



Mutuelle du Télégramme

# Mut' infos

N° 13 - NOVEMBRE/DÉCEMBRE 2009

**- NOUVEAU - NOUVEAU - NOUVEAU -**

Un site dédié à la Mutuelle

<http://www.mutuelle-letelegramme.fr>

Edito

## Face au PLFSS 2010 la nécessité d'un débat citoyen

Actuellement en débat chez les parlementaires, le PLFSS 2010 (voir article ci-contre) laisse augurer, une fois de plus, la mise en place de nouvelles mesures pénalisantes pour les citoyens de ce pays. Celles-ci solutionnant nullement la pérennisation de la Sécurité sociale mais augmentant encore les inégalités sociales !

« Pour une Sécurité plus solidaire, une mutualité partenaire » tel était le thème débattu par la Fédération des Mutuelles de France lors de son colloque le 5 novembre dernier à Paris. Celui-ci portait sur le fonctionnement de notre système de santé et sur le financement de la Sécurité sociale. Les responsables mutualistes, associatifs et syndicalistes participants se sont tous accordés sur la nécessité d'un réel débat public concernant l'avenir et le financement de notre système de protection sociale.

D'ailleurs, lors de son dernier congrès de Bordeaux, en juin dernier, la Mutualité Française avait exprimé la volonté de rencontrer les différents acteurs sociaux (associations et organisations syndicales). Une table ronde est prévue le 2 décembre prochain à Paris. **Le mouvement social doit engager là une véritable réflexion sur l'avenir et les nécessaires moyens d'une Sécurité sociale moderne**, répondant justement aux besoins des missions de l'hôpital public et d'une protection sociale de qualité, **accessible à tous**, indispensable tout au long de la vie de chacun et sans discrimination d'âge !

Petit coup d'œil dans le rétroviseur et souvenons-nous : il y a 23 ans que les élections à la Sécurité sociale ont été supprimées; dès lors, les pouvoirs publics nous expliquaient que la démocratie parlementaire allait faire beaucoup mieux que la démocratie sociale ! Force est de constater aujourd'hui l'ampleur des déficits cumulés au fil de toutes ces années... Alors, un champ aussi important que la **protection sanitaire et sociale ne doit plus échapper à un vrai débat citoyen auquel doivent évidemment participer les acteurs sociaux.**

S'agirait-il des prémices d'un retour aux principes fondamentaux d'une sécurité sociale véritable ? Nous vous l'évoquons et nous le souhaitons depuis si longtemps...

Affaire à suivre donc !

Michel Buriens

## PLFSS 2010 : DÉRAPAGE SUR LES DÉREMBOURSEMENTS

Qu'est ce qui se cache derrière le sigle PLFSS ? C'est tout simplement le projet de loi de financement de la Sécurité sociale où comment détricoter chaque année un peu plus ce qui revient à la solidarité nationale, car le PLFSS est toujours marqué par les transferts de charges sur les mutuelles et les ménages. Qu'on en juge plutôt :

### BAISSE DE REMBOURSEMENT DES MÉDICAMENTS

Principale mesure : la baisse du taux de remboursement de certains médicaments de 35 % à 15 %. Il s'agit "des médicaments à service médical rendu (SMR) faible dans toutes leurs indications", précise la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, ainsi que des médicaments restés à 35 %, alors que leur service médical a été jugé insuffisant. Sont concernés "88 médicaments dont le service médical rendu est faible et 22 produits insuffisants".

"L'instauration pérenne d'un niveau de remboursement à 15 % n'a aucun sens", réplique la Mutualité Française. "Si un médicament est jugé efficace scientifiquement par la Haute Autorité de santé, il doit être remboursé. Si ce n'est pas le cas, il n'y a pas de raison qu'il soit pris en charge par la collectivité". Le raisonnement des pouvoirs publics appellerait donc à une mesure de déremboursement total des produits dont la performance est insuffisante.

De surcroît, a ajouté Jean-Martin Cohen Solal, directeur de la Mutualité Française, "on peut craindre que, progressivement, on fasse glisser d'autres médicaments de 65 % à 35 %, puis de 35 % à 15 %". "On ouvre le risque que les médicaments soient un jour intégralement remboursés par les seules complémentaires", a estimé Gaby Bonnard, secrétaire national chargé de la protection sociale à la CFDT.

### HAUSSE DU FORFAIT HOSPITALIER

Autre disposition : la hausse de 2 € du forfait hospitalier. Ce forfait journalier "passera de 16 à 18 € dans les services de soins" et de "12 à 13,50 € dans les services de psychiatrie", annonce Roselyne Bachelot. Cette mesure se justifie par le fait que ce forfait "n'a pas augmenté depuis 2007" indique la ministre. Depuis sa création, il y a près de 27 ans, le forfait hospitalier a augmenté trois fois plus vite que l'inflation ! Il a été réévalué pour la dernière fois en 2007, après trois années de hausses consécutives,

Les mutuelles prennent en charge le forfait hospitalier. "Cette mesure, qui représente une économie d'un peu moins de 160 millions d'euros, ne modifiera donc guère le niveau du reste à charge des ménages à l'hôpital, estime Roselyne Bachelot. Mais ce transfert des charges vers les mutuelles va les obliger, tôt ou tard, à augmenter les cotisations de leurs adhérents. "Cette hausse pèse directement sur le budget des malades, sans pour autant régler le déficit de la Sécurité sociale", rappelle la Mutualité Française. Et encore plus lourdement sur les "cinq millions de ménages défavorisés qui n'ont pas de complémentaire santé".

Notre modèle universel et solidaire n'est-il pas remis en cause ? La crise actuelle n'entraîne-t-elle pas un refinancement de l'endettement social ? Sur quelles pistes ?

La Mutualité Française juge que les mesures annoncées "ne règlent en rien le déficit chronique de notre système de protection sociale". Elle "appelle de ses vœux l'ouverture d'un grand débat sur le financement de la Sécurité sociale et la modernisation de notre système de santé avec l'ensemble des partenaires sociaux". Pour exemple, aujourd'hui, une entreprise comme Total cotise pour la Sécurité sociale sur 3 % de ses ressources... Un hôpital a une masse salariale de 60 à 70 % de ses dépenses. Il cotise donc pour plus de 60 % de ses ressources... Le problème n'est pas le taux; le taux est le même. Le problème c'est l'assiette ! Total et l'hôpital cotisent au même taux, mais pour l'un 3 % pour l'autre 60 %. C'est comme ça qu'avec le même taux on arrive à une contribution à la solidarité nationale... 20 fois moindre pour un pétrolier que pour un hôpital !

Le projet de loi pour le financement de la Sécurité sociale 2010 (PLFSS) a été adopté en première lecture à l'Assemblée nationale.

Source : Mutualité Française

## A QUAND LA REFORME DU SYSTÈME DES ALD ?

S'il est un sujet sensible, voire essentiel pour un retour à l'équilibre de l'assurance-maladie, c'est bien celui de la réforme des affections de longue durée (ALD) qui permet la prise en charge à 100 % des personnes atteintes d'une maladie chronique comme le diabète ou le cancer. Ces maladies représentent l'essentiel de la croissance des dépenses, sans garantie et qualité de soins. Cette réforme maintes fois promise par le président de la République, Nicolas Sarkozy, traîne des pieds. Roselyne Bachelot a avancé très prudemment sur ce sujet en revendiquant une approche "exclusivement médicale". Des pistes ont été suggérées, comme celle qui verrait les personnes guéries du cancer bénéficier, moins longtemps, du statut des ALD tout en continuant à être remboursées à 100 % pour les examens de suivi médical. Mais nous n'en sommes encore qu'au stade des hypothèses sur ce problème qui devra faire l'objet d'un vaste débat.

## ■ EN BREF

**VERS UNE NOUVELLE HAUSSE DES COTISATIONS MUTUELLES ?** - Suite à la présentation du projet de loi 2010 de financement de la Sécurité sociale (PLFSS), Jean-Pierre Davant, président de la Mutualité Française a averti que "les cotisations des mutuelles ne pourront qu'augmenter du fait des nouvelles mesures du projet : épidémie de grippe, augmentation naturelle des dépenses de santé. Il a également qualifié le projet de hausse du forfait hospitalier "d'absurde" car il pèse sur les ménages sans rien changer au système ainsi que pour la création d'un niveau de remboursement de 15 % après les 65 % et les 35 %. Pour Jean-Pierre Davant : "Nous sommes au bout d'un système en pleine dérive qui produit une dette que devront payer nos enfants et petits-enfants".

**TARIFS DES MÉDECINS.** - Un devis obligatoire dès 70 euros. Depuis le 1er février, les médecins qui pratiquent des dépassements d'honoraires doivent fournir un devis détaillé à leurs patients dès 70 euros. Cette mesure complète la mise à disposition des tarifs des médecins sur le site de l'assurance maladie [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr). Fini les mauvaises surprises ! Les médecins qui facturent des honoraires au-delà de 70 euros à leurs patients devront les informer au préalable par écrit. Cette mesure est entrée en vigueur le 1er février 2009. Elle concerne uniquement les médecins libéraux de secteur 2, qui sont libres de fixer le montant de leurs tarifs, ainsi que les dentistes. Le montant et la nature des dépassements d'honoraires doivent figurer sur le devis. Des sanctions financières sont prévues pour les praticiens qui ne respecteraient pas cette nouvelle obligation. Ce devis détaillé vient compléter les mesures d'information déjà existantes, comme l'obligation d'afficher les prix des consultations dans les salles d'attente. Depuis 2008, les patients peuvent aussi consulter les tarifs moyens des médecins et des dentistes sur le site internet de l'assurance maladie [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr). Le montant des actes les plus couramment pratiqués par les médecins est indiqué (échographie, endoscopie, scanner, prothèses dentaires, chirurgie de la cataracte...). Ce service est également accessible par téléphone au 36 46 (0,12 euro/minute).

**PSM.** - Priorité santé mutualiste est étendue à toute la France depuis le 2 avril. Un numéro unique est mis en place : 39.35 (qui se substitue au 0820.300.399), pour obtenir en toute confidentialité des informations, une aide à l'orientation et des services d'écoute et d'accompagnement concernant quatre thèmes liés à la santé : les cancers, les maladies cardio-vasculaires, les addictions et nouvellement la perte d'autonomie. Le code dédié à la mutuelle est le 4820.



## ■ IMPORTANT ■ IMPORTANT ■

Afin de permettre à la mutuelle de mieux gérer les dossiers lors d'hospitalisation, il est demandé à nos adhérents de signaler au secrétariat de la mutuelle la reconnaissance, par la Sécurité sociale ou autres organismes, de la prise en charge à 100 % (ALD) de certaines pathologies.

## ■ RAPPEL

**ADHÉSION.** - Si vous n'êtes pas encore adhérent, mais en passe de le devenir, vous devez remplir un bulletin d'adhésion délivré par le service des ressources humaines. Une fois rempli, vous devez en faire retour à ce service qui fera suivre à la Mutuelle.

### CAFÉ-SANTÉ

Prochain café-santé à Morlaix :  
LES TROUBLES DU SOMMEIL

## HORAIRES DU SECRÉTARIAT

Les permanences téléphoniques, renseignements et accueil ne sont assurés que les :

- mardi après-midi, de 13 h 30 à 16 h 30
- mercredi matin, de 8 h 15 à 12 h 15
- jeudi après-midi, de 13 h 30 à 16 h 30

Une idée, une remarque, une info...

contactez **MUTif**

☎ 02.98.63.36.02 - Fax : 02.98.63.97.84

[mutuelle.telegramme@wanadoo.fr](mailto:mutuelle.telegramme@wanadoo.fr)

MUT'infos

## GRIPPE A : LES MUTUELLES TAXÉES SUR LEUR CHIFFRE D'AFFAIRES

La participation des assureurs complémentaires santé à l'effort de vaccination prendra la forme d'une contribution exceptionnelle assise sur leur activité. Ce qui devrait rapporter à l'Etat la somme de 300 millions d'euros.

Ce chiffre qui fait figure de plancher est, en outre, symbolique puisqu'il correspond à 1 % du chiffre d'affaires des organismes complémentaires de santé. A défaut d'être très satisfaisante, cette clef de répartition se serait imposée sur le fait de la facilité de sa mise en œuvre, comme le soulignait un assureur en déclarant : " Comme il sera très difficile de tracer, assuré par assuré, et a posteriori, les dépenses de vaccination, on risque de devoir se rabattre sur une contribution forfaitaire en pourcentage de l'activité." Le principe de la contribution des mutuelles, assureurs et institutions de prévoyance à hauteur du ticket modérateur a été acté mi-septembre par la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot. Les vaccins sont traditionnellement pris en charge à 65 % par l'assurance-maladie obligatoire et à 35 % par les organismes complémentaires.

Dans le cadre de cette vaccination exceptionnelle, les vaccins seront inoculés gratuitement dans des centres dédiés et donc sans intervention directe des complémentaires. D'où la nécessité de "mesures spécifiques pour organiser leur participation à la dépense". La Mutualité Française a fait part de son accord pour que les complémentaires participent à l'effort de vaccination malgré une opposition de plusieurs mutuelles qui estiment que c'est la solidarité nationale relevant de la responsabilité de santé publique de l'Etat qui devrait intervenir.

## DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

Les dépassements d'honoraires, sans cesse grandissants, étaient dans la visée du gouvernement depuis un certain moment. Il était donc temps que des mesures soient prises pour pallier ce réel problème d'accès aux soins, car les premières victimes de ces dépassements sont avant tout les personnes à faibles revenus (principalement les personnes du nord de la France). « Les Français ont des budgets de plus en plus serrés, on ressent chez certains une réelle difficulté à assumer les surcoûts », admettent les médecins lors des divers entretiens parus dans la presse.

L'assurance maladie, les complémentaires santé et les syndicats de médecins libéraux sont parvenus à signer il y a peu, un « protocole d'accord » sur leur encadrement. Le texte formalise un accord de principe pour la création d'un "secteur optionnel", une nouvelle tarification des actes médicaux visant à encadrer les dépassements d'honoraires, qui posent un problème croissant d'accès aux soins. Les détails de cette nouvelle grille tarifaire concernant les actes médicaux que veulent créer les négociateurs pour fixer les limites des dépassements d'honoraires, sont cependant validés depuis longtemps.

Le projet-décret du gouvernement prévoyait des sanctions financières contre les médecins, en leur retirant le droit à pratiquer ces dépassements pour une durée maximale de cinq ans, sous l'aval des directeurs de caisses d'assurance maladie ; et aussi de ne plus bénéficier de la participation de la branche maladie au financement de leurs cotisations sociales.

Pour rappel, les dépassements d'honoraires versés représentaient déjà en 2006, 2,12 milliards d'euros. C'est plus de 10% des 19,35 milliards d'euros d'honoraires qu'ont perçus les médecins libéraux. Le taux moyen des dépassements est de 51% et de 55% pour les chirurgiens.

## FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE LES PROPOSITIONS DES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ

Mutuelles, assurances et institutions de prévoyance s'invitent dans le débat sur la préparation du budget de la Sécurité sociale.

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) est traditionnellement examiné par le Parlement à l'automne. A l'heure actuelle, nous n'en connaissons pas encore les grandes lignes, même si l'on suppose une nouvelle progression du reste à charge des patients, dont l'augmentation du forfait hospitalier. En préambule à ce débat, l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (Unocam) a remis une série de propositions à la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot.

### DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

Des négociations sont engagées entre l'assurance maladie, les syndicats médicaux et l'Unocam. L'objectif assigné est la mise en place d'un nouveau secteur de tarification (le secteur optionnel), dans lequel les dépassements d'honoraires seraient limités, en échange de quoi ils pourraient être pris en charge par les complémentaires. Des divergences subsistent. Pour les syndicats médicaux, ce nouveau secteur viendrait s'ajouter aux secteurs conventionnels déjà existants. La Mutualité souhaite qu'il ne concerne que quelques spécialités, comme par exemple la chirurgie, l'obstétrique et l'anesthésie, et se substituera à terme au secteur 2, à honoraires libres.

### MALADIES CHRONIQUES

Les complémentaires pourraient développer de nouvelles prestations en direction des patients : éducation thérapeutique, diététique, financement de certains produits d'automédication ou dispositifs médicaux non pris en charge.

### RÉMUNÉRATION DES PRATICIENS

Les complémentaires sont prêtes à étudier de nouvelles formes de rémunération des médecins qui soignent des patients souffrant de maladies chroniques ou pris en charge en affection longue durée (ALD).

### MÉDICAMENTS

Les complémentaires demandent le déremboursement total et systématique des médicaments en service médical rendu insuffisant (SMRI), la non-prise en charge des cures thermales, à l'exception de celles dont l'efficacité médicale est démontrée, et la baisse du prix des médicaments génériques, afin de le rapprocher de la moyenne des prix européens.

### PAS DE TAXE SUPPLÉMENTAIRE

Depuis l'an dernier, les complémentaires financent intégralement le fonds CMU par une taxe sur leur chiffre d'affaires. Le taux avait alors été porté de 2,5 à 5,9 %. Il n'y aura pas de nouvelle taxe cette année, a promis la ministre de la Santé.

Source : magazine Viva, octobre 2009