



HUGUES FOURAGE
DEPUTE-MAIRE DE FONTENAY-LE-COMTE
5^E CIRCONSCRIPTION DE LA VENDEE



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ - ÉGALITÉ - FRATERNITÉ

Monsieur Daniel GERARD
Président
Mutualité Française des Pays de la Loire
29, quai François Mitterrand
44273 NANTES CEDEX 2

Fontenay-le-Comte, le 20 décembre 2013

Monsieur le Président,

Le Président de la République, dans son discours au congrès de la Mutualité en octobre 2012, a formulé l'objectif de « généraliser, à l'horizon 2017, l'accès à une couverture complémentaire de qualité ». En effet, on estime qu'il y avait en 2012, 2,5 millions de personnes sans couverture complémentaire santé, dont au moins la moitié y avait renoncé pour des raisons financières. Par ailleurs, trop souvent, les titulaires d'une complémentaire santé disposent de garanties onéreuses ou peu adaptées à leurs besoins. C'est le cas en particulier des bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), dispositif qui, de ce fait, ne remplissait qu'imparfaitement sa fonction.

L'article 56 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 (ancien article 45) représente une nouvelle étape vers l'objectif fixé par le Président de la République.

S'il est aujourd'hui nécessaire d'intervenir par la loi, c'est avant tout parce que la labellisation n'a pas réussi à se mettre en place. Il est en effet urgent de créer un autre instrument de régulation. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie l'avait d'ailleurs suggéré.

La mise en concurrence prévue à l'article 56, n'est pas un appel d'offres au sens du code des marchés publics. Il y aura plusieurs niveaux de garanties ainsi qu'un nombre limité d'opérateurs sélectionnés. Un cahier des charges précis sera défini par décret qui viendra préciser la procédure. L'objectif est bien d'améliorer la qualité des contrats proposés aux bénéficiaires de l'ACS.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements afin d'une part d'intégrer les dépenses de prévention et d'optique dans le panier de soins couvert par les contrats responsables, et d'autre part de limiter la prise en charge par ces contrats des dépassements d'honoraires des médecins. Par cette adoption, l'Assemblée a souhaité qu'il y ait un fondement législatif au plafonnement pour la prise en charge des dépassements d'honoraires et des frais d'optique.

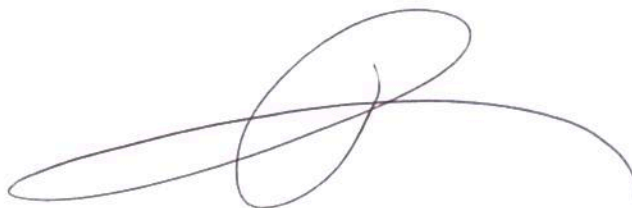
La détermination du niveau de prise en charge et du plafond tarifaire est prévu par la l'intervention d'un décret en Conseil d'Etat.

En ce qui concerne l'article 4, celui-ci vise à fixer les modalités de contribution des organismes de protection complémentaires au financement du forfait « médecin traitant ».

L'article 7 de l'arrêté du 29 novembre 2012 portant approbation de l'avenant n° 8 dispose que « les organismes complémentaires souhaitent participer à ce développement des nouveaux modes de rémunération en complétant le financement mis en place par l'assurance maladie obligatoire à hauteur de 150 millions d'euros, notamment par le développement de forfaits pour les médecins traitants. » Cet article permet de décliner cet engagement dans la loi.

L'article 4 traduit l'engagement des complémentaires santé en faveur du renforcement de la médecine de premier recours ; dans la mesure où le tiers payant n'est pas encore appliqué, il demeure impossible de prévoir le versement direct des organismes complémentaires aux professionnels de santé pour cette participation au forfait du médecin traitant. C'est pourquoi cette contribution prendra la forme d'un remboursement des sommes avancées par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM).

Je vous prie de bien vouloir recevoir, Monsieur le Président, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.



Copie transmise :

- Monsieur Luc HUBELE, Délégué Départemental Vendée, Mutualité Française des Pays de la Loire