

Direction

16 DEC. 2013

Arrivée courrier

Saint-Nazaire, le 13 décembre 2013

**Mutualité Française Pays de la Loire**  
 Délégation départementale Loire-Atlantique  
 29, Quai François Mitterrand  
 44273 NANTES Cedex 2

**A l'attention de :**  
**M. Daniel GERARD**, Président  
**M. Joseph GUIHENEUF**, Délégué départemental



**YANNICK  
 VAUGRENARD**

Réf. : YV/CD - 223/12/2013

*SENATEUR  
 DE LOIRE-ATLANTIQUE*

Monsieur le Président,

J'ai bien reçu votre courrier du 18 octobre dernier, par lequel vous attirez mon attention sur vos inquiétudes concernant plusieurs points du Projet de loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2014.

Depuis son arrivée au pouvoir, le Gouvernement a rappelé à plusieurs reprises l'importance de l'assurance complémentaire santé et de ses acteurs pour le bon fonctionnement du système de santé français. C'est en ce sens que l'objectif d'accès pour tous à une complémentaire de qualité a été défini par le Président de la République au Congrès de la Mutualité en octobre 2012, afin de trouver une solution pour les 2,5 millions de Français qui n'en possédaient pas et pour tous ceux qui ne jouissent pas de garanties suffisantes ou adaptées.

Une première étape fut franchie avec la loi sur la sécurisation de l'emploi prévoyant la couverture de l'ensemble des salariés à l'horizon 2016. De la même façon, le relèvement du plafond CMU a représenté une avancée que le PLFSS consacre aujourd'hui. En effet, ce dernier (articles 45 et 56 du texte adopté) permet un meilleur accès à la CMU, notamment pour les étudiants isolés, et entend garantir une meilleure qualité-prix des contrats d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Alors que ces derniers s'adressent à un public modeste, ils les protègent parfois moins bien que d'autres contrats.

Le PLFSS propose donc de lutter contre le non-recours et la protection insuffisante, en organisant, comme l'avait recommandé le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, une mise en concurrence qui permettrait de sélectionner les assureurs présentant les meilleurs tarifs sur la base d'un cahier des charges. Cette mesure viendrait en remplacement de la procédure de labellisation ACS qui avait été instaurée en 2012. En effet, aucun consensus n'avait été trouvé entre l'Etat, le Fonds CMU et les UNOCAM, faisant de cet outil qui, en outre, n'était pas contraignant, un échec.

.../...



Par ailleurs, il me semble que la refondation des contrats solidaires et responsables répond à vos souhaits, puisqu'elle veut à la fois prévoir un niveau de couverture minimale des soins –à ce titre, le Gouvernement proposait que l'actuel panier de soins minimal de ces contrats soit étendu avec des forfaits spécifiques pour l'optique ou les prothèses dentaires- et éviter de solvabiliser des pratiques tarifaires excessives ; il s'agit ici de plafonner le niveau de prise en charge des dépassements par ces contrats.

Même si le débat entre les parlementaires et le Gouvernement s'est déjà tenu lors de l'examen du projet dans les assemblées, la définition de ces nouveaux contrats sera donnée par décret, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, garantissant une phase de concertation. Cependant, il est déjà établi qu'une incitation à choisir des contrats responsables se fera par le biais de la fiscalité. Grâce à l'article 15 ter du PLFSS, devenu 19 dans le texte adopté, la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) reste à 7 % pour les contrats solidaires et responsables, alors qu'elle est majorée en passant de 9 à 14 % pour les contrats dits « non-responsables ».

En outre, la mise en place des clauses de recommandation participe bien de l'ambition de généralisation de la complémentaire, afin d'éviter les ruptures de solidarité, comme vous le décrivez dans votre courrier. Avec l'article additionnel 12 ter du PLFSS, le Gouvernement n'entend pas contourner la décision du Conseil constitutionnel de censurer les clauses de désignation mais cherche au contraire à en tirer les leçons. Grâce à la solidarité permise à l'échelle des branches professionnelles, le risque est efficacement réparti. Dès lors, la mutualisation des risques permet de proposer à tous des garanties identiques, de suivre une population donnée et de lui proposer des actions de prévention mais aussi d'éviter qu'en segmentant le marché, la couverture des plus fragiles soit diminuée.

Enfin, tout comme la ministre l'a fait lors des débats, je tiens à rappeler que la traduction faite de l'article 4 de l'engagement de co-paiement régime obligatoire / régime complémentaire, pour la rémunération du nouveau forfait médecin traitant, n'est que temporaire. La mesure de versement de la contribution des organismes complémentaires par l'intermédiaire de l'assurance maladie n'est en effet qu'un dispositif transitoire en attendant la mise en place effective d'un tiers payant intégral.

Espérant avoir répondu à vos préoccupations, je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes salutations dévouées.

Yannick VAUGRENARD