

Avis relatif au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020

Délibération n° CONS. – 43 – 3 octobre 2019 – Avis relatif au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2020

Par un courrier en date du 30 septembre 2019, notifié par voie électronique le même jour, l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) a été saisie par la Direction de la Sécurité sociale (DSS), en application de l'article L. 182-3 du code de la sécurité sociale, du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2020.

Aux termes de cet article, l'UNOCAM « *rend un avis public et motivé sur les projets de loi relatifs à l'assurance maladie et de financement de la sécurité sociale* ».

Au regard de la date de la Commission des comptes de la sécurité sociale, le Conseil de l'UNOCAM a adopté le présent avis le 3 octobre, dans le cadre de la procédure d'urgence par voie dématérialisée. Cet avis porte, d'une part, sur l'économie générale du PLFSS pour 2020 et, d'autre part, sur les dispositions du projet de loi de financement qui intéressent particulièrement les organismes complémentaires d'assurance maladie.

1. Economie générale du PLFSS pour 2020

1.1. Situation des comptes sociaux

Le PLFSS pour 2020 présente, sur la base des hypothèses macro-économiques retenues par les pouvoirs publics¹, une nouvelle trajectoire de retour à l'équilibre du budget de la Sécurité sociale dont le montant est supérieur à celui de l'Etat.

Après un déficit ramené à 1,2 Mds€ en 2018 (régime général + FSV), la situation des comptes sociaux se dégrade en 2019 avec un déficit prévisionnel actualisé de -5,4 Mds€, en raison des mesures d'urgence économique et sociale (MUES) et de la révision des prévisions de croissance pesant sur les recettes. La branche maladie resterait la plus déficitaire avec -3 Mds€ en 2019 suivi par la branche retraite -2,1 Mds€.

Après mesures correctrices, le PLFSS pour 2020 anticipe une réduction lente du déficit en 2020, avec un solde de -5,1 Mds€, avant un retour à l'équilibre repoussé à 2023.

1 - Comme indiqué en annexe B, les hypothèses macro-économiques retenues sont les suivantes pour 2020 : 1,3 % de croissance du PIB (après 1,4 % en 2019), 2,8 % de masse salariale (après 3,3% en 2019) et 1% d'inflation (comme en 2019). Le Haut Conseil des finances publiques (HCFP) a jugé raisonnables ces prévisions pour 2020.

En 2020, la branche maladie stabiliserait son déficit à -3 Mds€ et la branche retraite continuerait à se dégrader, et ce à la veille d'une réforme systémique envisagée, à -2,7 Mds€ en 2020. Il convient de noter que les soldes prévisionnels 2019 et 2020 sont aussi impactés par la non-compensation par le budget de l'Etat à la Sécurité sociale de certaines mesures d'urgence économique et sociale.

L'objectif d'amortissement de la dette de la sécurité sociale est envisagé pour 2024.

Pour les pouvoirs publics, « *ce changement de rythme [...] ne remet pas en cause les objectifs du Gouvernement en matière de redressement des comptes sociaux ni son cap* ». Le respect de la nouvelle trajectoire des comptes sociaux repose notamment sur un effort de maîtrise des dépenses de la branche maladie dont le dynamisme reste fort mais aussi la revalorisation maîtrisée et différenciée des prestations sociales.

⇒ *L'UNOCAM prend acte de cette nouvelle trajectoire de redressement des comptes sociaux.*

1.2 Principales mesures concernant la branche maladie

a) Un ONDAM à 2,3% en 2020 conformément aux engagements pris

Pour l'année 2020, l'objectif de dépenses de la branche maladie est fixé à 222,3 Mds€ pour le régime général (**article 58**). Dans ce cadre, le taux d'évolution de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) sera ramené, comme prévu, à 2,3% en 2020, contre 2,5% en 2019.

Compte tenu de l'évolution spontanée des dépenses sous ONDAM et de la progression de 4,6 Mds€ des dépenses nouvelles prises en charge par la collectivité² dans le champ de la maladie, le respect de l'ONDAM nécessitera de réaliser des « économies » sur le tendanciel à hauteur de 4,2 Mds€.

Ce quantum, proche en réalité des années précédentes, comprend notamment :

- 1,045 Mds€ au titre de la structuration de l'offre de soins
- 1,345 Mds€ pour les actions sur les tarifs des produits de santé et remises
- 1,235 Mds€ au titre de la pertinence et de la qualité des actes et prescriptions
- 205 M€ au titre de la gestion dynamique du panier de soins remboursé

⇒ *L'UNOCAM note que le PLFSS prévoit un effort de maîtrise des dépenses d'assurance maladie à un niveau proche de 2019. Il conviendra, au-delà des grands axes annoncés, de documenter les objectifs d'économies et les estimations d'impacts des mesures nouvelles de gestion du risque. Comme le prévoient les textes, l'UNOCAM demande à participer à l'élaboration de ces actions de gestion du risque.*

² - Parmi ces dépenses nouvelles, on peut citer : la réforme du 100% Santé (0,3 Md€), la hausse de la rémunération des professionnels de santé (0,6 Md€), l'amélioration de la prise en charge du grand âge (0,3 Md€), le Pacte de refondation des urgences à l'hôpital et la réforme du financement à l'hôpital (0,6 Md€), les innovations médicales et organisationnelles (0,6 Md€)....

b) De premières mesures concernant la prise en charge de la perte d'autonomie

En avance de phase sur le projet de loi relatif à la perte d'autonomie, le PLFSS prévoit plusieurs dispositions, en sus de la hausse du sous-ONDAM médico-social, en faveur de l'amélioration de la prise en charge de la dépendance dont :

- l'indemnisation du congé de proche aidant avec le versement pendant trois mois maximum d'une allocation journalière pour les bénéficiaires de ce congé³ (proche d'un bénéficiaire de l'AAH ou de l'APA GIR 1 à 3) à hauteur de l'allocation journalière de présence parentale (44€ par jour) (**article 45**).
 - l'expérimentation d'un cadre permettant la prise en compte contemporaine des aides en faveur des particuliers employeurs dans le cadre des services à la personne (**article 12**). Cette mesure pourrait contribuer à favoriser le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie.
- ⇒ *L'UNOCAM considère que c'est un sujet sur lequel les organismes complémentaires peuvent apporter des solutions en complément de la solidarité nationale.*

2. Dispositions intéressant particulièrement les organismes complémentaires d'assurance maladie

2.1. Réforme du ticket modérateur à l'hôpital (article 26)

Plus de quinze ans après le passage à la T2A des établissements de santé et la mise en place d'un dispositif transitoire dans les établissements publics, l'**article 26** pose les bases d'une réforme du ticket modérateur à l'hôpital⁴ qui doit entrer en vigueur progressivement à partir de 2021 :

- D'une part, en pérennisant le système du calcul du ticket modérateur sur la base des tarifs journaliers de prestations (TJP) pour les établissements de santé publics et les établissements de santé privés d'intérêt collectif,
 - D'autre part en le rationalisant en introduisant une nomenclature simplifiée et nationale des TJP.
- ⇒ *L'UNOCAM partage la nécessité, y compris juridique, de revenir sur le dispositif actuel qui est peu satisfaisant, source d'inégalités et avait vocation à être transitoire. Elle note que la réforme envisagée qui doit permettre de réaliser une nomenclature nationale des tarifs journaliers de prestations ne concerne que le champ des établissements de santé publics et les établissements de santé privés d'intérêt collectif. Loin d'être un sujet uniquement technique, elle souligne que cette réforme est susceptible d'avoir un impact sur les restes à charge des assurés et donc sur les organismes complémentaires santé au titre de la prise en charge du ticket modérateur. Dans ce contexte, l'UNOCAM constate que l'essentiel de la*

3 - les salariés, les travailleurs indépendants et les agents publics.

4 - Pour mémoire, lors de la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) dans les établissements de santé en 2003, a été mis en place un dispositif transitoire permettant aux hôpitaux publics et aux établissements privés participant au service public hospitalier de continuer à calculer le ticket modérateur sur la base des tarifs journaliers de prestations (TJP), définis à partir du coût de revient prévisionnel des différentes catégories de soins de chaque établissement et non sur les tarifs nationaux de prestations issus des groupes homogènes de séjours (GHS).

réforme, y compris dans certains de ses principes fondamentaux, est renvoyé à des dispositions réglementaires. Elle demande, compte tenu de l'impact direct sur les assurés et les organismes complémentaires, à être associée étroitement à la construction de cette réforme.

2.2. Disposition relative à la refonte des nomenclatures en ville (article 27)

L'article 27 prévoit, comme acté dans le cadre du Plan « Ma santé 2022 », qu'une révision des nomenclatures et de la classification générale des actes professionnels sera réalisée, en vue d'une nouvelle hiérarchisation, dans un délai de cinq ans.

⇒ *L'UNOCAM soutient l'objectif visé d'une actualisation des nomenclatures afin d'améliorer la qualité et la pertinence des soins, en favorisant les techniques et les modes de prise en charge les plus efficaces dans le cadre d'une gestion plus dynamique du panier remboursable. Elle demande à être associée à ce chantier d'ampleur qui aura nécessairement un impact sur les organismes complémentaires d'assurance maladie. Rappelons que l'UNOCAM doit aujourd'hui être consultée sur toute évolution de nomenclature.*

2.3. Disposition relative au contrat dit de sortie CMUC-ACS (article 32)

A la suite de la réforme ayant conduit à la fusion des dispositifs CMU-c et ACS et à la création du nouveau dispositif dénommé Complémentaire santé solidaire au 1^{er} novembre 2019, **l'article 32** prévoit :

- D'une part, une refonte du « contrat de sortie »⁵ de la complémentaire santé tel que proposé aux assurés dont les ressources deviennent supérieures aux seuils d'éligibilité du dispositif public (introduction d'un article L. 861-12 au CSS) : les bénéficiaires du nouveau dispositif de Complémentaire santé solidaire dont le droit est géré par un organisme complémentaire auront la possibilité de choisir, pour une durée d'un an, un contrat de sortie respectant les critères du contrat dit responsable défini à l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et dont le tarif sera fixé par arrêté en fonction de l'âge du bénéficiaire.
- ⇒ *L'UNOCAM considère que la réforme de la CMUC-ACS rendait nécessaire une adaptation du contrat de sortie du nouveau dispositif. Toutefois, l'Union demande à être associée étroitement à la fixation du montant des tarifs pour ce nouveau contrat de sortie. Ces montants devront concilier l'objectif d'accessibilité financière pour les personnes aux revenus les plus modestes et les exigences d'équilibre économique des contrats inhérentes à l'activité même d'assurance.*
- D'autre part, la fixation des modalités de calcul des frais de gestion applicables aux dépenses prises en charge par les organismes complémentaires

5 - Pour rappel, à l'expiration de leur droit à la CMUC ou à l'ACS, les personnes gérées par un organisme complémentaire (mutuelle, organisme d'assurance ou institution de prévoyance) ont droit pendant un an à un contrat leur offrant les mêmes garanties que leur protection antérieure (panier CMUC ou contrat ACS) à tarif préférentiel.

gestionnaires au titre de la Complémentaire santé solidaire soumise à participation financière de l'assuré (modification de l'article L. 862-2 du CSS), sous la forme d'un montant forfaitaire en euro *per capita* et non plus sous la forme d'un coefficient de majoration sur les dépenses de CMUC. Pour mémoire, le montant de ce forfait est fixé par arrêté après avis de l'UNOCAM.

⇒ *L'UNOCAM prend acte du toilettage de la loi sur ce point et restera vigilante sur l'évaluation du dispositif d'ici un an et sur l'évolution du montant de ce forfait.*

2.4. Dispositions relatives aux produits de santé

Le PLFSS pour 2020 prévoit plusieurs dispositions relatives aux produits de santé, avec pour objectifs d'améliorer la régulation et la pertinence, et notamment :

L'article 15 qui introduit, à l'instar de ce qui existe déjà pour le médicament, une clause de sauvegarde pour les dispositifs médicaux financés en sus des prestations d'hospitalisation⁶ reposant sur un mécanisme de reversement partiel si l'objectif de dépenses est dépassé. L'objectif d'évolution des dépenses minoré des remises serait fixé pour 2020 à 3% de la dépense remboursée.

L'article 28 prévoit que les dispositifs médicaux remboursables présentant le même profil d'efficacité et de tolérance et entre lesquels il existe une concurrence, peuvent faire l'objet d'une nouvelle procédure de « référencement sélectif » sous forme d'appels d'offres à l'initiative des Ministres de la santé et de la sécurité sociale. L'article vise également à favoriser la réutilisation de dispositifs médicaux qui sont encore en bon état de fonctionnement pour éviter le gaspillage.

⇒ *Sans commenter l'ensemble des mesures, l'UNOCAM note que les dispositions proposées tendent à davantage encadrer par voie réglementaire la fixation des prix des produits de santé et la sélection des produits éligibles au remboursement. Si l'UNOCAM partage l'objectif poursuivi d'une juste régulation des produits de santé, elle considère qu'il faudra évaluer ces nouveaux dispositifs en termes de d'efficience de la dépense, de structuration du marché, de liberté de choix des assurés...*

⇒ *S'agissant plus spécifiquement de l'article 28, l'UNOCAM partage l'objectif du référencement sélectif, elle sera vigilante sur les modalités de mise en œuvre qui devront assurer le maintien d'une concurrence suffisante et garantir la liberté de choix des assurés. Considérant que les secteurs éligibles à ce dispositif peuvent faire l'objet de dépassement, l'UNOCAM souhaite être associée au processus de sélection des catégories ciblées ainsi qu'à la définition des critères de sélection. S'agissant de la réutilisation des dispositifs médicaux, l'UNOCAM est favorable au principe dès lors que toutes les conditions de qualité et de sécurité pour les patients sont garanties.*

6 - correspondant aux dispositifs médicaux implantables et invasifs particulièrement coûteux inscrits aux titres III et V de la LPP.

2.5. Autres dispositions dans le champ de la santé et de l'assurance maladie

L'article 43 prévoit la fixation d'un prix de cession pour le test rapide d'orientation diagnostique (TROD) angine, en cohérence avec ce qui avait été annoncé lors de la dernière négociation conventionnelle entre l'Assurance maladie et les représentants des pharmaciens d'officine à laquelle l'UNOCAM a participé.

- ⇒ *L'UNOCAM est favorable à cette mesure qui doit permettre de limiter le coût d'achat du TROD angine par les pharmaciens d'officine. Elle relève que toutes les prestations effectuées par les pharmaciens d'officine pourront faire l'objet d'une franchise médicale, la liste de ces prestations devant être précisée par voie réglementaire.*
- ⇒ *Enfin, l'UNOCAM accueille favorablement les **mesures renforçant la prévention** et notamment l'article 33 relatif à la prise en charge intégrale par l'assurance maladie des frais de contraception pour toutes les jeunes filles mineures ou encore l'article 40 prévoyant la mise en place d'un forfait financé sur le Fonds d'intervention régional (FIR) de bilans dans le cadre d'un parcours global post-traitement aigu du cancer.*

2.6 Dispositions relatives au financement

Le PLFSS pour 2020 ne prévoit pas de modification de l'article 28 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 qui prévoit le transfert du solde du produit de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) du Fonds CMU à la branche maladie. Pour mémoire, le produit de cette taxe perçue sur les contrats d'assurance santé prévue à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale est affecté au Fonds CMU et constitue désormais la seule recette du Fonds, l'Etat s'étant désengagé de son financement depuis 2008.

- ⇒ *Comme chaque année, l'UNOCAM regrette que le transfert de ce solde ne réponde à aucune logique, si ce n'est budgétaire. Elle rappelle son opposition à ce que la TSA soit la seule ressource de ce dispositif de solidarité nationale. Elle renouvelle sa demande d'un recours à des recettes autres que celles émanant des organismes complémentaires pour financer le Fonds CMU et donc d'une baisse du taux de la TSA.*

L'UNOCAM constate que les pouvoirs publics sont amenés avec le PLFSS pour 2020 à présenter une nouvelle trajectoire de retour à l'équilibre des comptes sociaux, notamment en raison des mesures d'urgence économique et sociale et d'une conjoncture économique moins favorable.

A travers l'UNOCAM et les fédérations, les organismes complémentaires santé demandent à être pleinement associés comme partenaires aux réformes dans le champ de la santé que ce soit dans le cadre de la réforme du 100% Santé, la réforme du ticket modérateur à l'hôpital ou encore le chantier annoncé sur la révision des nomenclatures de ville.

A ce stade, le PLFSS pour 2020 ne prévoit pas de mesure législative ayant un impact financier majeur sur les organismes complémentaires. Pour autant, s'il devait y avoir de nouveaux transferts pris par voie réglementaire ou conventionnelle, l'UNOCAM rappelle qu'ils seraient répercutés mécaniquement sur les cotisations des organismes complémentaires.

A cet égard, l'UNOCAM rappelle que l'année 2020 sera marquée par la poursuite de la mise en œuvre de la réforme du 100% Santé, dont le financement repose en majorité sur les organismes complémentaires d'assurance maladie.

Dans ce contexte, il est essentiel que les organismes complémentaires puissent compter sur une stabilité du cadre juridique, social et fiscal. Cette stabilité doit permettre de disposer du temps nécessaire au déploiement des réformes, à leur pédagogie auprès des assurés et à leur évaluation.

En conséquence, le Conseil prend acte du PLFSS pour 2020.

Délibération adoptée à l'unanimité