

## Avis relatif au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022

### Délibération n° CONS. – 18 – 29 septembre 2021 – Avis relatif au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2022

Par un courrier en date du 24 septembre 2021, notifié par voie électronique le même jour, la Direction de la Sécurité sociale (DSS) a saisi, en application de l'article L. 182-3 du code de la sécurité sociale<sup>1</sup>, pour avis l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2022.

L'avis de l'UNOCAM doit être rendu dans le délai de 7 jours prévu à l'article R.200-4 du code de de la Sécurité sociale.

Lors de sa réunion du 29 septembre 2021, le Conseil de l'UNOCAM a adopté à la majorité le présent avis qui porte, d'une part, sur l'économie générale du PLFSS pour 2022, et, d'autre part, sur les dispositions du PLFSS qui intéressent plus particulièrement les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM).

#### **1. Eléments de contexte et de cadrage du PLFSS pour 2022**

##### **1.1 Situation des comptes sociaux en 2021 et perspectives pour 2022**

Le PLFSS pour 2022 est présenté par les pouvoirs publics comme un « *texte unique, dirigé vers la sortie de crise* » marqué par l'amorce d'un reflux du déficit très élevé de la Sécurité sociale et la poursuite de chantiers prioritaires tels que la mise en œuvre du Ségur de la santé et de mesures en faveur de l'autonomie des personnes âgées.

Le PLFSS repose, comme indiqué dans l'annexe B, sur « *un scénario de net rebond de l'économie dès 2021, qui se poursuivrait en 2022* ». Les hypothèses macroéconomiques retenues dans le cadre des PLF et PLFSS pour 2022 sont les suivantes : +4% du PIB en volume, +6,6% de croissance de la masse salariale privée soumise à cotisations, +1,5% d'inflation. Dans son avis du 22 septembre 2021<sup>2</sup>, le Haut Conseil des Finances Publiques (HCFP) a jugé « *plausible* » la prévision de croissance, « *réaliste* » la prévision d'inflation et plutôt « *basse* » celle de masse salariale pour 2022, tout en soulignant que la situation sanitaire restait un facteur d'incertitude.

---

<sup>1</sup>- Cet article dispose que 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* ».

Le PLFSS pour 2022 prévoit qu'après un déficit record de -38,7 Mds€ en 2020 et de -34,6 Mds€ en prévisionnel pour 2021, le déficit du régime général de la Sécurité sociale (y compris Fonds de solidarité vieillesse (FSV)) devrait s'élever à -21,6 Mds€ en 2022 après mesures correctrices (soit +13 Mds€ par rapport à 2021).

Cette amélioration serait obtenue par une faible progression des dépenses nettes consolidées du régime général et du FSV à 0,8%, du fait de la baisse des dépenses provisionnées pour palier la crise sanitaire et d'une progression dynamique des recettes de 3,9%, dynamisées par le rebond de la masse salariale du secteur privé (+6,6%).

Les prévisions pour les années suivantes sont incertaines, puisqu'elles dépendent de l'évolution de la situation sanitaire et de la vigueur de la reprise économique au cours des prochains mois. A ce stade, les prévisions présentées dans le PLFSS pour 2022 font état d'un déficit en baisse mais persistant, de 14,6 Mds€ en 2023 et de 13,0 Mds€ en 2024.

En 2022, la dette restant à amortir par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), dont la durée de vie a été prolongée jusqu'en 2033, devrait s'élever à 137,3 Mds€. Pour mémoire, la loi relative à la dette sociale et à l'autonomie du 7 août 2020 a organisé un transfert de la dette de la sécurité sociale à la CADES à hauteur de 136 Mds€ (31 Mds€ au titre des déficits antérieurs à 2020, 92 Mds€ au titre des déficits 2020-2023 liés à la crise et 13 Mds€ de dette hospitalière).

Dans ce contexte, ce PLFSS pour 2022, « *dirigé vers la sortie de crise* », met plus particulièrement en avant les axes suivants :

- Poursuite de la mise en œuvre des mesures du Ségur de la santé ;
- Renforcement des actions de soutien à l'autonomie des personnes âgées après la création en 2020 d'une branche dédiée au sein de la Sécurité sociale ;
- Amélioration de la prévention et de l'accès aux soins ;
- Soutien à l'innovation thérapeutique dans le prolongement des mesures décidées dans le cadre du CSIS en 2021 ;
- Modernisation pour les travailleurs indépendants et les particuliers employeurs.

Dans le même temps, les pouvoirs publics reconnaissent que la situation des comptes sociaux appellera des « *réformes structurelles, nécessairement ambitieuses et complexes, que le calendrier de ce texte ne permettait pas d'engager* ».

## **1.2 Focus sur la situation de la branche maladie**

En 2022, la situation de la branche maladie restera très déficitaire à -19,7 Mds€, à l'origine de la quasi-totalité du déficit de la Sécurité sociale.

En neutralisant les dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire, l'ONDAM 2022 progresserait de 3,8%<sup>3</sup>, du fait de la croissance tendancielle et spontanée des dépenses de santé et des mesures de revalorisation et d'investissement décidées lors du Ségur. Sur le même champ, il a progressé de 7,3% en 2021.

---

<sup>3</sup>- soit +2,6% hors Ségur et hors COVID et -0,6% avec Ségur et avec COVID.

L'ONDAM 2022 se décompose de la manière suivante en sous-objectifs :

- 95,3 Mds€ pour les établissements de santé soulignant qu'il n'intègre « aucune contrainte d'économies » pour le secteur ;
- 27,6 Mds€ pour le sous-objectif personnes âgées et personnes handicapées, traduisant un nouvel effort en direction des personnes en perte d'autonomie notamment en termes de revalorisation salariale et de « virage domiciliaire » ;
- 102,1 Mds€ pour les soins de ville - sans autre précision.

Cet ONDAM 2022 intègre notamment :

- une augmentation des dépenses remboursées des produits de santé de l'ordre d'1 Md€, dont les mesures décidées par les pouvoirs publics dans le cadre du Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) en juin 2021 (0,37 Md€) ;
- le financement de certaines mesures figurant à l'avenant n°9 à la convention médicale signée entre les médecins libéraux et l'assurance maladie en juillet 2021 et notamment la rémunération du service d'accès aux soins (SAS), nouveau service d'orientation de la population pour permettre de répondre à un besoin de soins non programmés, qui associe une réponse hospitalière et libérale.

S'agissant de la gestion de la crise COVID, une enveloppe de 4,9 Mds€ a été provisionnée pour la prise en charge de la vaccination et des achats de vaccins (3,3 Mds€) et les tests-PCR et antigéniques remboursés sur prescription aux personnes malades et cas contact (1,6 Md€)<sup>4</sup>. Pour mémoire, cette provision avait atteint 14,8 Mds€ dans l'ONDAM 2021 rectifié.

*L'UNOCAM prend acte des hypothèses macroéconomiques qui ont servi à construire le PLFSS pour 2022 et des éléments de cadrage budgétaire qui en découlent. Il repose sur la poursuite du rebond de l'activité économique et du ralentissement des dépenses exceptionnelles liées à la prise en charge du COVID.*

*Si le système de protection sociale a joué son rôle d'amortisseur pendant la crise, la situation des comptes sociaux et notamment de la branche maladie est fortement dégradée et ce sans doute assez durablement. La situation appellera des réformes structurelles que ce texte dirigé vers la sortie de crise ne permettait objectivement pas de prendre. En matière d'assurance maladie, il sera également prioritaire de travailler à une politique et à des outils rénovés de gestion du risque en vue d'une meilleure efficacité et pertinence des soins.*

*Enfin, l'UNOCAM considère que la situation financière de la branche maladie devrait être un élément à prendre davantage en compte dans les réflexions actuelles en vue d'une meilleure articulation entre les interventions de l'assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires, dans une logique de complémentarité choisie et concertée entre les financeurs.*

---

<sup>4</sup>- Selon les éléments communiqués dans le dossier de presse du PLFSS pour 2022.

## **2. Les principales mesures du PLFSS pour 2022 ayant un impact sur les organismes complémentaires santé**

### **2.1 Protection sociale complémentaire des agents publics**

**L'article 14** procède à un **alignement du régime fiscal et social des contributions des employeurs publics sur celui existant en faveur du financement patronal du secteur privé**. Ce régime fiscal et social sera également applicable aux contrats de prévoyance rendus obligatoires par accord. Les dispositions s'appliquent aux versements, ou aux remboursements, effectués à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022.

⇒ *L'UNOCAM prend acte de cette mesure qui s'inscrit dans le cadre de la réforme plus globale de la protection sociale complémentaire des fonctionnaires. Elle constate que cette mesure pourrait néanmoins orienter les négociations alors même que celles-ci sont encore en cours.*

### **2.2 Organisation des soins, parcours et prévention**

#### **2.2.1 Généralisation d'expérimentations de rémunérations forfaitaires : télésurveillance, prévention de l'obésité infantile, dépistage du VIH**

**L'article 26** inscrit dans le droit commun la prise en charge des frais de **télésurveillance médicale**<sup>5</sup> par l'assurance maladie. Il pose le principe d'une déclaration préalable de l'organisation de télésurveillance à l'agence régionale de santé (ARS) compétente. Il prévoit que la prise en charge des activités de télésurveillance et des services et outils numériques à visée de télésurveillance sont subordonnés à leur inscription sur une liste établie par arrêté ministériel. La prise en charge est subordonnée à l'utilisation effective du dispositif et le cas échéant, à l'atteinte de résultats individualisés ou nationaux d'utilisation évalués sur la base d'indicateurs. L'entrée en vigueur aura lieu au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2022.

⇒ *L'UNOCAM est favorable au principe de l'entrée dans le droit commun, après une phase d'expérimentation dans le cadre du programme ETAPES<sup>6</sup>, de la prise en charge de la télésurveillance, tant pour les équipes pluridisciplinaires que pour les dispositifs médicaux de télésurveillance et les dispositifs médicaux de collecte de données associés. Le modèle de financement retenu prendra la forme d'un forfait par patient co-financé par l'assurance maladie obligatoire et*

---

<sup>5</sup>- Ce dispositif permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient, et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge d'un patient.

<sup>6</sup> Pour mémoire, l'expérimentation « ETAPES » (Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé) permet la prise en charge dérogatoire par l'Assurance Maladie de la télésurveillance dans cinq pathologies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, insuffisance respiratoire et prothèses cardiaques implantables à visée thérapeutique). Selon les dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, cette expérimentation devait prendre fin au plus tard au 31 décembre 2021 mais sera prolongé jusqu'au 1<sup>er</sup> août 2022. Une prise en charge transitoire sera assurée jusqu'au plus tard le 31 décembre 2022, dès lors que les acteurs auront entamé les démarches d'inscription dans le droit commun.

*les organismes complémentaires avec application d'un taux unique de ticket modérateur.*

- ⇒ *Elle souhaite être associée étroitement aux modalités de mise en œuvre qui seront définies réglementairement que ce soit pour l'inscription des dispositifs sur la liste des prestations remboursables, pour le montant des forfaits retenus par patient et pour le taux de remboursement par l'assurance maladie obligatoire. Elle sera aussi attentive aux modalités de mise en œuvre de la subordination de la prise en charge à l'utilisation effective du dispositif médical et, le cas échéant, à l'atteinte des résultats.*
- ⇒ *Compte tenu de la date butoir fixée au 1<sup>er</sup> juillet 2022, il serait nécessaire que les échanges entre les pouvoirs publics, l'assurance maladie obligatoire et les OCAM puissent s'engager rapidement.*

En sus de la généralisation de la télésurveillance prévue par l'article 26 et de la prolongation de certaines expérimentations par les articles 45 et 46, le PLFSS prévoit, **à l'article 44**, la généralisation de plusieurs expérimentations de nouveaux modes de financement :

- Celle de l'expérimentation « Mission : retrouve ton cap », mise en œuvre depuis 2017 pour la prévention et la lutte contre l'obésité infantile. Cette nouvelle mission serait confiée aux structures d'exercice coordonné (maisons de santé et centres de santé) qui le souhaitent, en réponse à un appel à candidature. Des textes réglementaires préciseront les modalités de mise en œuvre du parcours de prévention de l'obésité infantile et les tarifs des forfaits.
  - Celle de l'expérimentation « Au Labo Sans Ordo » (ALSO), mise en place à Paris et dans les Alpes-Maritimes proposant un dépistage du VIH dans les laboratoires de ville, sans ordonnance et sans avance de frais.
- ⇒ *L'UNOCAM note la généralisation de ces deux expérimentations « article 51 », tout en regrettant l'absence de concertation en amont avec les OCAM. Elle s'interroge sur le modèle de financement retenu dans le cadre de cette généralisation et l'éventuelle mise en place d'un co-financement AMO-AMC.*
  - ⇒ *S'agissant de la prévention de l'obésité infantile, sujet majeur de santé publique, l'UNOCAM rappelle que les OCAM sont investis dans la prise en charge de bilans diététiques et de séances de psychologues et seraient en mesure techniquement de co-financer un forfait par patient tel que proposé.*
  - ⇒ *Plus globalement, la généralisation de ces expérimentations doit inciter à une accélération des travaux en cours avec les pouvoirs publics sur les modèles de co-financement AMO-AMC des rémunérations forfaitaires.*

### **2.2.2 Nouvelles compétences confiées aux orthoptistes et aux masseurs-kinésithérapeutes**

**L'article 42 autorise les orthoptistes, déjà habilités à réaliser des bilans visuels, à réaliser une prescription d'aides visuelles adaptées (lunettes, lentilles de contact) sans prescription médicale préalable d'un ophtalmologiste.** Il autorise aussi un accès direct aux orthoptistes, sans prescription médicale, pour le dépistage de l'amblyopie chez les enfants âgés de 9 à 15 mois et celui des troubles de la réfraction chez les enfants âgés de 30 mois à 5 ans inclus avec une prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie Obligatoire.

- ⇒ *L'UNOCAM est favorable à cette mesure d'extension des compétences de la profession paramédicale des orthoptistes proposée par le rapport Igas de 2020 sur la filière visuelle qui était pourtant plus ambitieux. Elle peut permettre d'améliorer l'accès aux soins visuels en déchargeant les cabinets d'ophtalmologistes de patients souffrant de troubles de la réfraction sans gravité et en limitant les délais d'attente conséquents. Le renforcement du rôle des orthoptistes dans l'organisation de la filière visuelle permet ainsi d'augmenter le temps médical des ophtalmologistes pour prendre en charge les patients présentant des affections plus complexes. L'UNOCAM sera attentive aux conditions de réalisation qui seront fixées par décret en conseil d'Etat et souligne la nécessité de maintenir un suivi régulier de soins par un médecin ophtalmologiste.*

**L'article 43** donne un ancrage conventionnel, en complétant l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale, à la **possibilité ouverte aux masseurs-kinésithérapeutes d'adapter, sauf indication contraire du médecin et dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales datant de moins d'un an.**

- ⇒ *L'UNOCAM est favorable à cette évolution qui doit permettre la mise en œuvre effective de cette disposition votée en 2016 par la loi de modernisation du système de santé. Les conditions de mise en œuvre seront précisées dans le cadre des négociations conventionnelles à venir. Il conviendra notamment d'assurer un retour d'information au médecin traitant.*

### **2.2.3 Prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire de la contraception des jeunes femmes de 18-25 ans**

**L'article 47** étend, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022, la **prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire des frais liés à la contraception pour les femmes jusqu'à 25 ans inclus**, sans avance de frais, dans une logique de prévention et de santé publique.

- ⇒ *L'UNOCAM considère que l'amélioration du recours à la contraception chez les jeunes femmes constitue une priorité de santé publique et un élément essentiel de prévention des grossesses non choisies. Elle prend acte de la mesure proposée qui vise à lever les freins financiers en étendant la prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire sans avance de frais déjà applicable aux mineures aux jeunes adultes.*

## **2.3 Mesures concernant les réformes hospitalières**

### **2.3.2 Confirmation de la réforme du ticket modérateur à l'hôpital dans les trois champs (MCO/SRR/psychiatrie)**

**L'article 27** confirme l'entrée en vigueur de la réforme du ticket modérateur entre en vigueur pour les champs du MCO (ex-DG), des activités de psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation (SSR) au 1<sup>er</sup> janvier 2022. Comme pour le champ

du MCO, il prévoit l'application d'un coefficient de transition pour les activités de SSR et de psychiatrie afin de lisser dans le temps les effets revenus et l'impact de la réforme sur le niveau de recettes des établissements. Pour mémoire, l'article 35 de la LFSS pour 2020 avait prévu la création d'une tarification nationale journalière des prestations des patients sur les trois champs suivants (MCO, SSR, psy), mais l'article 51 de la LFSS pour 2021 avait reporté d'un an la mise en place en raison de la crise sanitaire.

- ⇒ *L'UNOCAM prend acte des ajustements proposés dans la mise en œuvre de la réforme du ticket modérateur à l'hôpital dans les trois champs (MCO, SSR et Psy). Elle reste très attentive à ce que cette réforme ne se traduise pas par des transferts de charges entre assurance maladie obligatoire et organismes complémentaires tant au niveau macro-économique que micro-économique.*
- ⇒ *Elle rappelle à cette occasion qu'il est important que l'UNOCAM soit effectivement consultée en amont de l'évolution des tarifs issus de la nomenclature nationale des prestations qui interviendra au 1<sup>er</sup> mars de chaque année, évolution qui aura un impact sur les organismes complémentaires santé.*

### **2.3.3 Report de la mise en place du forfait patient urgence**

**L'article 28** acte le **report de l'entrée en vigueur du forfait patient urgence**<sup>7</sup> initialement prévue au 1<sup>er</sup> septembre 2021 au 1<sup>er</sup> janvier 2022. En outre, il précise les conditions de facturation du forfait patient urgence pour certaines catégories d'assurés (titulaires d'une pension militaire d'invalidité, d'une pension d'invalidité et les victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (AT/MP)). Enfin, il apporte des clarifications sur la rémunération des praticiens libéraux exerçant dans les structures des urgences dans les établissements de santé.

- ⇒ *L'UNOCAM prend acte du report de l'entrée en vigueur du forfait patient urgence et souhaite que les dernières modalités de la réforme, et notamment les montants du forfait, puissent être connues rapidement afin d'assurer la mise en œuvre opérationnelle au 1<sup>er</sup> janvier 2022.*

## **2.4 Mesures concernant la complémentaire santé solidaire (CSS)**

**L'article 48** prévoit plusieurs mesures de **simplification des démarches d'accès à la complémentaire santé solidaire (CSS)** :

- l'attribution automatique de la CSS aux bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA), sauf option contraire de leur part ;
- la facilitation de son attribution pour les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), grâce une présomption de droits à la CSS participative ;
- l'autorisation d'interruption en cours de droit en cours d'année sans frais des contrats CSS ;

---

<sup>7</sup>- Pour mémoire, l'article 51 de la LFSS pour 2021, en modifiant l'article L.160-13 du code de la sécurité sociale, avait instauré la mise en place pour le 1<sup>er</sup> septembre 2021 d'un « forfait patient urgence ». Ce forfait est une participation de l'assuré aux frais occasionnés par un passage non programmé sans hospitalisation aux urgences.

- une simplification des circuits de financement de la CSS, en prévoyant une prise en charge directe par l'assurance maladie obligatoire des dépenses de CSS effectuées en tiers-payant coordonné.
- ⇒ *L'UNOCAM est favorable aux mesures de simplification des démarches d'accès à la CSS notamment pour les bénéficiaires de minima sociaux, ce qui doit permettre d'améliorer le taux de recours pour ces personnes qui en ont le plus besoin.*
- ⇒ *S'agissant des circuits de financement, et même si l'on ne peut que soutenir l'objectif de simplification de gestion avancée, il conviendra de s'assurer que, dans les modalités de mise en œuvre, cette simplification n'altèrera pas les informations dont disposeront les organismes complémentaires partenaires et, ce faisant, les relations qu'ont les organismes complémentaires avec leurs adhérents.*

## **2.5 Mesures concernant les produits de santé**

A la suite du Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) de juin 2021 qui porte l'ambition de « *faire de la France la première nation européenne innovante et souveraine en santé* », le PLFSS prévoit plusieurs mesures favorables à **l'accès aux soins, à l'innovation et l'attractivité** du territoire :

**L'article 35** prévoit plusieurs dispositions visant à favoriser l'accès des patients à l'innovation en matière de produits de santé :

- Mise en place d'un **système de financement anticipé des dispositifs médicaux numériques revendiquant un impact clinique ou organisationnel** et ce avant l'évaluation par la Haute Autorité de santé (HAS). Après validation de critères techniques, le versement d'une compensation financière pour la prise en charge pendant une durée d'un an non renouvelable sera réservé aux solutions numériques « présumées innovantes » de télésurveillance ainsi que de thérapies numériques aussi connues sous le nom de "digital therapeutics" ou DTx, avant un éventuel financement pérenne.
- **Rénovation du forfait innovation**, dispositif dérogatoire permettant la prise en charge de dispositifs ou actes innovants conditionné à la réalisation d'une étude clinique ou médico-économique ;
- Parachèvement de la réforme de l'accès précoce instaurée par la LFSS pour 2021 et mise en place d'un système de prise en charge spécifique aux médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement pour une personne.

**L'article 38** prévoit qu'un **nouveau dispositif expérimental permettant aux patients d'accéder dans les établissements de santé à de nouveaux traitements qui ne sont pas éligibles au dispositif d'accès précoce (ex-ATU)** mais qui présentent une amélioration du service médical rendu (ASMR) avec un service médical rendu (SMR) important. Ce dispositif se justifie par le fait que les critères d'accès sont sélectifs et certains produits, lorsqu'il existe des comparateurs, que la maladie n'est pas rare ou grave, ou que le produit n'est pas présumé innovant, ne sont pas éligibles à l'accès précoce. Il fera l'objet d'un rapport d'évaluation au Parlement au bout de deux ans sur sa pertinence et son efficacité.



**L'article 40** inscrit expressément dans la loi le **critère de l'empreinte industrielle comme critère pour la fixation des prix des produits de santé**. L'objectif est de renforcer la prise en compte de l'empreinte industrielle dans la fixation des prix des produits de santé, de façon à inciter à l'augmentation des capacités de production « *en vue de sécuriser l'approvisionnement du marché français* ».

Par ailleurs, **l'article 39 autorise la substitution par les pharmaciens des médicaments biologiques par des médicaments biosimilaires**. L'objectif est d'augmenter la pénétration de médicaments biosimilaires avec pour cible 80% de substitution.

- ⇒ *L'UNOCAM est en accompagnement du principe de dispositions visant à favoriser l'accès précoce à l'innovation médicamenteuse dans l'intérêt des patients et à encourager l'empreinte industrielle dans notre pays dont la crise sanitaire a rappelé les enjeux stratégiques.*
- ⇒ *Si, dans son principe, les mesures relatives à l'accès précoce à l'innovation n'appellent pas d'observation, il conviendra de veiller dans leurs modalités de mise en œuvre à ce qu'elles concernent in fine des produits et dispositifs réellement innovants et d'éviter les possibles effets d'aubaine d'un cadre conduisant les industriels à justifier a posteriori la valeur ajoutée du produit. Des modalités de régulation doivent être envisagées afin de garantir la soutenabilité financière de ces dispositifs.*
- ⇒ *De même, s'agissant de la mesure relative à l'empreinte industrielle, elle suppose, au-delà du principe, dans ses modalités, de veiller à ce que la mesure bénéficie effectivement et uniquement aux acteurs faisant le choix d'augmenter leurs capacités de production en Europe et en particulièrement en France.*
- ⇒ *L'UNOCAM prend acte de la mesure introduisant la possibilité de substitution de médicaments biologiques par des médicaments biosimilaires par les pharmaciens, qui participe à l'efficience de la dépense.*
- ⇒ *De manière plus générale, avec l'arrivée de nouveaux traitements innovants et coûteux, le sujet du périmètre des médicaments remboursables et de l'articulation AMO-AMC va se reposer. Les organismes complémentaires santé peuvent contribuer à faire face à ces transformations, ce qui passe par une clarification de leur rôle dans l'accompagnement des politiques nationales et de leur place dans la prise en charge du médicament.*

**Les mesures sur la santé mentale**, annoncées par le Président de la République le 28 septembre 2021, ne figurent pas dans le PLFSS pour 2022.

- ⇒ *Si la santé mentale est effectivement un sujet majeur de santé publique, l'UNOCAM, n'ayant pas été consultée sur ce point, ne dispose pas, au moment de la rédaction de cet avis, de l'ensemble des éléments lui permettant de se prononcer sur ces mesures et en particulier sur la prise en charge des consultations de psychologues annoncée et sur la place que les OCAM auront dans le dispositif.*

***L'UNOCAM considère que ce PLFSS pour 2022 est un texte de transition que chacun espère vers une sortie effective de la crise. Il reste soumis, dans ses projections de recettes et de dépenses, à une incertitude liée à l'évolution du contexte sanitaire et du redémarrage de l'économie française. Au-delà de l'année 2022, la situation des comptes sociaux et notamment de la branche maladie est très dégradée et appellera en son temps une réflexion d'ensemble et des réformes structurelles ambitieuses.***

***Dans une perspective de sortie de crise, l'UNOCAM souhaite que les pouvoirs publics associent étroitement les organismes complémentaires santé à toute sortie des dispositifs de prise en charge dérogatoires liés à l'épidémie de COVID (tests PCR/ antigéniques et vaccins notamment) qui pourrait se traduire par une intervention des organismes complémentaires santé.***

***L'UNOCAM souligne les mesures prises pour faciliter l'accès aux soins que ce soit au travers de l'intégration dans le droit commun de la télésurveillance, du développement des transferts de compétences, de l'accès à la contraception ou de la simplification de l'accès à la CSS.***

**En conséquence, le Conseil rend un avis favorable sur le PLFSS pour 2022.**

**Délibération adoptée à la majorité.**

**\*\*\*\*\***