

# DISCOURS DE MADAME ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN

Ministre de la Santé et des Sports

Pour commencer, je voudrais remercier Jean-Pierre Zerba de m'avoir invitée et de me donner ainsi l'occasion de m'exprimer devant le monde de l'assurance dans son ensemble.

Vos organismes, qu'il s'agisse de mutuelles, d'institutions de prévoyance ou de sociétés d'assurance, constituent un **secteur essentiel pour l'économie** – la crise n'a fait que le rappeler. **Essentiel** par le nombre d'emplois que vous créez.

**Essentiel** par votre présence sur la scène internationale.

**Essentiel surtout** par le précieux soutien que vous apportez à l'économie française.

Aujourd'hui, plus précisément, c'est de votre rôle dans la santé que je veux vous parler, en vous renouvelant toute ma confiance, mais aussi en vous rappelant les responsabilités qui vous incombent.

Vous le savez, **l'accès aux soins** est au coeur des préoccupations des Français et de mon projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires ».

**Je suis pleinement consciente de la place fondamentale que vous occupez, aux côtés de l'assurance maladie, dans cet accès aux soins.**

Les mutuelles, les institutions de prévoyance et les compagnies d'assurance financent en effet 13,6 % des dépenses de santé, soit près de 20 milliards d'euros et l'équivalent de presque 1 point de PIB.

Avec l'Allemagne et le Canada, la France se situe ainsi en troisième position, après les Etats-Unis et les Pays-Bas, pour la part des dépenses de santé financées par des assurances privées.

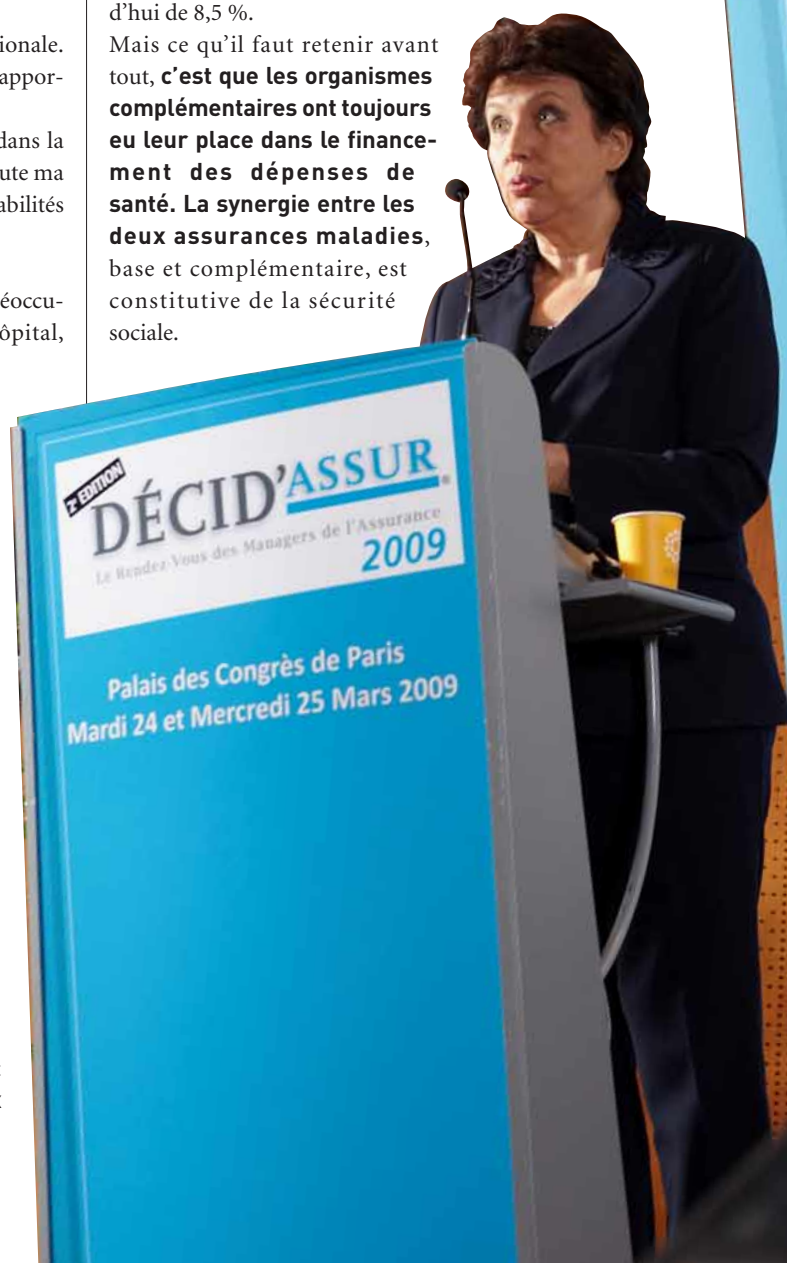
Encore ce taux global de 13,6 % cache-t-il des **disparités**, puisque les affections de longue durée, qui représentent une part centrale des dépenses de santé, sont prises en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire.

Le taux de prise en charge des dépenses de santé par les complémentaires est de 20 % pour les soins ambulatoires, de 18 % pour les médicaments et de 30 % pour les autres biens médicaux. En affinant davantage le décompte, on constate qu'il se situe **aux**

**alentours de 40 % pour le secteur dentaire et de 50% pour l'optique.**

Cette part des complémentaires dans le financement des dépenses de santé est en légère augmentation tendancielle depuis 10 ans, et a permis une diminution de la part du reste à charge des ménages, qui est aujourd'hui de 8,5 %.

Mais ce qu'il faut retenir avant tout, **c'est que les organismes complémentaires ont toujours eu leur place dans le financement des dépenses de santé. La synergie entre les deux assurances maladies, base et complémentaire, est constitutive de la sécurité sociale.**





► Par construction, **dès 1945**, la couverture de la dépense assurée par les régimes d'assurance maladie obligatoire était limitée, laissant ainsi une place au développement d'une prise en charge complémentaire.

Celle-ci a pu revêtir des **formes variées** : mutuelles, entreprises d'assurances, sociétés d'assurances mutuelles, institutions de prévoyance.

Je suis attachée à cette **diversité**, qui fait aussi la **richesse** de votre secteur.

Qu'ils viennent du secteur mutualiste, paritaire ou lucratif, les organismes complémentaires apportent des solutions à toute la population en conjuguant **efficacité et solidarité**. Forts de cet héritage, c'est main dans la main que nous devons œuvrer pour améliorer encore et toujours l'accès aux soins de nos concitoyens.

**C'est précisément pour assurer un égal accès aux soins que l'Etat et la sécurité sociale consacrent plus de 7 milliards d'euros au développement des complémentaires santé. Il s'agit là d'un solide soutien, que je veux réaffirmer devant vous avec force.**

Notre premier souci est de **faire en sorte que tous nos concitoyens aient accès à une complémentaire santé**, ce qui n'est malheureusement toujours pas le cas pour 7 % d'entre eux aujourd'hui.

La politique d'accès à une complémentaire santé passe d'abord, depuis maintenant 9 ans, par le financement de la **couverture maladie universelle complémentaire** (« la CMUC »), qui a coûté près de 1,8 milliard d'euros à l'Etat en 2008. 4,5 millions de personnes bénéficient ainsi de la dispense d'avance de frais et d'une complémentaire santé gratuite qui est gérée, dans 12 % des cas (soit 550 000 personnes), par des organismes privés.

Afin de pallier les effets de seuil liés à la CMUC, l'Etat a également mis en place, depuis 2005, pour les personnes dont les ressources sont situées un peu au-dessus de celles requises pour bénéficier de la CMUC, une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), qui permet de prendre en charge environ la moitié du coût d'une complémentaire santé.

Mais ce dispositif, qui devrait coûter environ 120 millions d'euros en 2009, était encore bien complexe à mon arrivée au Ministère et de ce fait trop peu utilisé. J'ai donc cherché à le simplifier en faisant en sorte qu'il soit présenté sous forme de chèque et en demandant aux caisses de sécurité sociale d'envoyer des courriers ciblés aux titulaires de minima sociaux éligibles à l'ACS. Ces efforts ont porté leurs fruits puisqu'en un an, le taux d'utilisation de l'ACS est passé de 15 % à 20 %.

Cependant, nous n'avons toujours pas couvert les deux millions de personnes susceptibles de bénéficier de l'ACS. **Il faut donc aller plus loin encore**, tout particulièrement en direction des plus âgés, dont le taux d'effort est en effet le plus élevé. C'est donc avec mon total soutien que l'Assemblée nationale a récemment adopté une **revalorisation de l'ACS pour les plus de 50 ans** par un amendement à mon projet de loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires ».

C'est enfin par le biais d'**exonérations fiscales et sociales** en faveur de certains contrats, tout particulièrement les **contrats responsables**, que les finances publiques participent au développement de la couverture santé complémentaire. Les sommes qui y sont consacrées représentent plus de 5 milliards d'euros selon la Cour des comptes.

Pourtant, là encore, nous devons poursuivre nos efforts. Certes, la loi Evin de décembre 1989 sur les garanties collectives d'entreprises a permis de réaliser d'importants progrès pour couvrir les salariés.

Mais reste la question des **salariés des petites et moyennes entreprises**, généralement moins bien couverts que ceux des grandes entreprises, d'une part, et celle des **salariés précaires** et des salariés **ayant quitté l'entreprise ou dont le contrat de travail est suspendu**, d'autre part.

A cet égard, un progrès a été accompli avec l'**accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008** prévoyant la portabilité des droits et le maintien de la couverture complémentaire santé et prévoyance appliquées dans l'entreprise durant les périodes de chômage, même si des éléments techniques doivent encore être réglés. ►



❶ **Pour être efficaces, les efforts doivent être partagés par tous.**

**Tous ensemble, Etat, assurance maladie de base et complémentaires santé, nous devons évoluer, en partenariat, pour apporter des réponses concrètes aux attentes de nos concitoyens.**

A ce titre, votre rôle majeur dans le système de santé ainsi que le soutien dont vous bénéficiez vous confèrent une responsabilité particulière.

La première attente de nos concitoyens, après l'accessibilité financière, c'est la **lisibilité**.

Les assurés ont aujourd'hui bien souvent du mal à se repérer dans l'**offre complexe de contrats** souvent multi optionnels et peu explicites. Je souhaite qu'ils puissent bénéficier de la **meilleure information** possible sur la nature de leur couverture. Pourquoi ne pas concevoir des contrats repères, ou des contrats types ?

Partout, la **transparence** doit être exigée : dans la présentation des contrats, dans les tarifs, dans les prises en charge, et dans les décisions de remboursement.

Elle est, en effet, le gage d'une **meilleure concurrence**, qui permettrait de freiner l'inflation des dépenses et la progression des tarifs. Les organismes complémentaires doivent parvenir à proposer un service de qualité à des tarifs accessibles.

En tout état de cause, en application de la dernière loi de financement de la sécurité sociale, un rapport sera transmis au Parlement sur l'évolution des tarifs et de la rentabilité des organismes complémentaires.

**Tous, nous avons le plus grand intérêt à cette transparence. Tous, nous devons nous allier pour qu'elle progresse rapidement.**

La deuxième attente de nos concitoyens, c'est la **qualité**.

Les complémentaires doivent contribuer à améliorer le rapport qualité/prix de l'offre de santé, notamment dans l'**optique et le dentaire**, où leur financement est essentiel.

A cet effet, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 invite l'Union nationale des organismes d'assurances maladie complémentaires (UNOCAM) à participer aux négociations et à signer les accords avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les professionnels, en disposant d'un pouvoir renforcé dans ces secteurs.

Je souhaite que les trois grandes familles de complémentaires santé arrivent à trouver un **consensus** au sein de l'UNOCAM pour parler haut et fort, **d'une seule voix**, dans les négociations avec l'UNCAM et les professionnels de santé.

J'insiste vraiment sur ce point : c'est une **belle opportunité** qui s'offre ici à vous. Je compte sur vous pour la saisir et formuler des **propositions innovantes** pour le financement de notre système de santé.

Pour mieux gérer le risque, je comprends que vous souhaitiez être **mieux informés**, afin d'éviter de rester un payeur « aveugle ». Le recours aux données de santé du **Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie** (SNIRRAM), qui constituait une demande forte du secteur, permet désormais à vos fédérations de disposer de données collectives anonymes et détaillées à des fins d'analyse statistiques ou d'ajustement de l'offre. Il participe aussi d'une **meilleure gestion du risque**.

Une gestion du risque qui, comme le rappelle le dernier rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), doit progresser en particulier sur le marché des **prothèses dentaires** et de l'**optique**, grâce à la constitution de réseaux de professionnels qui s'engageraient sur des garanties de qualité, de services et de prix.

La dernière attente des Français, enfin, c'est la **solidarité**. Il faut que les complémentaires interviennent en cohérence avec l'assurance-maladie, dans un engagement commun. **Tous les acteurs doivent fédérer leurs énergies au service de nos concitoyens, parce que c'est l'intérêt de tous.**

C'est en ce sens que les exonérations attachées aux contrats responsables ont pour contrepartie le **respect de certaines règles**, telles que la prise en charge de certains actes de prévention, le respect du parcours de soins, ou l'absence de prise en charge de la participation d'1 euro et des franchises.

C'est aussi dans cet esprit que les complémentaires santé gagneraient à s'impliquer davantage dans le développement des nouveaux modes de rémunération, ainsi que dans les **plans de santé publique** et la **prise en charge des affections de longue durée**.

Certes, à l'heure actuelle, elles participent, par le truchement de l'UNOCAM, au plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.

Cependant, à plus grande échelle, on pourrait souhaiter une plus grande implication dans l'**ensemble des plans de santé publique**, voire une coordination entre ces plans et l'offre des complémentaires santé.

- Par ailleurs, dans un contexte où l'offre d'**éducation thérapeutique** est presque encore inexistante à l'échelle nationale, les complémentaires ont une place croissante à prendre dans le **développement des actions d'accompagnement et programmes d'éducation thérapeutiques** destinés aux patients atteints de maladies chroniques, telles que le diabète, l'insuffisance cardiaque, l'asthme, ou l'insuffisance rénale.

Un **groupe de travail animé par la Direction de la sécurité sociale** et associant notamment la Mutualité française a été créé. Il concerne la mise en oeuvre de l'article 22 du projet de loi HPST, qui consacre l'éducation thérapeutique du patient dans le code de la santé publique. Il se penche également sur le financement de ces programmes par l'assurance maladie.

La **Mutualité française** s'est déclarée intéressée pour participer à l'offre de prestations complémentaires pour les maladies chroniques et a engagé une réflexion en interne sur ce sujet. Enfin, les complémentaires doivent favoriser la **limitation des dépassements d'honoraires. C'est là un sujet qui me tient tout particulièrement à coeur.** Le reste à charge des ménages est aujourd'hui de 115 euros par personne et par an en moyenne, dont les deux tiers sont des dépassements d'honoraires. **Une telle situation n'est pas acceptable ; nous sommes tous interpellés et nous devons tous réagir.**

Depuis mon arrivée, je m'efforce de lutter contre les **dépassements injustifiés.** C'est ainsi que j'ai, dans les dernières lois de financement de la sécurité sociale, accru les **obligations de transparence tarifaire** et renforcé les **sanctions**, notamment en cas d'inobservation de la notion de tact et mesure dans les tarifs pratiqués.

**Je compte sur votre aide, afin qu'ensemble, nous puissions aller plus loin dans la réalisation de cet objectif essentiel pour l'accès aux soins.**

Ce partenariat commun pour l'accès de tous à des soins de qualité, cet engagement partagé en faveur d'une santé durable, je souhaite enfin qu'il se décline **au niveau terri-**

**torial**, dans les **Agences régionales de santé (ARS)**, qui seront créées par le projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires ».

Comme vous le savez, ces agences adapteront nos politiques de santé aux spécificités régionales, dans une optique de qualité des soins et de justice.

Elles élaboreront un **programme pluriannuel régional de gestion du risque assurantiel en santé**, à l'élaboration duquel vous pourrez être associés chaque année. Ce programme sera un outil essentiel de l'organisation régionale.

Par ailleurs, vous pourrez être associés à certaines des actions de ce programme, susceptibles de vous concerner, dans le cadre d'une contractualisation avec l'ARS.

**La santé n'est pas un domaine comme les autres.**

A cet égard, vous, acteurs de l'assurance, avez une responsabilité particulière, dont vous devez être pleinement conscients.

Votre développement doit se faire en cohérence avec l'assurance maladie, et non de façon divergente.

Seule l'**unité**, en effet, nous permettra à tous, chacun dans ses fonctions, d'oeuvrer au service de nos concitoyens pour une **santé durable et solidaire.**

Vous le savez bien, j'en suis convaincue : les aides publiques dont vous bénéficiez ne sauraient se concevoir sans contreparties.

Il existe encore des **marges de progrès** en terme de lisibilité et de transparence des contrats et des coûts, ainsi qu'en matière de gestion du risque, de régulation des dépenses et de maîtrise des coûts.

**Je souhaite que 2009 soit pour vous une année de concertation et d'initiatives communes, afin que nous puissions, ensemble, relever tous ces défis, dont dépend en grande partie la pérennité de notre système de santé.**

Je ne doute pas que vos échanges pendant ces deux jours pourront enrichir la réflexion. Naturellement, mes services seront à l'écoute de vos propositions, dans un **réel esprit de partenariat.**

Je vous remercie.

