 2

PERMETTRE L’ACCÈS EFFECTIF AUX SOINS DE PREMIER RECOURS ET ENCOURAGER L’ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS DE LA SANTÉ

- Réconcilier la réponse aux besoins de santé des patients avec les aspirations des professionnels, recentrer le secteur hospitalier sur ses missions... Ces objectifs passent par l’extension de l’exercice regroupé et multi-professionnel, l’accélération de la délégation de tâches et du partage de compétences entre professionnels de santé permise par l’évolution des pratiques et des outils, la recherche d’une juste rémunération des professionnels de santé et le développement des rémunérations forfaitaires co-financées par l’AMO et l’AMC.

8 % des 18-24 ans ne sont pas couverts par une complémentaire santé. Avec la fin du régime étudiant de Sécurité sociale, la part d’étudiants ayant une complémentaire santé est passée de 87% à 69%

Renforcer la protection sociale. Le secteur de la complémentaire santé fait face à une dynamique de montée de l’individualisme et de dilution du principe de mutualisation. L’accord national interprofessionnel de 2013 pour les salariés, les réformes de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) pour les personnes aux revenus les plus modestes, et de la protection sociale complémentaire pour les fonctionnaires ont permis de renforcer la couverture santé des Français. Pour autant, il demeure encore des « trous dans la raquette », notamment chez les jeunes adultes et certains retraités. Les OCAM gèrent plus de 700 000 bénéficiaires de la CSS. La compensation des frais liés à leur gestion est insuffisante au regard de leurs besoins spécifiques. Or les mutuelles souhaiteraient pouvoir aller plus loin dans leur engagement en faveur de l’accès financier aux soins des personnes fragiles.

PROPOSITION 3**APPLIQUER UN TAUX DE TSA RÉDUIT SUR LES CONTRATS DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ NE BÉNÉFICIAINT PAS D’UN AVANTAGE FISCAL OU D’UNE PRISE EN CHARGE DE L’EMPLOYEUR ET UN TAUX SUPER-RÉDUIT POUR LES JEUNES**

- Une baisse du taux de la TSA applicable aux contrats ne bénéficiant pas d’avantage fiscal ou de prise en charge par l’employeur permettrait d’aider des populations, dont certaines (inactifs, jeunes, chômeurs) disposent de ressources financières faibles, à accéder à une couverture santé. Ce taux serait fixé à 7,04 %, conduisant ainsi à un avantage équivalent à celui des salariés du privé en matière de revenu imposable. Pour conduire à un avantage équivalent à celui des salariés du privé en matière de revenu imposable, ce taux serait fixé à 7,04 %. Ce dispositif pourrait être accompagné pour les jeunes bénéficiant d’un contrat non aidé, d’un taux de TSA super réduit voire nul (paramètres d’encadrement : âge limite ; accès à un contrat aidé).

PROPOSITION 4**MAINTENIR L’ACCÈS À LA COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE DES PARENTS POUR LES JEUNES JUSQU’À LA DÉTENTION D’UN CONTRAT À TITRE PERSONNEL OU À UN ÂGE LIMITE**

- Un dispositif de portabilité des contrats complémentaires à destination des jeunes sous statut d’ayant droit majeur responsable devrait être instauré. Les jeunes pourront ainsi bénéficier de la couverture de leurs parents pour concilier continuité de la protection et autonomie.

PROPOSITION 5**REVALORISER LA RÉMUNÉRATION DES MUTUELLES GESTIONNAIRES DE LA CSS**

- Augmenter le montant de la majoration au titre des frais de gestion de la CSS et l’élargir à l’ensemble de la population gérée (CSS « gratuite » ou participative). Par ailleurs, les frais de gestion liés à la CSS devraient être isolés dans les comptes des complémentaires santé.

PROPOSITION 6**SIMPLIFIER ET AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES DÉPENSES HOSPITALIÈRES PAR LES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ**

- Un forfait distinguant séjour ambulatoire et hospitalisation complète serait acquitté à chaque hospitalisation, indépendamment de la durée des séjours. Il se substituerait aux participations financières à la charge des patients. La prise en charge financière pour l’assuré et sa lisibilité seraient ainsi simplifiées.

“ Rendre la santé accessible, inclusive et protectrice du bien-être psychique et physique de chacun ”

13 millions de personnes en France sont touchés chaque année par un trouble psychique

75% des - de 35 ans déclarent avoir déjà ressenti un trouble ou une souffrance psychique

 **Santé mentale.** Les personnes atteintes de troubles psychiques sévères et persistants souffrent généralement d'un grand isolement, associé à des difficultés nombreuses, notamment la perte de capacité à vivre dans un logement autonome ou encore de tenir un emploi.

Concernant les personnes âgées, la volonté de développer les solutions d'accueil temporaire pour favoriser la prévention, de lutter contre l'isolement et de relayer les aidants se heurte à plusieurs écueils (suivi médical avec les médecins traitants et flexibilité des équipes nécessaire ; financement).

PROPOSITION 7

ENCOURAGER LE DÉVELOPPEMENT DES RÉSIDENCES D'ACCUEIL POUR LA PÉRIODE POST-HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE ET DE RÉSIDENCES D'ACCUEIL TEMPORAIRE POUR LES PERSONNES ÂGÉES

- Donner une base légale à des dispositifs médico-sociaux, actuellement expérimentaux tels que les unités d'hébergement temporaire et transitionnel, avec un financement à la place, afin d'évaluer la capacité d'intégrer une résidence accueil et d'en préparer la sortie le cas échéant.

Par ailleurs, pour développer les résidences d'accueil temporaire pour les personnes âgées, sur la base des dispositifs existants et de l'expérience mutualiste, il faudrait s'appuyer sur une plateforme de services pour coordonner et centraliser la gestion « hôtelière » de places et lui affecter un professionnel dédié avec un numéro unique de contact.

“ Réinventer les solidarités pour favoriser l’émancipation et garantir l’autonomie ”

600 000 places sont actuellement proposées en France par les 7519 établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

310 000 places supplémentaires d’ici 30 ans doivent être créées pour maintenir la même capacité d’accueil qu’aujourd’hui

 **Grand Age et Autonomie.** Les dépenses liées à la prise en charge des personnes en perte d’autonomie sont estimées à 30 milliards d’euros (Md€). Le reste à charge moyen pour une personne résidant en EHPAD s’élève en 2022 à 12300 euros par an.

Le financement des EHPAD et des unités de soins de longue durée (USLD) repose sur les sections « soins » (financée intégralement par l’Assurance maladie), « dépendance » (financement essentiellement par l’allocation personnalisée d’autonomie (APA) établissement versée par les départements) et « hébergement » (financée essentiellement par les usagers). De ce fait, les EHPAD font l’objet d’une autorisation conjointe ARS-Conseil départemental et d’une double gouvernance.

En matière de prévoyance, les risques (arrêt de travail, incapacité, invalidité, décès) sont insuffisamment couverts en France.

PROPOSITION 8

SIMPLIFIER LE PILOTAGE DE PROXIMITÉ DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

- Le pilotage du secteur médico-social doit être simplifié, sur le modèle d’un des scénarios du rapport de Dominique Libault de mars 2019 :
- L’ARS serait l’interlocuteur de gestion unique pour l’ensemble de l’offre, en établissement comme à domicile. Elle assurerait le pilotage des services d’accompagnement et d’aide à domicile (SAAD, pour les personnes âgées comme pour les personnes handicapées), des futurs services autonomie à domicile et, par délégation du conseil départemental, de la section hébergement des EHPAD. Pour la tarification des EHPAD, cela supposerait une fusion des sections soins et dépendance.
- Les compétences du Conseil départemental seraient resserrées sur la définition de la stratégie départementale de la politique du grand âge, et sur le pilotage de l’ouverture des droits et du cadre de vie de la personne. Le conseil départemental serait le chef de file d’un service public territorial de l’autonomie nouvellement créé (Rapport de D. Libault de mars 2022). Les délégations départementales de l’ARS le piloteraient à ses côtés.

PROPOSITION 9**METTRE EN PLACE UNE COUVERTURE GÉNÉRALISÉE DE LA DÉPENDANCE**

- Une grande loi autonomie devrait accompagner la transformation de l’offre médico-sociale. Le risque de la perte d’autonomie relève d’une responsabilité collective et de la solidarité nationale. Si l’État ne peut assumer l’intégralité du financement de la perte d’autonomie, une solution assurantielle pourrait être envisagée pour réduire significativement les restes à charge des personnes les plus dépendantes. Généralisée (couverture universelle et par répartition), cette offre serait articulée avec l’APA et associée à un plafonnement des tarifs des Ehpad, modulés en fonction des ressources.

PROPOSITION 10**ENCOURAGER LE DÉVELOPPEMENT DES COUVERTURES EN PRÉVOYANCE**

- Le préalable serait de disposer d’une meilleure connaissance du niveau effectif de protection des Français en matière de prévoyance. Ensuite, les garanties devraient être harmonisées et l’accès global à l’information amélioré (lisibilité notamment). Enfin, concernant les salariés, il faudrait accroître les taux de couverture et le niveau de garanties, en assortissant les négociations de branche d’une obligation de résultat. Pour les agents publics, le mécanisme d’adhésion obligatoire à un ensemble de garanties complémentaires liées à la prévoyance, associé à un niveau incitatif de participation des employeurs, devrait être privilégié dans le cadre des négociations en cours.

“ Imaginer et mettre en œuvre les solutions de demain ”

250 millions : C'est le nombre de documents médicaux échangés que souhaite atteindre le Ségur du numérique en santé d'ici 2023 pour mieux prévenir et mieux soigner

50 696 Dossiers Médicaux Partagés sont utilisés par les professionnels de santé et par **3473** établissements de santé

 **Mieux utiliser les données et en confiance.** Certaines données de santé sont indispensables à l'AMO et à l'AMC, afin d'assurer une bonne gestion des prestations remboursées (contrôle des prix ; exigences de gestion du risque). Conformément au principe de minimisation, et dans le respect des règles et codes en vigueur, les OCAM ne recueillent que les données qui leur sont strictement nécessaires. Ils n'ont par exemple pas à connaître les données de santé qui pourraient révéler les pathologies de leurs assurés.

PROPOSITION 11

CO-CONSTRUIRE AVEC LA CNIL UN CADRE DE RÉFÉRENCE PERMETTANT LE RECUEIL LIBRE ET ÉCLAIRÉ DES DONNÉES AINSI QUE LEURS VALORISATIONS

- Créer les conditions nécessaires à une gestion sécurisée et maîtrisée des données de santé par les complémentaires santé, dans le respect du règlement général sur la protection des données (RGPD) et du secret médical. L'harmonisation des pratiques de recueil de consentement du patient pour l'utilisation de ses données de santé, sous l'égide de la CNIL, doit rétablir la confiance nécessaire aux échanges d'informations, tout en sécurisant les professionnels de santé lorsqu'ils doivent transmettre ces informations pour le compte des patients (lorsqu'ils choisissent de pratiquer le tiers payant).

Rechercher de nouveaux droits dans le respect de règles éthiques et en accordant plus de place à la société civile

94 % des Français considèrent que la loi devrait autoriser les médecins à mettre fin, sans souffrance, à la vie des personnes atteintes de maladies insupportables et incurables si elles le demandent (stabilité à +2 ou -2 points depuis 20 ans), en février 2022

 **Fin de vie.** Opposer soins palliatifs et euthanasie ne constitue pas une réponse adaptée à la question de la fin de vie. Le dispositif de la Loi Claeys-Leonetti de 2016, qui a trouvé un certain équilibre notamment en développant les soins palliatifs, ne répond pas à toutes les situations et demandes.

PROPOSITION 12 **DONNER LE POUVOIR DE MAÎTRISER SA FIN DE VIE**

- Soucieuse de la liberté des individus, la Mutualité Française réaffirme son attachement au respect du libre choix de la personne jusqu'à sa fin de vie. L'offre en soins palliatifs doit être développée, à domicile et en établissement, et des campagnes de promotion des directives anticipées devraient être menées. Ces dernières doivent être recensées dans un fichier public national opposable. Enfin, une conférence nationale sur la fin de vie doit être convoquée pour réfléchir à un droit effectif à pouvoir choisir sa fin de vie, par l'euthanasie, en encadrant le recours et en garantissant la clause de conscience des médecins.