

Mission articulation AMO-AMC

Trame de questions – représentants des médecins – 23 avril à 14h30

- 1. Quelle est actuellement la nature des interactions de votre profession avec les complémentaires santé ? Quelle est votre appréciation sur l'articulation actuelle entre assurance maladie obligatoire et assurances complémentaires ? Quelles sont les forces et faiblesses du système actuel ? Que pourraient faire les complémentaires qu'elles ne font pas ou font insuffisamment aujourd'hui ? A vos yeux, la part de la dépense de santé prise en charge par les complémentaires devrait-elle rester stable / diminuer / augmenter ?**

Réponse MG France - A l'heure actuelle, seule une minorité de médecins généralistes effectue le tiers payant intégral qui donne lieu à un paiement de la part des complémentaires. La multiplicité des organismes implique en effet un coût de gestion important et difficile à assumer en cabinet de médecine générale.

Une des forces de notre système réside en un reste à charge plus faible que d'autres pays de l'OCDE.

En revanche, le mécanisme de copaiement semble peu efficient en soins primaires. Il est peu lisible pour le patient, implique des frais de gestion importants et évitables si une « Grande Sécu » était envisagée sur les soins.

Les dépenses de santé tendant à augmenter, il semble important de repenser le périmètre d'action des organismes complémentaires qui prennent aujourd'hui en charge des prestations au niveau de preuve bas voire nul, alors que l'investissement en prévention reste très bas.

Nous pourrions imaginer une Grande Sécu, ou a minima une mutuelle publique gérée par celle-ci permettant d'introduire un concurrent public dans le marché des complémentaires.

Dans cette optique, nous pourrions imaginer un financement par les RC de postes aujourd'hui non pris en charge : travail social dans les structures de soin, interprétariat, éducation thérapeutique patient, activité physique adaptée, diététiciens, psychologues... Ces postes essentiels qui sont autant d'investissements dans la réduction des dépenses à venir, pourraient bénéficier d'une prise en charge par les organismes complémentaires, répondant ainsi à la principale objection au 100% sécu pour les soins : « *et que faisons-nous des professionnels travaillant dans les complémentaires ?* ».

- 2. Avez-vous des propositions à formuler concernant les contrats responsables ? Quelles sont vos propositions pour limiter la hausse des dépenses de santé couvertes par les complémentaires santé, qui se traduit par une hausse des cotisations, en particulier pour les personnes âgées ? Quelle est votre position par rapport un recentrage du contrat responsable sur un socle de soins essentiels ?**

L'individualisation du risque « personnes âgées » et le périmètre probablement trop large des remboursements risque de rendre ce poste de dépense difficilement soutenable pour une partie de la population.

Nous n'insistons pas sur le principe de la Grande Sécu qui nous semble l'option préférable.

Dans l'éventualité d'un maintien d'un mécanisme de copaiement, nous pourrions, outre la suppression de la tarification au risque pénalisant les patients âgés, resserrer les contrats responsables vers des soins essentiels qui devront inclure les consultations en soins primaires, hospitalisations, soins de second recours à tarif opposable. Devront être exclus les soins n'ayant pas fait la preuve de leur efficacité.

- 3. Quelles sont vos propositions en matière de prise en charge des dépassements d'honoraires par les OC, en tenant compte de la nécessité de réguler la dépense de santé ?**

L'inflation des dépassements d'honoraires signe un sous-investissement dans les soins à tarif opposable. Couplé à la solvabilisation partielle des dépassements d'honoraires par les organismes complémentaires, la dynamique est aujourd'hui inflationniste.

Lutter contre les dépassements d'honoraires excessifs passe donc par la revalorisation des tarifs de secteur 1.

4. Pensez-vous que les complémentaires pourraient ou devraient être davantage associées aux négociations conventionnelles ? Selon quelles modalités ?

Dans le fonctionnement actuel, cela ne nous paraît pas indispensable.

En revanche, si nous imaginons un positionnement différent des organismes complémentaires, sur des postes de dépense aujourd'hui non financés, leur participation plus active aux négociations semblerait pertinente (prévention, ETP, pôle social dans les structures de soins, transports sanitaires...).

Néanmoins, MG France ne souhaite pas que l'adoption d'une convention dépende de la signature de l'UNOCAM, ni de convention spécifique entre les professionnels de santé et les organismes complémentaires.

5. Quelle appréciation portez-vous sur le fonctionnement du tiers payant intégral (y compris avec les complémentaires santé) ? Quels sont les freins à son déploiement ?

Comme précisé supra, un frein principal : l'absence de guichet unique et de garantie de paiement pour les professionnels de santé libéraux

Agir pour l'accès aux soins de tous, à travers une facilitation du TPI, passerait par un délai et une garantie de paiement dès lors que les droits sont à jour. Ainsi on constate que le tiers payant sur la part AMO est désormais très répandu, de par sa simplicité, la garantie de paiement et la visibilité sur les délais de paiement.

6. Etes-vous favorable au développement d'une action plus importante des OC sur le champ de la prévention en santé ? si oui, comment coordonner ces actions avec celles d'autres acteurs (professionnels de santé, assurance maladie ou Etat, mais aussi branches ou services de santé au travail pour la prévention en entreprise) ?

Oui, cf supra. Parmi les postes auxquels nous pouvons penser :

- Education thérapeutique patient
- Prévention contre la désinsertion professionnelle
- Remboursement de l'activité physique adaptée
- Remboursement des consultations diététique et psychologue

MG France est favorable à étendre le champ des OC sur ces thématiques, en préservant la logique de gradation des soins et plaçant le médecin traitant responsable de la cohérence du parcours de soin. L'AMO se concentrerait alors principalement sur les soins.

7. Avez-vous des propositions sur les modalités de financement par les complémentaires santé du parcours préventif des patients à risque chronique prévu de la LFSS 2026 ?

Il conviendrait de préciser ce que la LFSS souhaite instituer. MG France comprend ce mouvement comme la volonté de sortir du dispositif ALD des patients qui aujourd'hui peuvent y accéder, ce à quoi MG France est opposé. Il ne s'agirait en rien d'un progrès.

Si en revanche, il s'agit, à périmètre d'ALD constant, de se focaliser sur les patients à risque de développer une ALD (patients en prédiabète, tabagiques, ...) afin de prévoir des parcours de soins renforcés pris en charge, cela nous semble plus pertinent.

8. Etes-vous favorable à un accès plus large des OC aux données de santé, par exemple pour faciliter le développement d'actions de prévention (et leur évaluation) ou mener des actions de contrôle de la régularité des dépenses ?

Non sans le moindre doute. Le risque résidant, s'agissant de structures obéissant à une logique commerciale pour une partie d'entre elles, en une politique de sélection du risque.

9. Etes-vous favorable à une évolution plus structurelle de l'articulation entre AMO et AMC, et si oui, selon quelles modalités ? Quelle est votre position par rapport aux scénarios suivants :

- **Scénario de décroisement¹ :?**
- **Scénario de plafonnement des restes à charge (dit « bouclier sanitaire »)² Concernant le scénario de décroisement :**

MG France est favorable à un décroisement à condition qu'il se fasse vers une meilleure prise en charge AMO des soins les plus courants et les plus essentiels : soins primaires, soins liés aux maladies chroniques, ...

Nous sommes résolument opposés à la création d'un « petit risque » à la charge de l'AMC pour une AMO qui se concentrerait sur le « gros risque » i.e. les hospitalisations ou les traitements coûteux. La prise en charge du petit risque permet de limiter le gros risque. De la même manière, les actes liés au « petit risque » sont les plus fréquents. Abolir la logique de mutualisation de ces dépenses par l'Assurance Maladie ferait peser le risque d'une aggravation des inégalités d'accès aux soins. Le continuum clinique comme celui du remboursement des soins nécessite d'être préservé.

Par ailleurs, un décroisement nécessitera d'être vigilant à ce que des postes pertinents aujourd'hui remboursés ne basculent pas vers un RAC des ménages.

S'agissant du bouclier sanitaire, si le scénario envisagé est celui défendu par FIPECO (recul de l'AMO, hausse des restes à charge via un ticket modérateur unique, suppression des ALD...) : MG France y est absolument opposé.

¹ Un scénario de décroisement consisterait à supprimer le ticket modérateur et le co-paiement AMO-AMC sur l'ensemble des dépenses de santé, en confiant le financement de certains postes de dépenses de santé intégralement aux complémentaires santé (par ex des champs sur lesquels l'AMC est aujourd'hui le financeur majoritaire comme l'optique ou l'audioprothèse), et à l'inverse, en faisant financer les autres segments de dépenses de santé à 100% par l'assurance maladie.

² Dans un mécanisme de plafonnement du reste à charge, lorsqu'un assuré dépasse un seuil fixé de dépenses de soins non remboursées (qui peut dépendre du revenu), ses dépenses de santé sont intégralement prises en charge par l'assurance maladie. L'objectif est de protéger contre les dépenses catastrophiques, notamment les restes-à-charge très élevés à l'hôpital ses dépenses de santé. Le panier de soins couvert par le mécanisme de plafonnement nécessiterait d'être défini. Par exemple, dans les simulations réalisées dans les années 2000, les dépassements d'honoraire n'étaient pas intégrés. Un tel mécanisme se substituerait au mécanisme des ALD, mais le plafond peut être abaissé en cas de maladie comme c'est le cas en Allemagne ou en Belgique.

L'hypothèse consiste à maîtriser les dépenses mutualisées de santé en les réduisant et en transférant la charge sur les ménages. Si la logique des organismes complémentaires est effectivement inégalitaire, la réponse ne peut pas être d'y ajouter un second niveau d'inégalité par le renoncement aux soins.

10. Autres propositions ?

MG France reste attaché à une assurance maladie solidaire qui réduit les inégalités d'accès aux soins. Cette logique, qui permet un reste à charge minimale, ne doit pas être envisagée comme une anomalie ou un échec, mais comme le résultat d'une politique faisant de l'accès aux soins une priorité.

La prise en charge du petit risque permet de limiter le gros risque, et c'est un facteur majeur de réduction des inégalités sociales de santé en permettant une consultation à un stade précoce à l'occasion d'une pathologie aiguë intercurrente de patients qui n'auraient pas consulté sans un accès financièrement facilité. De la même manière, les actes liés au « petit risque » sont les plus fréquents. Abolir la logique de mutualisation de ces dépenses par l'Assurance Maladie ferait peser le risque d'une aggravation des inégalités d'accès aux soins. Le continuum clinique comme celui du remboursement des soins nécessite d'être préservé