

## Les Nouvelles d'Argenson

### Lettre numéro 25 – 4<sup>ème</sup> trimestre 2021

#### Projet gouvernemental de fusion entre Régime Obligatoire et Complémentaire Santé

Le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) vient d'élaborer un projet d'avis dans le cadre de ses réflexions sur l'articulation entre AMO et AMC. Comme on le sait, la *Loi de Financement de la Sécurité Sociale* sert chaque année au Parlement de variable d'ajustement budgétaire pour réaliser des économies sur le dos des patients (restes-à-charge chaque année plus conséquents). Si cette «austérisation systématique» devait aussi s'appliquer aux remboursements complémentaires, cela constituerait une nouvelle remise en cause du droit pour tous à des soins de qualité correctement remboursés. Ce serait la fin des solidarités mises en place en France après la Libération et seuls les plus fortunés pourraient espérer des soins de qualité dans quelques cliniques huppées... la masse des ayants-droits n'ayant plus qu'à aller s'entasser dans les couloirs des services d'urgence hospitaliers.

#### ☺ On trouve cependant quelques propositions intéressantes dans ce projet de rapport du HCAAM

- Concernant la couverture des personnes âgées modestes, un relèvement des plafonds d'éligibilité à la Complémentaire santé solidaire (CSS) est envisagé.
- Ce scénario «revient en quelque sorte à généraliser le dispositif des ALD à l'ensemble des patients», explique le HCAAM. Dans ce cadre, est préconisée la suppression de tous les tickets modérateurs. La participation des patients aux frais d'hospitalisation serait également prise en charge par le RO, avec à terme une refonte dans les tarifs des séjours «ou dans d'autres modes de financement».
- Cette deuxième piste impliquerait des évolutions en termes de régulation des dépenses et de rôle de l'Assurance Maladie. Elle passerait ainsi par une **évolution de la politique conventionnelle**, les remboursements de la Sécurité sociale seraient alignés sur le tarif de responsabilité et les rémunérations de professionnels libéraux devraient être remises à plat. Les dépassements restants pourraient être remboursés par les complémentaires.

#### ⊗ Par contre, il y'a vraiment de quoi être très inquiets lorsqu'on y lit

- Les complémentaires verraient leur champ d'intervention fortement réduit.
- Pour financer ce scénario et l'augmentation des recettes de l'AMO, le HCAAM mise en partie sur les cotisations patronales et la CSG et s'interroge sur la mobilisation de la TVA ... Or on sait que le MEDEF et la CGPME se mobilisent toujours contre toute augmentation des cotisations sociales des employeurs et que leur influence sur le Législateur est toujours plus importante que celle du contribuable moyen; quant à la TVA, elle reste l'impôt socialement le plus injuste puisque qu'appliquant le même taux de prélèvement aux plus démunis comme aux plus fortunés.

## Informations générales

#### ⊗ Au 1er juin dernier, fin des téléconsultations par téléphone

Le Décret n° 2021-271 du 11 mars 2021 modifiant le décret n° 2021-13 du 8 janvier 2021 prévoyait l'application de dérogations relatives au bénéfice des indemnités journalières et de l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1 du code du travail ainsi qu'aux conditions de prise en charge par l'assurance maladie de certains frais de santé afin de lutter contre l'épidémie de covid-19. Cette consultation qui pouvait être réalisée en présence du patient ou en téléconsultation avec vidéo-transmission, ne pouvait être cotée qu'une fois par patient. Le ticket modérateur était alors supprimé pour cette consultation dont le tarif ne pouvait donner lieu à aucun dépassement d'honoraire et pour laquelle le patient bénéficiait d'une dispense d'avance de frais. Ce dispositif dérogatoire a bel et bien pris fin au 1er juin 2021.

#### ☺ Instauration d'un tarif national pour l'Aide à Domicile

Depuis maintenant de nombreux mois, les fédérations du secteur réclament la mise en place d'un tarif national de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) versée par les départements pour financer les aides et soins à domicile. Actuellement, le montant de cette allocation varie d'un département à l'autre et dans les départements où les tarifs horaires de l'APA sont inférieurs à 20€, les structures sont en difficulté. Le tarif moyen fixé par les conseils départementaux est de 20,67€ alors que le coût de revient moyen de la prestation, est de 24,24€ ce qui ne permet pas de financer du temps de coordination et des actions de qualité en faveur du service rendu. Pour mettre fin à cette situation, il pourrait être proposé un tarif minimal de l'APA fixé à 22€/heure à compter de 2023. A cela pourrait s'ajouter la mise en place d'une dotation complémentaire versée par Conseil départemental de 3 euros de l'heure pour financer par exemple la coordination de ces services ou encore les interventions du week-end.

### ⊗ Reste-à-charge dans la campagne vaccinale

Jusqu'au 30 septembre, le ticket modérateur, la participation forfaitaire et la franchise étaient supprimés pour la consultation pré-vaccinale et les consultations de vaccination contre le SARS-CoV-2 :

- ✓ Pour les frais liés à l'injection du vaccin contre le SARS-CoV-2 ;
- ✓ Pour les frais liés au renseignement des données dans le traitement automatisé de données à caractère personnel dans le cadre de la campagne de vaccination contre la covid-19, dénommé «Vaccin Covid».

Ces dérogations ont disparu au 30/09/21, de même que la prise en charge des frais de transport vers un lieu de vaccination.

### ⊗ Taxe COVID: pas un cadeau, mais des menaces

Alors que le gouvernement alimentait, depuis quelques semaines, la perspective d'un «réajustement» (traduire *augmentation*) de la taxe Covid, voilà que nous apprenons par voie de presse qu'il semble avoir abandonné cette idée.

Devons-nous nous réjouir de cette information? On ne peut que se satisfaire de voir que les arguments développés par tous les représentants des «complémentaires santé», dont la Fnim, semblent avoir trouvé l'oreille de nos dirigeants. Pour autant, cette information s'accompagne d'une nouvelle alerte, voire pression, sur les niveaux de cotisations à venir, alors que le report des soins non prodigués l'an dernier est bien là et que nous avons payé la taxe « Covid », qui n'était donc pas justifiée.

Demander une modération des évolutions tarifaires revient à oublier que nos mutuelles ne font que mettre en œuvre les mesures décidées par leurs adhérents, qui ont de nombreux paramètres à l'esprit au moment de leurs prises de décisions. En venir à l'idée d'exiger le gel des cotisations, comme on peut le lire dans cette communication, serait une démarche politicienne populiste totalement irresponsable. Plus: cela viendrait en contradiction totale avec les règlements mis en place par nos gouvernants au fil des ans qui imposent de nombreuses contraintes à nos structures. En outre, une telle démarche viendrait à prouver la déconnexion totale du pouvoir politique avec le terrain économique. L'accumulation des mesures, de la réforme du 100% santé à la résiliation infra-annuelle, ajoutée au vieillissement de la population et à l'absence de fluidité du système de santé a des conséquences mécaniques sur les comptes de nos organismes.

Responsables mutualistes, défenseurs du seul intérêt de nos adhérents, nous nous inquiétons de ces tendances qui nous sont confirmées par nos actuels: nous ne pourrions certainement pas échapper à des hausses tarifaires qui apparaîtront comme étant brutales pour beaucoup. Mais la vérité nous impose de le dire, tout comme elle s'impose à nos gouvernants. «*Plutôt que de lancer au fil de petites phrases des injonctions irresponsables, les pouvoirs publics gagneraient en crédibilité en prenant en compte les véritables causes de l'inflation des dépenses de santé pour notre collectivité et pour chacun d'entre nous*» indique Philippe Mixe, président de la Fnim.

### Honoraires de dispensation : le jackpot pour les pharmaciens!

Petit rappel: Les pharmaciens confrontés à la baisse durable du prix de médicaments et sous réserve de vendre plus de génériques ont négocié avec le gouvernement des honoraires de dispensation qui selon eux correspondent à l'analyse de l'ordonnance, aux préparations éventuelles préalables à la délivrance et aux conseils délivrés aux patients. Ainsi, sur chaque ordonnance, le pharmacien prélève depuis le 1er Janvier 2020 1,02€ par boîte. Mais cela ne suffit pas car certains patients qui avaient des traitements sur trois mois prenaient des conditionnements en une seule boîte de 90 comprimés ce qui générait paraît-il un manque à gagner.

Pour le compenser, une nouvelle taxe dite *Honoraire de dispensation de conditionnement trimestriel* vient d'être mise en place à 2,76€. A ce nouvel honoraire, viennent s'ajouter:

- Par ordonnance dite complexe, comprenant au moins 5 médicaments ou spécialités pharmaceutiques délivrés, 0,31€
- Par ordonnance, classique, 0,51€
- Par ordonnance qui s'adresse à des enfants jusqu'à 3 ans ou à des personnes de plus de 70 ans les frais passent de 0,51€ à 1,58€ (augmentation de 209%)
- Par ordonnance, pour l'exécution d'une ordonnance de médicaments, dits «spécifiques» (c'est-à-dire figurant sur une liste en annexe de la convention nationale), les frais passent 2,04 € à 3,57 (augmentation de 75%). Dans cette liste figure un médicament aussi répandu que le Kardégic. Or la liste des médicaments spécifiques a récemment été revue à la hausse avec l'intégration de 700 nouvelles références

2,5 milliards de boîtes, flacons, ou autres présentations de médicaments ont été délivrés par les officines de ville et remboursés pour tous les régimes, soit plus de 40 boîtes par assuré et par an.

Ces frais supplémentaires sont remboursables par la sécu à hauteur de 70% et pour les 30% restant par votre Mutuelle. Cette tarification ne supprime pas le fait de payer une franchise sur les médicaments de 0.50€ par boîte qui est retenue sur vos remboursements sécu, avec un plafond à 50€ par an, que les OCAM n'ont pas le droit de rembourser.

Un exemple concret : le Kardégic est le 6ème médicament le plus vendu en France, il est préconisé dans le traitement de certaines maladies cardiovasculaires en raison de ses propriétés anticoagulantes. Le Kardégic n'est délivré que pour un mois, 30 sachets, il n'existe pas de conditionnement plus important, il faut donc aller avec son ordonnance à la pharmacie chaque mois, parfois pour ce seul médicament.

Cout d'une boîte de Kardégic, 3,07 euros. Là-dessus le pharmacien à une marge de 35% mais maintenant il prélève EN PLUS: 1,02€ d'honoraire de dispensation par boîte + 0,51€ d'honoraire de dispensation par ordonnance + 1,58€ d'honoraire de dispensation si *plus de 70 ans* + 3,57€ d'honoraire de dispensation pour *médicament spécifique* ... soient 6,68€ reversés au pharmacien (4,68€ versé par la sécu, 2€ par votre mutuelle) pour la délivrance d'une boîte de médicament de 3,07€ -et ce en plus de sa commission de 35% !

## Vie mutualiste

### Votre Mutuelle d'Argenson: toujours PLUS et MIEUX pour vous

☞ Pour savoir où en est votre contrat, il suffit de consulter votre «espace adhérent» sur le site <https://www.mutuelleargenson.fr/>.

C'est très simple:

- Cliquer sur «Menu» en haut à droite
- Puis cliquer sur Espace Adhérents (dernière ligne du menu déroulant)
- Nouveau clic sur [Espace Adhérents Argenson](#) puis sur [connexion](#)

(Lors de votre première connexion merci de prendre contact avec vos conseillers mutualistes par mail sur [contactargenson@gmail.com](mailto:contactargenson@gmail.com) afin de demander votre mot de passe.)

- Sur votre espace personnel, vous trouverez vos données personnelles - protégées selon les règles de la CNIL et du Règlement Général de Protection des Données (RGPD de l'Union Européenne); la nature de votre contrat et le décompte de vos prestations des six derniers mois.

☞ A partir de 2022, la Mutuelle d'Argenson offre un mois de cotisation gratuit pour tout changement de formule de Contrat vers une formule supérieure (de «Complémentaire» ou de «Module1» à «Supérieure» OU de «Supérieure» à «Haut de gamme») - uniquement en cas de souscription du nouveau contrat pour au moins un an.

☞ Parrainage: Pour tout parrainage d'un NOUVEL ADHERENT, vous continuez à recevoir 70 euros en chèque-cadeau. De plus, le nouvel adhérent ainsi parrainé bénéficiera également d'un mois de cotisation offert - uniquement en cas de souscription du nouveau contrat pour au moins un an.

### Démocratie mutualiste: Assemblée Générale du 23 juin 2021

Chaque sociétaire a reçu largement en avance l'ensemble des documents préparatoires et XXXXX adhérents se sont régulièrement exprimés et ont adopté à une très large majorité les dix résolutions proposées tout en approuvant à la quasi-unanimité les rapports sur l'activité mutualiste 2020:

#### ***Rapport d'activité 2020:***

Notre mutuelle, sa «substituante» (Mutuelle du Rempart) et notre fédération (FNIM) ont su démontrer au quotidien leur utilité sociale au service de l'ensemble de la population tout comme leur sens des responsabilités envers les salariés mutualistes. Nous pouvons en tirer une fierté légitime: La poursuite de nos activités au service de nos sociétaires en télétravail depuis le reconfinement s'est opérée sans aucun accroc et a normalement donné lieu aux revalorisations salariales conventionnelles ainsi qu'à la compensation financière des congés non pris. Durant cette période, nous avons continué d'œuvrer à votre protection sanitaire en éditant six «Fiches Santé» envoyées gratuitement aux abonnés et disponibles sur notre site internet.

Enfin, nous avons continué d'enrichir nos formules de contrats - en dépit du carcan réglementaire des contrats dits «responsables» et notre Conseil d'Administration a entamé, avec ses commissions de travail, l'étude de nouvelles prestations pouvant vous être proposées dès l'an prochain en complément des formules «Santé» traditionnelles.

#### ***Complément au rapport moral:***

1) Depuis 2019, les Pouvoirs Publics (Gouvernement, Parlement, CNAM) ont accentué l'étatisation rampante de la Complémentaire Santé:

- Mise en place de la C2S à la place des dispositifs de CMUC et d'ACS permettant aux CPAM de pratiquer une concurrence déloyale vis-à-vis des OCAM;
- Elaboration du principe d'une «grande Sécu» lors du «Ségur de la Santé» avec des régimes obligatoires et complémentaires de moins en moins adossés à des cotisations mais de plus en plus à des prélèvements obligatoires et à l'impôt;
- Mise en place forcenée du soi-disant «100% Santé» qui revient en fait à instituer un système de soins OPTIQUE-DENTAIRE-AUDIOLOGIE à deux vitesses:

\* des soins et des appareillages de faible qualité mais presque intégralement remboursés (R.O. plus OCAM),

\* des paniers de soins de meilleure qualité que le R.O. remboursera moins bien qu'auparavant, sur l'air bien connu de « les mutuelles peuvent payer » ... dogme pratiqué successivement par Mmes Bachelot, Touraine et Buzyn et approfondi avec la mauvaise foi qu'on lui connaît par M. Veran.

2) Dans le même temps, le Gouvernement a poursuivi et amplifié sa politique d'affaiblissement des mutuelles à taille humaine...

- en tentant de les étouffer par une surréglementation bureaucratique et par l'instauration de la Résiliation infra-annuelle ;

- en puisant allègrement dans leurs fonds de réserve pour compenser les carences du Régime Obligatoire (nouveaux transferts de charge du R.O. vers le R.C., taxe Covid, etc.).

3) Cette politique vise très clairement à réduire drastiquement le nombre des opérateurs « santé » pour instituer un système de remboursement des soins à l'anglo-saxonne:

- des remboursements de soins *a minima* pour la grande masse de la population,

- le recours à des opérateurs à but lucratif pour la minorité des plus aisés ...

4) Dans ce contexte, il est de plus en plus difficile la possibilité pour les mutuelles de proximité à taille humaine de tenir des équilibres techniques et financiers. En 2020, votre Mutuelle d'Argenson et SMFEP y est cependant parvenu:

- au prix d'une augmentation très maîtrisée de vos cotisations,

- grâce au dévouement sans faille de ses salariés en dépit des conditions de travail souvent très compliquées,

- en respectant les normes sanitaires et leurs modifications constantes,

- grâce enfin au militantisme dévoué de nos administrateurs qui a seul permis de préserver une «gestion de père de famille» de nos comptes financiers et le respect d'un bon équilibre prestations/cotisations» tout en préservant autant que possible une vie démocratique ... bien difficile à retrouver (cf. faible affluence aujourd'hui).

### **Bientôt vos nouveaux contrats 2022:**

**Courant novembre, vous allez recevoir vos appels à cotisations 2022.**

Vous constaterez que nos tarifs augmentent très peu (voire pas du tout pour certaines formules) en dépit de la pression fiscale toujours plus grande sur nos contrats (Taxe sur les contrats d'assurance dite TSCA, taxe COVID, TVA, etc.) et des déremboursements chaque année plus nombreux du Régime Obligatoire (déremboursements que nous devons compenser pour vous).

**C'est l'occasion de penser à faire évoluer votre adhésion vers une formule encor plus complète.**

**A partir de 2022, la Mutuelle d'Argenson offre un mois de cotisation gratuit pour tout changement de formule de Contrat vers une formule supérieure (de « Complémentaire » ou de « Module1 » à « Supérieure » OU de « Supérieure » à « Haut de gamme »).**

**N'oubliez pas non plus que vous pouvez parrainer un nouvel adhérent: Pour tout parrainage d'un NOUVEL ADHERENT, vous recevrez 70 euros en chèque-cadeau. De plus, le nouvel adhérent ainsi parrainé se verra offrir un mois de cotisation (pour toute adhésion d'au moins un an).**



Également consultables sur notre site <http://www.mutuelleargenson.fr/>

### Fiche n° 14 : Prévention des risques professionnels pour la santé

Liés aux conditions générales de travail, les risques professionnels font peser sur les salariés la menace d'une altération de leur santé qui peut se traduire par une maladie ou un accident. Il appartient à l'employeur de supprimer ou de réduire ces risques afin d'assurer la sécurité des salariés et de protéger leur santé physique et mentale. Pour ce faire, il doit prendre les mesures appropriées et les mettre en œuvre conformément aux principes généraux de prévention énumérés par le Code du travail. Compte tenu de la nature de l'activité exercée, il doit ainsi évaluer les risques professionnels, consigner les résultats dans un document unique et mettre en œuvre des actions de prévention. Cette rubrique présente un ensemble de risques professionnels, ainsi que des mesures et moyens de prévention pouvant être mis en œuvre par l'employeur.

#### Les trois principales pathologies liées à l'exercice professionnel sont...

##### - Les TMS (troubles musculo-squelettiques):

Les TMS sont des pathologies d'hyper-sollicitation qui portent atteinte « à l'essence même du dynamisme de l'être humain » selon un médecin du travail, ils se manifestent par des douleurs qui peuvent devenir invalidantes et conduire à des incapacités au travail. Ce sont des pathologies à caractère différé car ils peuvent se révéler après un temps plus ou moins long, et ces troubles lorsqu'ils se chronicisent entraînent des incapacités croissantes et irréversibles. En France, c'est la première cause de maladie professionnelle.

##### - Les troubles de la vision liées à l'utilisation intensive d'un poste informatique

##### - Les troubles psychiques (stress, burn-out, etc.) liés à des pressions excessives de l'employeur ou de l'encadrement ... pouvant aller jusqu'au harcèlement professionnel.

#### Les autres risques professionnels fréquemment relevés par les Comités d'Hygiène et de Sécurité (CHSCT) concernent notamment:

- L'exposition au radon (gaz radioactif naturel) ou à l'amiante;
- Les accidents de travail liés à une mauvaise ventilation ou climatisation des locaux de travail
- Les accidents résultant de surmenage de conducteurs professionnels, chauffeurs-routiers, transporteurs de personnes, etc.;
- Les risques psycho-sociaux.

#### Au travail, la prévention de ces risques repose sur trois piliers:

- Les IRP (Instances Représentatives du Personnel (délégués du personnel, délégués CHSCT, etc.);
- Le *Document Unique*: le document unique d'évaluation des risques professionnels s'impose à l'employeur pour toute entreprise d'au moins un salarié. Le DUERP recense tous les risques présents dans votre entreprise, atelier par atelier, poste par poste. Il répertorie les différentes mesures préventives et les plans d'actions de prévention des risques professionnels.
- La *Fiche d'entreprise*: La fiche d'entreprise est un document officiel régi par le code du travail à l'article D4624-37. La loi stipule que l'équipe pluridisciplinaire, coordonnée par le médecin du travail, établit et met à jour une fiche d'entreprise sur laquelle figurent, notamment, les risques professionnels et les effectifs de salariés qui y sont exposés.

La fiche d'entreprise est soumise au contrôle de l'inspecteur du travail et du médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre. Il n'y a pas de périodicité réglementaire de mise à jour de la Fiche d'entreprise. La fiche d'entreprise est un document clé dans la démarche de prévention dans la mesure où cette fiche constitue un des premiers leviers pour mettre en œuvre une démarche de prévention et pour aider l'employeur dans l'identification et l'évaluation des risques présents dans son entreprise ou son établissement.

Ce n'est que si ces procédures de prévention se sont avérées inefficaces que l'Assurance Maladie puis votre Mutuelle peuvent intervenir, après - hélas - déclenchement d'une pathologie ou d'un accident. L'édition de cette «fiche santé» vise à permettre de ne pas en arriver là, c'est aussi cela la solidarité mutualiste.

*Votre Mutuelle d'Argenson vous aide à prendre soin de vous.*