

DOSSIER

DE PRESSE 2014

LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS

CONTACT
CHRISTELLE CROS
01 40 43 63 26
christelle.cros@mutualite.fr





DES VALEURS défendues et partagées

Les mutuelles poursuivent avant tout l'objectif de permettre la prise en charge en matière de santé et la qualité des soins pour tous. Cette volonté se concrétise par 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 du mouvement mutualiste**. 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 près de 500 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 plus de trente ans, la Mutualité Française est un **acteur responsable 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 lui permettre de 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 55,2% 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. Les mutuelles adhérentes à la Mutualité Française ont à la fois développé une forte expertise dans l'univers médical mais elles 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

L'ÉCONOMIE DES MUTUELLES

- ◆ Contrats solidaires et responsables
- ◆ Tiers payant

MUTUELLES ET RÉGLEMENTATIONS

- ◆ Loi le Roux, réseaux de soins conventionnés
- ◆ Accord national interprofessionnel (ANI)
- ◆ Solvabilité II
- ◆ Statut de mutuelle européenne

SANTÉ ET SOCIÉTÉ

- ◆ Projet de loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement
- ◆ Projet de loi sur l'Economie sociale et solidaire

CONTACT

CHRISTELLE CROS
01 40 43 63 26
christelle.cros@mutualite.fr



CONTRATS SOLIDAIRES ET RESPONSABLES



MESSAGES CLÉS

La Mutualité Française souhaite redéfinir les contrats responsables pour améliorer l'accès aux soins en maîtrisant mieux les dépenses de santé.

POINT DE SITUATION

La Loi de financement de la Sécurité sociale 2014 propose de redéfinir les contrats solidaires et responsables. Leur contenu doit être précisé par décret au premier trimestre 2014.

CHIFFRES CLÉS

Depuis 2002, les complémentaires proposent des contrats qui valorisent le parcours de soins, ce sont les **contrats responsables**. Elles bénéficient, en contrepartie, d'un régime fiscal incitatif (aujourd'hui remis en cause).

- ◆ En 2013, plus de **90%** des contrats des complémentaires étaient « responsables » et la fiscalité de ces contrats a été largement majorée. Le contrat responsable ne joue plus son rôle de régulateur.
- ◆ Dépassements des honoraires de médecins libéraux en 2012 : **2,3 Md€** pour les spécialistes et **0,3 Md€** pour les généralistes¹.
- ◆ Les dépassements des spécialistes ont augmenté de **5,9 %** par an en moyenne entre 2005 et 2012¹.
- ◆ Les dépassements sont l'un des principaux facteurs de la croissance des tarifs des mutuelles. En 2012, tandis que les prises en charge de ticket modérateur diminuent, les dépassements en ville sont responsables de **1,5 point** de croissance des prestations remboursées par les complémentaires santé sur une croissance globale de +1,7 %.
- ◆ **11 000** médecins ont signé le contrat d'accès aux soins.
- ◆ **75%** des médecins ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires.
- ◆ **2%** des médecins pratiquent des dépassements supérieurs à 150% des tarifs de la Sécurité sociale (consultation généraliste facturée 57,5€ contre 23€ selon le tarif de la Sécurité sociale).
- ◆ **66%** des personnes disposant d'une couverture individuelle n'ont pas de garantie couvrant les dépassements d'honoraires (**22%** pour ceux disposant d'une garantie collective).

LES ENJEUX POUR LES MUTUELLES ET LES ADHÉRENTS

Redéfinir les contrats responsables pour :

- ◆ Améliorer l'accès aux soins ;
- ◆ Garantir à tous des soins de meilleure qualité dans des conditions solidaires ;
- ◆ Maîtriser efficacement les dépenses de santé ;
- ◆ Maîtriser les tarifs des complémentaires.

LES PROPOSITIONS DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

Réguler les dépenses de santé par exemple en :

- ◆ **limitant le remboursement des dépassements d'honoraires dans le contrat responsable** : si la garantie en prévoit la prise en charge, instauration d'un plafond de 50 % de la base de remboursement pour les médecins non signataires du contrat d'accès aux soins et d'un remboursement dans les conditions du contrat d'accès aux soins pour les médecins signataires.
- ◆ **favorisant la généralisation des médicaments génériques** en proposant la prise en charge à 100% et en corrélant le niveau de remboursement au service médical rendu par le médicament.

Favoriser l'accès aux soins en instaurant des minima de prise en charge par exemple en matière de :

- ◆ **couverture obligatoire du ticket modérateur** aux soins conservateurs dentaires et aux séjours hospitaliers ;
- ◆ **forfait journalier hospitalier** : prise en charge totale d'au moins 60 jours par an et par assuré, quel que soit le type de séjour ;
- ◆ **dentaire** : si la garantie prévoit la prise en charge des dépassements de tarifs sur les prothèses dentaires, son minimum doit être de 125 % de la base de remboursement.

Créer les conditions d'une réelle attractivité des contrats solidaires et responsables en instaurant une fiscalité incitative.

LES BÉNÉFICES POUR LES ADHÉRENTS ET LES POUVOIRS PUBLICS

- ◆ Des soins de qualité et solidaires ;
- ◆ Des tarifs maîtrisés ;
- ◆ Un système de santé régulé et au sein duquel l'ensemble des dispositifs (avenant n°8, réseaux de soins, contrats responsables et solidaires) sont en cohérence.

¹ : Comptes nationaux de la santé, sept. 2013

TIERS PAYANT



MESSAGES CLÉS

Les mutuelles sont engagées dans le tiers payant depuis de nombreuses années en collaboration avec de nombreux professionnels de santé. Il constitue une véritable avancée pour favoriser l'accès aux soins en médecine de premier recours permettant notamment de désengorger les urgences des hôpitaux. La Mutualité Française propose la généralisation du tiers payant dans le cadre de son programme sur les soins de premier recours.

Le principe fondamental reste celui d'un co-paiement, avec deux financeurs, tout en simplifiant le système pour les médecins.

POINT DE SITUATION

Juillet 2013 : remise du rapport de l'IGAS (publié en février 2014) préconisant la généralisation du tiers payant et le principe d'un co-paiement.

Février 2014 : lancement d'une concertation sur le tiers payant.

CHIFFRES CLÉS

- ◆ **24 pays** sur les 28 membres de l'Union européenne utilisent le tiers payant.
- ◆ La réforme concernera **110 000 médecins, 500 organismes** complémentaires, un volume de **500 millions d'actes** annuels.
- ◆ Le tiers payant est déjà mis en place par les mutuelles pour **60 000 professionnels de santé** (majoritairement les infirmières, les kinésithérapeutes et les radiologues).

LES ENJEUX POUR LES MUTUELLES ET LES ADHÉRENTS

- ◆ **Améliorer l'accès aux soins et limiter le renoncement aux soins** pour des raisons d'avance de frais.
- ◆ **Reconnaître la pluralité des financeurs** et respecter leur indépendance.
- ◆ **Développer de nouveaux modes de relations avec les professionnels de santé** sans remettre en cause leur indépendance professionnelle.
- ◆ **Simplifier les formalités** des médecins, garantir et sécuriser le paiement de leurs honoraires.

LES PROPOSITIONS DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

Mettre en place un co-paiement.

Celui-ci est rendu possible par la séparation des flux de facturation entre l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé. Elle est nécessaire pour :

- ◆ garantir le lien entre le professionnel et l'organisme complémentaire porteur du risque,
- ◆ respecter la liberté de choix des outils par les organismes complémentaires,
- ◆ limiter les coûts de transaction pour l'assurance maladie obligatoire,
- ◆ assurer le respect de la liberté de chaque financeur.

Collaborer avec les autres familles de complémentaires (CTIP et FFSA) pour la mise en place d'un outil commun destiné d'une part à fiabiliser les échanges entre professionnels de santé et complémentaires et d'autre part à définir une norme commune de consultation des droits en ligne.

S'appuyer sur les outils techniques déjà disponibles et mis en œuvre pour les autres professionnels de santé.

LES BÉNÉFICES POUR LES ADHÉRENTS ET LES POUVOIRS PUBLICS

- ◆ **Pour les adhérents**, le dispositif assure un meilleur accès aux soins, adapté à leur situation, et simplifie les formalités financières chez le médecin.
- ◆ **Pour les médecins**, le dispositif simplifie également les formalités car il n'est plus besoin d'apprécier la disponibilité financière des patients et cela permet la garantie du paiement du praticien.
- ◆ **Pour les pouvoirs publics**, le dispositif renforce le caractère universel de l'assurance maladie.

LOI LE ROUX RÉSEAUX DE SOINS CONVENTIONNÉS



MESSAGES CLÉS

L'adoption de cette loi va permettre aux mutuelles de démontrer pleinement leur capacité à être des acteurs à part entière de la régulation du système de santé et à réduire les restes à charge des adhérents. La Mutualité Française regrette toutefois la restriction du périmètre des professionnels de santé concernés par ce dispositif.

POINT DE SITUATION

La loi intègre **des principes protecteurs pour les patients et les professionnels de santé** :

- ◆ respect du droit fondamental au libre choix du professionnel, de l'établissement ou du service de santé par le patient ;
- ◆ adhésion au conventionnement sur des critères objectifs, transparents et non discriminatoires ;
- ◆ interdiction de prévoir des clauses d'exclusivité ;
- ◆ respect des principes d'égalité et de proximité dans l'accès aux soins.

CHIFFRES CLÉS

- ◆ **20 %** des Français déclarent avoir retardé ou renoncé à des soins ces deux dernières années.
- ◆ **71 %** des Français considèrent que les réseaux conventionnés « laissent aux adhérents la liberté de choix de leurs professionnels de santé »¹.
- ◆ **64 %** des Français pensent que les réseaux conventionnés « permettent d'accéder à des soins de qualité à moindre coût »¹.
- ◆ Augmentation exponentielle du nombre de points de vente d'optique (source : Cour des comptes) :
+ 43 % sur la période 2000/2011
11 170 en France, soit sensiblement le même nombre qu'en Allemagne qui compte pourtant 82 millions d'habitants
- ◆ Dans les réseaux de soins conventionnés par les mutuelles, le coût d'une paire de lunettes est en moyenne **30 % moins cher**.
- ◆ **En optique, surcoût de 510 M€ par an pour les consommateurs (soit 54 € par paire de lunettes vendue)**. Le chiffre d'affaires par point de vente est de 511 K€ en France contre 366 K€ en Allemagne.

LES ENJEUX POUR LES MUTUELLES ET LES ADHÉRENTS

La mise en œuvre de la loi Le Roux va permettre aux mutuelles de démontrer leur capacité à agir efficacement en tant que régulateurs, tout en diminuant les restes à charge de leurs adhérents.

LES BÉNÉFICES POUR LES ADHÉRENTS

Pour les adhérents, le réseau de soins conventionnés permet la maîtrise des restes à charge (RAC) et la régulation des secteurs concernés.

- ◆ RAC moyen pour une couronne céramo-métallique : 97 € au sein d'un réseau versus 300 € en dehors ;
- ◆ RAC moyen en optique : 112 € au sein d'un réseau conventionné versus 164 € en dehors ;
- ◆ RAC peut-être réduit de moitié pour un appareil audioprothétique de moyenne gamme par rapport à un achat hors réseau.

1 : Baromètre FNM - TNS Sofres 2013

ACCORD NATIONAL INTERPROFESSIONNEL (ANI)



MESSAGES CLÉS

L'article 1 de l'ANI ne répond que partiellement aux enjeux de la généralisation de la complémentaire santé.

La Mutualité Française a pris acte avec satisfaction des décisions du Conseil constitutionnel.

La Mutualité Française est vigilante quant à la rédaction des décrets.

POINT DE SITUATION

11 janvier 2013 : signature de l'ANI.

13 juin 2013 : décision du Conseil Constitutionnel censurant l'ensemble de l'article L.912-1 autorisant les clauses de désignation et de migration, l'estimant contraire à la liberté contractuelle et d'entreprendre.

14 juin 2013 : loi de Sécurisation de l'emploi.

19 décembre 2013 : décision du Conseil constitutionnel censurant les dispositions de l'article de la LFSS 2014 prévoyant des écarts de taux de forfait social de 8 % et de 12 % pour les entreprises ne retenant pas l'organisme recommandé.

CHIFFRES CLÉS

- ◆ **2,5 millions de personnes** restent encore privées de complémentaire.
- ◆ Coût de l'article 1 de l'ANI pour les comptes publics : entre **1,5 et 2,1 Md€** résultant d'exonérations fiscales et sociales.

LES ENJEUX POUR LES MUTUELLES ET LES ADHÉRENTS

Des complémentaires solidaires et bénéficiant au plus grand nombre, au-delà du monde du travail.

- ◆ Étendre la solidarité au-delà du monde de l'entreprise, en particulier auprès des 2,5 millions de personnes privées de complémentaire et renonçant à des soins deux fois plus souvent que le reste de la population française.

LES PROPOSITIONS DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

Garantir des appels d'offres transparents :

- ◆ la Mutualité Française veillera à ce que les conditions d'appels d'offres garantissent à tous les acteurs des chances égales pour proposer des offres de qualité.

Garantir la mise en œuvre des engagements du Président de la République :

- ◆ vers une généralisation de mutuelles solidaires à l'horizon 2017 grâce à l'évolution des contrats responsables associée à une fiscalité attractive.

LES BÉNÉFICES POUR LES ADHÉRENTS ET LES POUVOIRS PUBLICS

Pour les adhérents

- ◆ **400 000** personnes aujourd'hui sans complémentaire bénéficieront de l'article 1 de l'ANI.

Pour les pouvoirs publics

- ◆ Maîtriser les dépenses de santé sans compromettre la qualité des offres.

SOLVABILITÉ II

MESSAGES CLÉS

La Mutualité Française est mobilisée en faveur de toutes les mutuelles afin de permettre la mise en œuvre de cette réforme de manière proportionnée aux enjeux financiers et à la taille des entreprises.

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.

Vote le 11 mars 2014 de la directive Omnibus II par le Parlement européen.

CHIFFRES CLÉS

Le volume de cotisations brutes des mutuelles visées par le dispositif est de :

- ♦ **17,5 milliards d'euros** en assurance complémentaire santé ;
- ♦ **2 milliards d'euros environ** pour les activités de prévoyance/retraite/épargne.

	A	B	C
Sous Solvabilité I	12,6 Md€	3,2 Md€	395%
Sous Solvabilité II	13,7 Md€	4,3 Md€	320%

A : Niveau des fonds propres actuel des mutuelles de santé

B : Besoin en fonds propres global

C : Ratio moyen des mutuelles

LES ENJEUX POUR LES MUTUELLES ET LES ADHÉRENTS

Accompagner les changements prudentiels.

Toutes les mutuelles sont accompagnées par la Mutualité Française afin de passer le cap de la mise en place de Solvabilité II (test concluant en septembre 2013). Cette mobilisation a été saluée par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Accompagner la réforme en absorbant son surcoût.

Le Projet de loi sur l'Economie sociale et solidaire offre la possibilité d'accroître les fonds propres des mutuelles pour permettre d'absorber l'augmentation nécessaire pour les mutuelles concernées (+1,1 Md€) - cf *fiche «projet de loi sur l'économie sociale et solidaire»*.

LES PROPOSITIONS DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

Faire reconnaître la spécificité de leur modèle de gouvernance et l'adapter au nouveau contexte prudentiel.

Les négociations menées dans le cadre du projet de loi bancaire ont permis de préserver les fondements de la gouvernance mutualiste. C'est également un point d'extrême vigilance dans le cadre des travaux de transposition des textes. Ce travail de sensibilisation a permis de maintenir les fondements démocratiques de la gouvernance mutualiste.

Introduire le principe de proportionnalité dans les textes législatifs et réglementaires.

Les demandes de la Mutualité Française en matière de proportionnalité ont été entendues par la Commission européenne puisque le texte Omnibus II intègre un nouveau dispositif laissant aux superviseurs nationaux la latitude de décliner localement l'application de la proportionnalité et ses allègements éventuels.

LES BÉNÉFICES POUR LES ADHÉRENTS ET LES POUVOIRS PUBLICS

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.

STATUT DE MUTUELLE EUROPÉENNE



MESSAGES CLÉS

Le statut de mutuelle européenne vise à **faire reconnaître ce modèle spécifique de gouvernance des mutuelles dans le droit européen**. Ce statut les doterait, à l'instar des autres entreprises, des outils juridiques, capables de leur permettre de se développer et d'offrir leurs services sur le marché au sein de l'Union européenne.

POINT DE SITUATION

Le 16 janvier 2014, le Commissaire en charge des entreprises a annoncé « une initiative législative sur le statut de la mutuelle européenne » après les résultats de l'étude d'impact réalisée à cet effet.

La présentation commune des résultats de l'étude d'impact et de la proposition législative est attendue mi-mars pour une **mise en œuvre fin 2015 – début 2016**.

CHIFFRES CLÉS

En Europe, les mutuelles représentent **25% du secteur de l'assurance** en termes de chiffre d'affaires.

- ◆ **168 millions d'Européens** reçoivent des prestations d'assurance par une mutuelle.
- ◆ **370 000 salariés**.

LES ENJEUX POUR LES MUTUELLES ET LES ADHÉRENTS

- ◆ Les mutuelles, en tant qu'entreprises sociales, jouent un **rôle essentiel dans la protection des citoyens européens**.
- ◆ Les mutuelles représentent une **alternative solide aux autres modèles économiques**.
- ◆ L'enjeu est le développement des mutuelles afin de **faire face aux règles prudentielles** de plus en plus strictes.
- ◆ L'objectif est de **promouvoir la mutuelle comme modèle économique alternatif**, porteur de valeur ajoutée sociale forte, notamment en période de crise.

LES PROPOSITIONS DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

L'absence de statut européen entrave le développement des mutuelles dans le marché intérieur. Ce statut doit permettre aux mutuelles d'agir à l'échelle de l'Union dans un cadre respectueux de leurs spécificités, pour :

- ◆ **mener des activités transfrontalières,**
- ◆ **constituer des groupes mutualistes européens.**

C'est un outil qui contribuera à la **diversification des activités** des organismes mutualistes.

Il permettra de **mieux répondre aux nouvelles règles européennes** comme Solvabilité II.

LES BÉNÉFICES POUR LES ADHÉRENTS ET LES POUVOIRS PUBLICS

- ◆ **Pour les adhérents** : au niveau européen, il s'agit d'accompagner la mobilité des citoyens en leur offrant une couverture mutualiste sur l'ensemble du territoire de l'Union.
- ◆ **Pour les pouvoirs publics** : développement d'un secteur de l'économie sociale et solidaire en Europe.

SANTÉ ET SOCIÉTÉ PROJET DE LOI D'ORIENTATION ET DE PROGRAMMATION POUR L'ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT



MESSAGES CLÉS

Ce texte entre en résonnance avec l'ensemble des métiers de la Mutualité Française qui, depuis de nombreuses années, développe une **forte légitimité dans la prévention et la promotion de la santé, la complémentaire santé, la prévoyance et la gestion de services et d'établissements**. La Mutualité Française est favorable à un droit universel d'aide à l'autonomie dont le financement se fonde sur la solidarité nationale en intégrant les dimensions de prévention et d'accompagnement. Sa mise en œuvre nécessite de supprimer les barrières d'âge pour permettre une compensation, quelles qu'en soient les origines, en se fondant sur une évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne. **Deux dysfonctionnements** caractérisent le système actuel : un manque global de cohérence et de coordination et l'insuffisance des moyens financiers au regard des enjeux. Les mesures proposées dans le cadre du projet de loi y répondent partiellement.

CHIFFRES CLÉS

- ◆ Les personnes âgées de 60 ans et plus (15 millions aujourd'hui) seront **20 millions en 2030**. Le nombre de Français de plus de 85 ans (1,4 million aujourd'hui) va quasiment quadrupler d'ici à 2050. À partir de 2035, après une longue période d'accroissement, le rapport entre les personnes âgées de 60 ans et plus et les personnes entre 20 et 60 ans se stabilisera.
- ◆ **Près de 25 % des hospitalisations** en court séjour des personnes de plus de 80 ans dépassent 10 jours.
- ◆ **29 % des adhérents** des mutuelles ont plus de 60 ans.

LES ENJEUX POUR LES MUTUELLES ET LES ADHÉRENTS

Aboutir à une diminution des restes à charge pour les personnes, une simplification des modes de financement et une adaptation des structures aux parcours.

Garantir une offre solidaire et responsable.

LES PROPOSITIONS DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

- ◆ **Sur la gouvernance** : le regroupement des acteurs aux niveaux national et local permettra une gestion de proximité efficace et une égalité de traitement sur le

territoire. L'enjeu est de garantir l'égalité de traitement des personnes dans l'évaluation de la situation et de la prise en charge.

- ◆ **Sur la prévention** : la perte d'autonomie est l'une des priorités de la Mutualité Française en matière de prévention et de promotion de la santé. La prévention de la perte d'autonomie passe par un accompagnement de qualité tout au long de la vie. La coordination nationale des acteurs de la prévention est intéressante si elle ne freine pas les initiatives et la créativité des acteurs sur le terrain.
- ◆ **Sur l'accompagnement des personnes et de leurs familles** : la Mutualité Française accueille favorablement les propositions de revalorisation de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de la reconnaissance du rôle des aidants et de refondation de l'aide à domicile. Concernant l'APA, la Mutualité Française souhaite une évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne (environnement, projet de vie, présence des aidants).
- ◆ **Sur la coordination** : l'enjeu reste la coordination entre les acteurs du médico-social et du sanitaire. La réussite de la réforme passera par l'articulation avec la Stratégie nationale de santé.
- ◆ **Sur le financement** : la Mutualité Française est favorable à un financement reposant sur la solidarité nationale la plus large possible, avec un rôle prépondérant de la sphère publique pour garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire. Elle est défavorable à une obligation d'assurance dépendance se substituant à la solidarité nationale. Cependant, les « contrats dépendance » sont amenés à se développer et la Mutualité souhaite un pilotage concerté sur la gestion du risque dépendance. La Mutualité est favorable à la labellisation des « contrats dépendance » afin d'en améliorer la lisibilité et la qualité. Ces contrats devront être exonérés de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA). Enfin, des passerelles entre l'offre santé et l'offre dépendance pourraient utilement être mises en place afin d'améliorer la qualité de la prise en charge de la personne.

LES BÉNÉFICES POUR LES ADHÉRENTS ET LES POUVOIRS PUBLICS

- ◆ **Pour les adhérents** : l'anticipation d'un risque important.
- ◆ **Pour les pouvoirs publics** : un partenariat dans la mise en œuvre d'une réforme majeure dans le domaine de la santé publique.

PROJET DE LOI SUR L'ÉCONOMIE SOCIALE ET SOLIDAIRE



MESSAGES CLÉS

Le projet de loi sur l'Économie sociale et solidaire consacre pleinement un **modèle économique et social performant et pérenne**. Ce texte va permettre aux mutuelles de se développer, d'apporter un service social à forte valeur ajoutée sur des bases économiques solides.

POINT DE SITUATION

Le **Sénat** a examiné et adopté ce projet de loi en première lecture, le **7 novembre 2013**.

La **Commission des Affaires économiques de l'Assemblée nationale** examinera ce texte **mi-avril**.

CHIFFRES CLÉS

- ◆ L'Économie sociale et solidaire représente **10,3%** de l'emploi français.
- ◆ **23%** d'emplois nouveaux créés par les acteurs de l'Économie sociale et solidaire, contre 7% dans le secteur privé classique (2003-2013).
- ◆ Les mutuelles emploient **85 000 personnes** :
 - 41 000 salariés travaillent dans les activités d'assurance,
 - 44 000 dans les activités des services de soins et d'accompagnement.

LES ENJEUX POUR LES MUTUELLES ET LES ADHÉRENTS

Apporter des réponses innovantes à des besoins sociaux sur les territoires.

Répondre au développement des contrats collectifs.

Répondre à Solvabilité II sans alourdir le coût des cotisations.

LES PROPOSITIONS DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

Au-delà des dispositions centrales du projet de loi visant à reconnaître le rôle et la place de l'Économie sociale et solidaire auxquelles la Mutualité a largement contribué et dont elle souligne les avancées, le Titre IV du projet de loi vise à donner aux mutuelles les moyens et les outils leur permettant de développer leur activité grâce à la mise en place :

- ◆ **de la coassurance pour les contrats collectifs ;**
- ◆ **des certificats mutualistes et paritaires** en créant un nouveau mode de financement pour les mutuelles ;
- ◆ **d'une nouvelle forme d'union spécifiquement dédiée aux mutuelles** du Livre III du Code de la mutualité pour renforcer leur capacité de développement.

LES BÉNÉFICES POUR LES ADHÉRENTS ET LES POUVOIRS PUBLICS

- ◆ **Pour les adhérents** : ce texte, en confortant l'assise économique des mutuelles, va permettre le développement d'actions innovantes, notamment s'agissant de l'offre de soins, dans des secteurs souvent désertés par les acteurs lucratifs.
- ◆ **Pour les pouvoirs publics** : les dispositifs permettront de conforter un secteur constituant un réel gisement d'emplois (85 000 aujourd'hui), non délocalisables.