

Avis relatif au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016

Délibération n° CONS. – 18 – 30 septembre 2015 – Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016

L'article L. 182-3 du code de la sécurité sociale dispose que l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) « *rend un avis public et motivé sur les projets de loi relatifs à l'assurance maladie et de financement de la sécurité sociale* ».

L'UNOCAM a été saisie du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2016 par un courrier daté du 24 septembre 2015, notifié par voie électronique le 25 septembre 2015.

Réuni le 30 septembre 2015, le Conseil de l'UNOCAM a adopté le présent avis qui porte d'une part sur l'économie générale du PLFSS pour 2016 et d'autre part sur les dispositions du projet de loi de financement relatives à l'assurance maladie complémentaire.

*

1. Economie générale du PLFSS pour 2016

L'UNOCAM ne se prononce pas sur les hypothèses économiques retenues pour la construction du PLFSS pour 2016 (croissance du produit intérieur brut de 1,5%, progression de la masse salariale privée de 2,8% et inflation hors tabac de 1%), qui sont de la seule responsabilité des pouvoirs publics.

1.1. Déficits

Le PLFSS pour 2016 prévoit de porter le déficit de la Sécurité sociale (régime général et Fonds de solidarité vieillesse - FSV -) à -9,7 milliards d'euros en 2016.

Le déficit de la branche maladie (régime général) devrait être de -7,5 milliards d'euros à la fin de 2015, soit 1 milliard d'euros de plus qu'en 2014. Le PLFSS l'évalue à -6,2 milliards d'euros à la fin 2016, après mesures correctives.

Les déficits sociaux enregistrent une baisse. Toutefois, les comptes sociaux sont encore loin d'un retour à l'équilibre. L'UNOCAM est préoccupée par la persistance du besoin de financement des organismes de Sécurité sociale à un niveau qui est très significatif. Cette situation fragilise à terme les dispositifs de solidarité.

Le PLFSS pour 2016 prévoit de réaliser 3,4 milliards d'euros d'économies dans la branche maladie, qui se décomposent comme suit : 1,2 milliard d'euros sur « *la pertinence et le bon usage des soins* », 1 milliard d'euros sur « *les produits de santé et la promotion des génériques* », 0,7 milliard d'euros sur « *l'efficacité de la dépense hospitalière* » et 0,5 milliard d'euros attendus du « *virage ambulatoire et de l'adéquation de la prise en charge en établissement* ». S'agissant des économies sur les produits de santé, l'UNOCAM rappelle qu'elle a signé la « *charte d'adhésion aux objectifs du plan national de promotion des médicaments génériques* » le 24 mars 2015.

Sans juger de la pertinence des mesures citées et de leurs objectifs quantifiés (faute d'éléments venant les étayer dans l'exposé des motifs du PLFSS pour 2016), l'UNOCAM est favorable à la recherche de gains d'efficience. Il en va de l'amélioration de l'accès aux soins et de leur qualité, qui est la priorité. Il en va également de la maîtrise des charges supportées par les ménages et par les entreprises, dans un contexte de grandes tensions sur le pouvoir d'achat et de nécessaire renforcement de la compétitivité de l'économie.

A cet égard, le PLFSS pour 2016 poursuit la mise en œuvre des mesures prévues dans le « *pacte de responsabilité et de solidarité* », présenté dans le « *programme de stabilité pour 2014-2017* » qui a été adopté par l'Assemblée nationale le 29 avril 2014. Le projet de loi de financement étend la baisse des cotisations familiales aux salaires allant de 1,6 à 3,5 salaires minimums interprofessionnels de croissance (SMIC) ; cette extension est toutefois reportée au 1^{er} avril 2016. Il prévoit la hausse de l'abattement de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S).

1.2. Dépenses de la branche maladie

En 2016, les dépenses dans le champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) sont fixées à hauteur de 185,2 milliards d'euros, soit 3,3 milliards d'euros de dépenses supplémentaires par rapport à 2015.

Le taux d'évolution de l'ONDAM passe de 2,1% en 2015 à 1,75% en 2016, soit une baisse apparente de 0,35 point. Cet objectif est conforme au « *programme de stabilité pour 2014-2017* » qui fixe l'ONDAM à 2% en moyenne sur la période 2015-2017.

Le taux de l'ONDAM est de 1,9% pour les établissements et services médico-sociaux, 1,75% pour les établissements de santé, 1,7% pour les soins de ville (en tenant compte de l'alignement des cotisations des praticiens auxiliaires médicaux conventionnés - PAMC -), 1% pour le Fonds d'intervention régional (FIR) et de 4,6% pour les autres prises en charge.

Dans les mesures du PLFSS pour 2016, l'UNOCAM approuve la volonté des pouvoirs publics de renforcer la permanence des soins ambulatoires (article 43).

L'UNOCAM prend connaissance de deux mesures visant à développer l'offre de soins visuels sans dépassement d'honoraires (article 41). Compte tenu des

responsabilités de l'assurance maladie complémentaire dans le financement de la santé visuelle, l'UNOCAM souhaite être consultée sur ces projets en amont de leur élaboration et n'être pas seulement saisie pour avis en aval de celle-ci.

L'UNOCAM regrette que les pouvoirs publics reportent de nouveau la réforme du mode de tarification des séjours hospitaliers (article 47).

L'UNOCAM note la volonté des pouvoirs publics de simplifier les démarches administratives par la mise en place d'un régime de protection universelle maladie ainsi que par l'individualisation et l'autonomisation de la gestion des droits (articles 11 et 38).

S'agissant de l'article 11, l'UNOCAM s'oppose au transfert du recouvrement des cotisations d'assurance maladie-maternité des professions libérales aux Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et des allocations familiales (URSSAF). Cela ne constitue ni une réelle simplification ni une réelle réponse aux difficultés constatées dans le fonctionnement du Régime social des indépendants (RSI).

Les organismes complémentaires d'assurance maladie sont des acteurs du système de protection sociale, non seulement en tant qu'opérateurs de l'assurance maladie complémentaire, mais aussi comme gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire. L'article 38 propose de modifier par voie réglementaire les conditions de leur délégation de gestion, voire d'habilitation. Déplorant une absence de concertation préalable, l'UNOCAM ne comprend pas qu'une modification de telle ampleur puisse être présentée comme une simple mesure d'ordre technique. L'UNOCAM s'étonne *a fortiori* que la procédure envisagée conduite à dessaisir le Parlement de ses prérogatives. L'UNOCAM est donc opposée au dispositif prévu par l'article 38.

Par ailleurs, l'UNOCAM signale que l'ouverture des droits sur un critère de résidence et la suppression progressive du statut d'ayant droit majeur posent des difficultés d'articulation avec les dispositions des articles L. 325-1 et L. 242-13 du code de la sécurité sociale, relatives à l'affiliation et aux cotisations au Régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle. De façon générale, les conséquences potentielles, au plan opérationnel, pour l'ensemble des organismes complémentaires d'assurance maladie restent à analyser.

1.3. Recettes

Le projet de loi de finances (PLF) et le PLFSS pour 2016 mettent en œuvre la compensation, de l'Etat à la Sécurité sociale, des 5,3 milliards d'euros des différentes mesures du « *pacte de responsabilité et de solidarité* » et des autres mesures en faveur des entreprises.

A cet égard, l'UNOCAM s'étonne que, dans son annexe B, le PLFSS pour 2016 prévoit un transfert comptable de cotisations de 0,05 point de la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP) vers la branche de l'assurance maladie du régime général en 2016 puis 2017, pour un montant de 500 millions d'euros au total.

2. Dispositions du PLFSS pour 2016 relatives à l'assurance maladie complémentaire

Cette année, l'UNOCAM constate à nouveau que le PLFSS, loin de combler le besoin de financement de l'assurance maladie obligatoire, s'attache à administrer davantage l'activité de l'assurance maladie complémentaire, dans une indifférence manifeste aux conditions économiques dans lesquelles cette activité s'exerce.

Par principe, l'UNOCAM n'est pas favorable à la multiplication de mesures catégorielles segmentant par population l'offre d'assurance complémentaire santé. En premier lieu, rien n'établit *a priori* que la sélection de contrats sur des niveaux de garanties et de cotisations intègre une contrainte de soutenabilité économique de long terme. En second lieu, la segmentation des offres limite la mutualisation des risques qui est l'activité-même des organismes complémentaires d'assurance maladie. C'est l'une des raisons pour lesquelles l'UNOCAM a rendu, en date du 3 octobre 2013, un avis défavorable sur le PLFSS pour 2014. Celui-ci prévoyait l'instauration d'une procédure de mise en concurrence afin de sélectionner des contrats sur des critères de qualité et de prix pour les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (ACS) (article L. 863-6 du code de la sécurité sociale).

Par leur multiplication, ces mesures catégorielles deviennent vraiment illisibles pour la population, ce qui peut provoquer de nouveaux cas de non recours aux droits et de rupture de droits.

L'UNOCAM estime que l'accumulation de telles mesures risque de contribuer à gravement déséquilibrer l'activité des organismes complémentaires d'assurance maladie.

2.1. Couverture des plus de 65 ans et des salariés précaires par l'assurance maladie complémentaire

Après la redéfinition du cahier des charges des contrats responsables, la sélection de trois niveaux de contrats pour les bénéficiaires de l'ACS et l'obligation de couverture minimale pour l'ensemble des salariés du secteur privé au plus tard le 1^{er} janvier 2016, le PLFSS pour 2016 introduit de nouvelles mesures pour les plus de 65 ans et certaines catégories de salariés et anciens salariés.

2.1.1. Plus de 65 ans

Les pouvoirs publics entendent faciliter l'accès des plus de 65 ans résidant en France à l'assurance complémentaire santé. Le PLFSS pour 2016 prévoit ainsi la sélection d'offres d'assurance complémentaire santé par une mise en concurrence fondée sur un rapport qualité/prix (article 20).

Le respect du cahier des charges de cette mise en concurrence pourrait emporter, dans des conditions qui restent à clarifier, une réduction de la taxe de solidarité additionnelle (TSA), prévue à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, dont le montant annuel serait fixé à 2% des primes acquittées. Cette mesure ne saurait pallier les effets de la hausse de la fiscalité sur les contrats d'assurance maladie complémentaire intervenue ces dernières années. De façon générale, l'accès à

l'assurance maladie complémentaire est rendu d'autant plus difficile, notamment pour les plus de 65 ans, que cette hausse de la fiscalité pèse sur le coût des cotisations.

Un décret doit être pris pour l'application de cette mesure aux contrats prenant effet à compter du 1^{er} avril 2017.

Pour l'UNOCAM, la généralisation de l'assurance complémentaire santé ne saurait être réalisée par la juxtaposition de dispositifs catégoriels.

Aussi l'UNOCAM est-elle opposée à la mesure prévue par le PLFSS pour 2016.

2.1.2. Anciens salariés

Dans le dossier de presse du PLFSS pour 2016, les pouvoirs publics indiquent vouloir encadrer davantage l'évolution des cotisations des anciens salariés, en modifiant le décret pris pour l'application de la loi dite « *Evin* ».

La loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques (publiée au Journal Officiel du 2 janvier 1990) pose le principe d'un maintien possible de la couverture complémentaire santé pour les anciens salariés. Elle dispose que les contrats collectifs d'assurance complémentaire santé des salariés actifs doivent prévoir les modalités et les conditions tarifaires des contrats individuels souscrits par les anciens salariés. Elle précise que les cotisations versées par les anciens salariés peuvent être supérieures aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs dans des conditions fixées par décret.

Selon l'article 1 du décret n° 90-769 du 30 août 1990 pris pour l'application des articles 4, 9 et 15 de la loi « *Evin* » (publié au Journal Officiel du 1^{er} septembre 1990), ces cotisations ne peuvent pas être supérieures de plus de 50% aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

Le dossier de presse du PLFSS pour 2016 prévoit que ce plafond de 50% ne puisse être atteint désormais que trois à cinq ans après la sortie de l'entreprise. Ce dispositif doit bénéficier également aux anciens salariés demandeurs d'emploi. Un décret doit être pris pour l'application de cette mesure.

2.1.3. Salariés précaires

Le PLFSS pour 2016 prévoit que les employeurs versent une aide individuelle aux salariés en contrat à durée déterminée (CDD) de courte durée, qui travaillent simultanément dans plusieurs entreprises en réalisant une faible quotité horaire dans chacune d'entre-elles, ou qui travaillent à temps très partiel (article 21).

Cette aide doit être établie par référence au montant versé par les employeurs pour la couverture de leurs autres salariés, en tenant compte de la durée travaillée par chaque bénéficiaire. Elle bénéficierait du même régime social que la participation des employeurs au financement des contrats collectifs obligatoires.

Cette aide doit être versée aux salariés précaires pour souscrire un contrat individuel si ceux-ci en font la demande (les possibilités de dispense de souscription du contrat collectif ouvertes aux salariés doivent être simplifiées en conséquence) ou si un accord de branche ou d'entreprise le prévoit (quand la durée du CDD ou la quotité de travail est inférieure à un seuil).

La situation des salariés précaires au regard de l'accès à l'assurance complémentaire santé appelle une réponse. L'UNOCAM prend acte de la mesure dont les principes sont aujourd'hui exposés. Les membres de l'UNOCAM seront particulièrement vigilants quant à la définition, par voie réglementaire, des modalités d'application de cette disposition.

2.2. Prorogation d'un financement de l'assurance maladie obligatoire par l'assurance maladie complémentaire

Le PLFSS pour 2016 prévoit de proroger d'un an le financement de l'assurance maladie obligatoire par l'assurance maladie complémentaire, pour un montant de 150 millions d'euros (article 22).

Ce prélèvement était prévu par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014 au titre des exercices 2013, 2014 et 2015. Les pouvoirs publics avaient alors dévié l'engagement pris par l'UNOCAM lors de la signature de l'avenant n° 8 à la convention nationale des médecins libéraux, conclu le 25 octobre 2012 (publié au Journal Officiel du 7 décembre 2012), en transformant la contribution des organismes complémentaires d'assurance maladie au financement du « *forfait médecin traitant* » (FMT) en un dispositif parafiscal, opaque pour les adhérents et assurés comme pour les praticiens. Cette mesure avait conduit l'UNOCAM, en date du 3 octobre 2013, à rendre un avis défavorable sur le PLFSS pour 2014, puis à se retirer des négociations conventionnelles.

L'UNOCAM regrette l'absence d'évaluation de ce dispositif au service des assurés sociaux. Elle note la volonté des pouvoirs publics de limiter cette disposition à la durée de l'actuelle convention nationale des médecins libéraux. L'UNOCAM s'oppose à la prolongation de cette mesure par le législateur au-delà de cette échéance.

*

L'UNOCAM désapprouve la précipitation des pouvoirs publics. Elle dénonce une fois de plus leur absence de concertation préalable avec les représentants de l'assurance maladie complémentaire.

L'UNOCAM rend un avis défavorable sur le PLFSS pour 2016.

Délibération adoptée à l'unanimité