

---

## Éléments d'actualité concernant les complémentaires santé

---

### 1. Articulation entre assurance maladie obligatoire/assurance maladie complémentaire

Dès 2016, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) avait lancé des travaux relatifs à l'articulation de la prise en charge financière des soins entre l'AMO (Assurance maladie) et l'AMC (complémentaires santé : mutuelles, instituts de prévoyance et sociétés d'assurance). Néanmoins, compte tenu de la sensibilité du sujet, le HCAAM s'était concentré sur d'autres éléments du système de santé.

Au cours de l'année 2021, le gouvernement a souhaité remettre le sujet sur la table et missionné le HCAAM pour étudier des scénarii d'évolutions possibles dans le partage de la prise en charge entre l'AMO et l'AMC. Pendant l'élaboration de ce travail, FO n'avait pas manqué de dénoncer l'instrumentalisation politique inédite, sur la commande elle-même, puis par une série de réactions et de déclarations dans la presse en particulier autour du scénario dit de « Grande Sécu ».

FO a immédiatement constitué un groupe de travail entre ses représentants dans l'AMO et l'AMC, afin de replacer les positions de la Confédération dans le contexte actuel. Ce fut l'occasion de réaffirmer les principes et le rôle de chacun, pour le clarifier et le rendre plus lisible.

Pour FO, et pour l'AMO comme pour l'AMC, il est impératif de sortir de la mainmise croissante de l'État, lequel doit voir son propre rôle restauré sur le contrôle de légalité et des comptes pour permettre d'assurer la cohérence de notre modèle social et de sa gestion :

- Eviter la multiplication des réglementations : AMO et AMC, actrices de la République sociale, doivent être exemplaires et transparentes, tant dans les comptes que dans la qualité et la lisibilité de l'offre ;
- Substituer à la réforme concertée la réforme négociée : chacun, pour ce qui le concerne, doit préserver la responsabilité de son positionnement dans le processus de décision ;
- Maintenir communes les bases de remboursement ;
- Préférer l'investissement commun dans la prévention à la maîtrise des dépenses et restaurer des marges de manœuvres à l'AMC en améliorant les remboursements AMO défaillants ;
- Garantir la complémentarité de l'offre de services entre AMO et AMC.

Le 14 janvier dernier, le rapport commandé au Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) concernant l'articulation de la prise en charge entre Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et Assurance Maladie Complémentaire (AMC), a été remis au ministre de la Santé réalisé au travers de quatre scénarii d'évolutions possibles (cf. communiqué de presse FO du 14 janvier 2022).

Intitulé "Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et assurance maladie complémentaire", ce rapport marque, pour FO, une occasion manquée de pouvoir traiter d'un sujet crucial pour les assurés sociaux : le reste-à-charge et le poids croissant des dépenses de santé, pour au contraire faire payer les assurés en fonction de leur risque et de leur âge.

## 2. « Taxe Covid » : non-reconduction pour 2022

Introduite par la LFSS pour 2021, la « taxe Covid » est une contribution exceptionnelle qui a été mise à la charge des organismes complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance, assurances) pour les années 2020 et 2021 au motif des économies qui auraient été réalisées par ces organismes au cours du premier confinement. Son taux avait été fixé à 2,6 % pour 2020 et 1,3 % pour 2021.

Force Ouvrière n'avait alors pas manqué de contester la mise en place de cette taxe pour plusieurs raisons :

- Cette taxe avait été mise en place en pleine crise sanitaire, avec une absence totale de recul pour évaluer les économies réalisées par les complémentaires santé pendant le premier confinement, du fait de l'incertitude concernant l'ampleur du report de soins. Pour FO, seules les dépenses qui avaient été prise en charge intégralement par la Sécurité Sociale pendant cette période auraient pu faire l'objet d'une compensation de la part des complémentaires santé.
- Cette taxation avait été décidée sans opérer de distinction entre les organismes de complémentaire santé qui ont un but lucratif et ceux qui n'en n'ont pas.
- La taxe « Covid » s'apparentait à un véritable droit de préemption, une illustration de la mainmise croissante de l'Etat sur les finances des complémentaires santé.
- Cette taxation faisait en outre craindre un report sur le montant des cotisations à la charge des assurés.

La taxe Covid n'est pas reconduite pour 2022, ce qui est un point positif.

## 3. Evolution des tarifs des complémentaires santé pour 2022

A la lecture d'une étude publiée ce mois-ci par la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) et menée auprès de 32 mutuelles, les hausses de cotisations de complémentaire santé pour 2022 seraient de l'ordre de 3,2 %, reflétant, selon la FNMF, une hausse « inédite » des remboursements sur 2021, qui serait liée au rattrapage des soins non effectués pendant les confinements, à la prise en charge de certaines consultations de psychologues et à la réforme du « 100 % santé ». Ces hausses de cotisations seraient différenciées suivant que le contrat est individuel (+3,2 %) ou collectif obligatoire (+3,8 %). Les cotisations relatives aux contrats collectifs facultatifs augmenteraient quant à elles en moyenne de 2,9 %.

Cette augmentation va peser sur le pouvoir d'achat des assurés (les cotisations constituant un reste-à charge pour FO), d'autant plus que le dernier Baromètre publié par le Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP) et le Crédoc en novembre dernier, a fait ressortir une moindre acceptabilité par les salariés d'une hausse tarifaire<sup>1</sup> et un sentiment de hausse tarifaire plus important en 2021.

L'évolution à la hausse des cotisations en matière de complémentaire santé invite aussi à se pencher sur une question non résolue : les cotisations des retraités. L'âge étant le principal déterminant du montant des cotisations, leur taux d'effort est appelé à augmenter (taux estimé à 11 % aujourd'hui qui pourrait passer à 16 % en 2040).

---

<sup>1</sup> En 2021, 26 % des salariés ont le sentiment de payer « un peu trop cher » leur complémentaire santé et 11 % de payer « beaucoup trop cher », contre respectivement 15 % et 7 % en 2019.

#### 4. Déploiement du « 100 % santé »

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, les contrats d'assurance pour frais de santé doivent, pour être qualifiés de « contrats responsables », prendre en charge, avec la sécurité sociale, la totalité des frais des assurés pour les dispositifs de la classe dite à « prise en charge renforcée » en matière optique et dentaire. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021, le dispositif est également applicable pour les aides auditives à « prise en charge renforcée ». Lors de la mise en place de cette réforme, FO avait souligné l'inexactitude de l'intitulé « 100 % santé » dans la mesure où seuls trois postes de dépenses de santé sont visés par le dispositif. De surcroît, ce dispositif concerne uniquement les dispositifs correspondant à une « classe de prestation ».

En pratique, qu'en est-il aujourd'hui du recours par les assurés au 100 % santé ?

Si le taux de recours au panier 100 % santé est assez important en matière dentaire (51 %) et en audiologie (31 %), il reste faible en matière optique (autour de 7 %, hors bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire<sup>2</sup>).

Le ministère de la Santé a récemment souligné la forte hausse du recours aux équipements en matière d'audiologie (en hausse de 85 % par rapport à 2019).

Alors que la part du reste à charge par assuré dans la dépense totale serait en baisse pour l'audiologie (38 % contre 56 % en 2017) et en dentaire (27 % contre 39 % en 2017), elle augmenterait pour l'optique en raison d'une baisse du tarif de base sur le panier libre et d'une baisse du plafond applicable aux montures de 50 euros (qui est passé de 150 à 100 €)<sup>3</sup>, ce qui est préjudiciable aux assurés, en particulier à ceux qui ne se voient pas proposer le panier dit « 100 % santé » par leur opticien, dentiste ou audioprothésiste et qui doivent se rabattre vers des équipements moins bien remboursés.

Par ailleurs, en la matière, la mise en place du tiers payant pour les équipements du 100 % santé est encore loin d'être généralisée, alors que, dans le PLFSS 2021, les députés avaient adopté un amendement prévoyant l'obligation pour les organismes complémentaires d'assurance maladie de proposer d'ici le 1<sup>er</sup> janvier 2022 un mécanisme de tiers payant intégral pour les équipements labellisés 100 % santé.

Un nouvel amendement a été déposé dans le cadre du PLFSS pour 2022, dans lequel les députés ont demandé la publication d'ici juillet 2022 d'un décret encadrant le fonctionnement des outils numériques de tiers payant développés par les organismes complémentaires pour rendre effective l'obligation de tiers payant sur les équipements relevant du 100 % santé.

Enfin, la vigilance s'impose dans la mesure où le déploiement du « 100 % santé » est un argument mobilisé par les complémentaires santé pour faire évoluer à la hausse les cotisations.

#### 5. Remboursement de certaines consultations chez un psychologue

Au vu de l'impact de la crise sanitaire sur la santé psychologique de la population, les trois grandes fédérations du secteur des Ocam – le Ctip, la FNMF et la FFA avaient annoncé en mars 2021 la mise en place d'un dispositif de prise en charge des consultations chez les psychologues, tout au long de l'année 2021 au 1<sup>er</sup> euro, au bénéfice de leurs assurés couverts par un contrat de complémentaire santé.

En septembre 2021, à l'occasion des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie, le Président de la République avait annoncé le remboursement de consultations de psychologues sur prescription médicale pour

<sup>2</sup> Baromètre 100 % santé du CTIP, juin/juillet 2021.

<sup>3</sup> CTIP préc.

toute la population, à partir de 3 ans avec un cofinancement entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire.

Ce dispositif, intitulé « MonPsySanté », devrait être lancé dès le premier trimestre de cette année en deux étapes :

- 1) Lancement de la candidature des psychologues volontaires ;
- 2) Remboursement des séances réalisées auprès des psychologues retenus.

Où en est-on aujourd'hui ?

L'article 79 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2022 acte, par le biais d'un amendement déposé par le gouvernement, la mise en place d'un remboursement Sécurité Sociale de certaines consultations de psychologues, renvoyant de nombreuses modalités d'application à un décret. L'interdiction de dépassements d'honoraires pour ces consultations est posée.

Un projet de décret en Conseil d'État a été transmis par le ministère de la Santé en vue de fixer les grandes lignes du dispositif de "prise en charge de séances d'accompagnement psychologique". Ce projet de texte détermine le cadre général pour une sélection territoriale puis un conventionnement de certains psychologues et apporte certaines précisions :

- Nombre de séances adapté aux besoins du patient, dans la limite de 8 par an
- Prise en charge sur la base de 40 Euros pour la séance de bilan initial, puis 30 Euros pour les séances de suivi.
- Ticket modérateur entre 35 et 45 % du tarif de ces séances. Le projet de décret n'explique pas les modalités de financement du ticket modérateur, mais un document du ministère de la Santé datant d'octobre 2021 précise que sa prise en charge pourrait devenir obligatoire pour l'ensemble des couvertures complémentaires répondant au label "contrat responsable".

Dans une délibération du 10 janvier 2022, l'UNOCAM s'est félicitée que les organismes complémentaires cofinancent le dispositif et a demandé qu'ils soient associés au suivi du dispositif. Elle a regretté "l'insuffisante concertation" en amont sur la mise en œuvre du dispositif.

## **6. Accès à la Complémentaire santé solidaire (CSS)**

Dans un rapport publié le 20 juillet 2021 juillet dernier, la Cour des comptes a établi un bilan critique de la CSS en ce qu'il n'a pas permis de mettre fin au renoncement aux soins, ni d'en finir avec les refus de soins de la part de certains professionnels de santé. De surcroît, la Cour des Comptes a estimé que la dernière réforme de la CSS n'a eu qu'un effet limité sur le taux de recours à ce dispositif, laissant ainsi certaines personnes les plus pauvres sans complémentaire santé (défaut de couverture de 11 % chez les 10 % les plus pauvres contre % pour le reste de la population). La Cour des Comptes avait alors formulé des pistes de simplification.

Le PLFSS pour 2022 prévoit des mesures spécifiques pour simplifier le recours à la CSS (article 88) : l'attribution de la CSS sera automatique pour les bénéficiaires du Revenu de solidarité active (RSA) « sauf opposition expresse de leur part » et facilité pour les bénéficiaires de l'Allocation de solidarité pour les personnes âgées (ASPA).

En outre, un décret du 13 décembre 2021<sup>4</sup>, qui est entré en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022<sup>5</sup>, a simplifié les modalités d'accès à la CSS en modifiant les périodes de référence des revenus professionnels ou prestations sociales qui sont pris en compte pour la détermination de l'éligibilité à la CSS<sup>6</sup> et en simplifiant les modalités de renouvellement du contrat en dispensant les bénéficiaires de renvoyer certains documents.

## 7. Congé de proche aidant

Encore peu utilisé (moins de 5000 personnes en ont bénéficié jusqu'alors) car peu connu du grand public, soumis à des conditions d'accès restrictives et peu indemnisé, le congé de proche aidant a vu son cadre juridique quelque peu modifié par la LFSS pour 2022 :

- *\*sur le plan de l'indemnisation* : le congé de l'allocation journalière de proche aidant (AJPA) sera revalorisé au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année en référence au salaire minimum de croissance mentionné à l'article L. 3231-2 du code du travail, rapporté à une valeur journalière et net des prélèvements sociaux obligatoires », ce qui marque un pas vers une meilleure amélioration de l'indemnisation de ce congé.
- *\*sur les conditions d'accès à ce congé, relatives à la personne aidée* : ce congé était jusqu'alors réservé aux proches aidants d'une personne subissant une perte d'autonomie « d'une particulière gravité ». Cette référence est supprimée, ce qui va dans le sens d'une ouverture possible de ce congé à un plus grand nombre de proches aidants.



---

<sup>4</sup> Décret n° 2021-1642 du 13 décembre 2021.

<sup>5</sup> A l'exception des dispositions du 7° de son article 1<sup>er</sup> relatives à la simplification du renouvellement des contrats de complémentaires santé solidaire qui entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> avril 2022 et celles du 3° du même article, relatives aux modalités de prise en compte des versements des pensions et obligations alimentaires qui entrent en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2023.

<sup>6</sup> Les ressources et avantages en nature pris en compte sont ceux qui ont bénéficié aux membres du foyer au cours d'une période de 12 mois courant du 13<sup>ème</sup> au 12<sup>ème</sup> mois civil précédant le mois de la demande. Avant l'entrée en application de ce décret, la période de 12 mois civils était celle précédant la demande.