

Paris, le 06 octobre 2010

Avis relatif au Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2011

Délibération n° CONS. – 13 – 06 octobre 2010 – Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011

L'article L 182-3 du code de la sécurité sociale 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* ».

Réuni le 6 octobre 2010, le Conseil de l'UNOCAM a rendu en session plénière son avis sur le PLFSS pour 2011.

1. Equilibre général, recettes et pilotage de l'ONDAM

Le Conseil de l'UNOCAM n'ignore pas l'environnement politique et économique dans lequel ce PLFSS s'inscrit.

Il constate cependant qu'une fois de plus, celui-ci n'est pas à la hauteur des difficultés de plus en plus pressantes qui affectent le financement et la maîtrise des dépenses de notre système de santé.

La réouverture de la CADES envisagée par le Gouvernement illustre les carences des politiques menées en matière de santé.

Le fait que l'ONDAM soit respecté en 2010 pour la première fois depuis 1997 ne masque pas la défaillance du pilotage du système de santé. On ne saurait se féliciter pleinement de l'atteinte de cet objectif dans le contexte d'un blocage complet des négociations conventionnelles avec les professions de santé sur l'exercice 2010 et au travers des annulations ou reports de crédits budgétaires qui ont affecté le financement des établissements sanitaires et médico-sociaux.

En ce qui concerne les recettes nouvelles que le Gouvernement envisage pour le remboursement de la dette sociale, le Gouvernement en est notamment réduit à taxer une nouvelle fois les bénéficiaires d'une assurance maladie complémentaire à hauteur de 3.5% des sommes qu'ils consacrent à leur protection et à celle de leurs proches.

L'Etat ne résoudra évidemment pas les difficultés de la branche maladie ou du financement de la dette sociale en renchérissant chaque année le coût des complémentaires santé, qui est de plus en plus durement ressenti par nos concitoyens, par l'augmentation des taxes qui la grèvent.

Le Conseil de l'UNOCAM exprime sa vive préoccupation sur les menaces de démutualisation d'une fraction significative de la population en meilleure santé, qui sont désormais perceptibles. Les classes moyennes et les familles seraient touchées de plein fouet par une telle évolution. La taxation envisagée des contrats "responsables et solidaires" déséquilibrerait profondément l'économie de la complémentaire santé, générerait de nombreux effets pervers et irait enfin à l'encontre des buts poursuivis par la puissance publique.

Pour l'ensemble de ces raisons, le Conseil appelle le Gouvernement à renoncer à la mesure de taxation des contrats "responsables" qu'il envisage de soumettre au vote du Parlement.

Le Conseil prend acte de l'ajustement du montant de la contribution exceptionnelle sur le chiffre d'affaires santé des organismes qui a été instauré par le PLFSS pour 2010 pour financer les vaccins contre la grippe A (H1N1). Il relève que le montant des contributions versées par les organismes sur la base du taux initialement voté en 2009 excède d'ores et déjà le montant dû en application du taux rectificatif prévu par le PLFSS pour 2011. Il convient donc, pour le Gouvernement, de prévoir les modalités d'un remboursement de ces sommes indûment versées.

Le Conseil rappelle que l'UNOCAM a été associée à la démarche de la mission confiée à M. Raoul BRIET sur le pilotage de l'ONDAM, et qu'elle partage l'esprit général de ses préconisations.

Il estime que les nouvelles compétences conférées au comité d'alerte par le PLFSS pour 2011, replaçant plus tôt dans l'année la nécessité de prendre des décisions en vue de mettre en œuvre des mesures de maîtrise en cas de risque avéré de dépassement de l'ONDAM de l'année précédente et de l'année en cours, constituent un instrument opportun au service de la décision publique.

Il sera vigilant quant à sa mise en œuvre, afin que celle-ci ne se traduise pas par des transferts de charges vers les complémentaires santé, mais bien par des mesures de maîtrise à vocation structurelle.

2. Mesures législatives inscrites dans le PLFSS pour 2011

L'article 33 du PLFSS prévoit une augmentation du plafond d'accès à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), qui sera fixé en 2011 à 26% au dessus du plafond de bénéfice de la couverture maladie universelle (CMU), au lieu de 20% actuellement, et à 30% en 2012.

Le Conseil déplore qu'une fois encore, l'UNOCAM n'ait aucunement été associée en amont de décisions augmentant les dépenses du Fonds CMU. Or, en l'état actuel, les OCAM sont les financeurs exclusifs du Fonds CMU, la dotation d'équilibre de l'Etat demeurant fixée à zéro.

Face à l'accumulation de nouvelles mesures de dépenses, l'Etat doit affecter au Fonds d'autres ressources que celles de la taxation des complémentaires santé.

Au regard, notamment, des recommandations de la mission confiée à M. Briet, qui insistent sur la nécessaire pluriannualisation du cadrage de l'autorisation budgétaire, le Conseil de l'UNOCAM demande à ce que des prévisions triennales sur les recettes et les dépenses du Fonds CMU soient présentées chaque année en accompagnement du PLFSS ou, à défaut, au Conseil de surveillance du Fonds.

Le Conseil de l'UNOCAM réitère par ailleurs sa demande de requalification, dès l'exercice 2011, de la contribution actuelle des OCAM, assise sur leur chiffre d'affaires santé, en taxe de solidarité assise sur la cotisation de complémentaire santé, de manière neutre pour les assurés et pour le Fonds CMU.

L'article 34 du projet prévoit la réévaluation quinquennale des actes nouvellement inscrits à la Classification Commune des Actes Médicaux.

Le Conseil considère que cette mesure est de bon sens.

L'article 35 du PLFSS prévoit la possibilité d'un accord-cadre entre le CEPS et les représentants de l'industrie du dispositif médical.

Le Conseil de l'UNOCAM se félicite de cette mesure, qu'il a appelée de ses vœux à plusieurs reprises, et qui figurait notamment au nombre des propositions qu'il a adressées au Gouvernement en vue de l'élaboration de ce PLFSS.

L'article 36 du PLFSS prévoit d'étendre aux centres de soins de suite et de réadaptation (SSR) la procédure d'accord préalable pour la rééducation suite à certaines interventions sur lesquelles la HAS a estimé que la prise en charge pouvait identiquement être effectuée en centre ou en libéral.

Le Conseil de l'UNOCAM salue cette mesure d'équilibre, en espérant qu'elle permette l'émergence d'une médicalisation de la maîtrise des dépenses de masso-kinésithérapie. Il appelle l'Etat et l'assurance maladie obligatoire à engager rapidement la protocolisation de ce qui relève de l'activité essentielle des SSR, afin d'accroître l'efficacité de la prise en charge des soins de rééducation dans notre pays. Il souhaite également que les travaux visant à classer les actes de masso-kinésithérapie soient engagés sans plus tarder.

3. Mesures non-législatives annoncées dans le cadre du PLFSS pour 2011

Le Conseil de l'UNOCAM déplore la logique parcellaire et comptable qui conduit à un nouveau recul du niveau des prises en charge par l'assurance maladie obligatoire :

- baisse du taux de remboursement des médicaments à service médical rendu modéré de 35% à 30% ;
- baisse du taux de remboursement des dispositifs médicaux de 65% à 60% ;
- augmentation à 120€ du seuil d'application du forfait de 18€ pour les actes "coûteux".

Le Conseil considère que l'augmentation des participations demandées aux assurés ne saurait constituer un vecteur adéquat d'économies structurelles et menace les principes de solidarité et d'équilibre sur lesquels notre système de prise en charge des dépenses de santé s'est construit.

Il émet, pour ces raisons, un avis défavorable à ces mesures.

Le Conseil déplore l'absence de toute logique présidant à la baisse de remboursement des médicaments à 35%. Il appelle le Gouvernement à engager un dialogue stratégique avec l'UNOCAM sur les prises en charge des médicaments en médecine de ville, afin d'éviter que la parcellisation des mesures de déremboursement ne finisse par nuire gravement à l'égalité d'accès aux soins et à la protection sociale de nos concitoyens.

Il convient d'ailleurs de rappeler que les OCAM ont consacré plus de 6Md€ en 2009 (soit près de 26% de leurs prestations)¹ au financement du médicament, sans avoir le droit d'identifier ce qu'ils payent.

Le Conseil de l'UNOCAM appelle donc à nouveau les pouvoirs publics à stabiliser les conditions dans lesquelles les OCAM peuvent avoir connaissance, sous de strictes conditions d'anonymisation ou de consentement préalable, aux codes CIP des médicaments qu'ils remboursent, et à tout faire pour que les expérimentations menées, qui ont constitué un succès avéré, puissent être généralisées sans obstacle supplémentaire.

En ce qui concerne l'hôpital, le Conseil déplore la mesure envisagée consistant à relever le seuil (de 91 à 120 €) d'application du ticket modérateur forfaitaire de 18€ pour les actes "coûteux".

¹ Source : Comptes nationaux de la santé, DREES

Le Conseil s'alarme de la croissance continue des dépenses liées à l'hospitalisation non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, et donc, de manière corollaire, assumées par les OCAM et/ou les patients.

La juxtaposition peu compréhensible des multiples participations demandées à l'utilisateur appelle à l'évidence une réforme d'ensemble.

Le Conseil rappelle au Gouvernement que l'UNOCAM est prête à s'investir dans une réforme qui permettrait d'accroître la visibilité des OCAM sur ce risque, et notamment dans une refonte de l'ensemble des participations des usagers à l'hôpital public (ticket modérateur sur les séjours et forfait hospitalier, forfait de 18€, ticket modérateur sur les forfaits - ATU, FFM, SE).

Il demande également, une fois encore, que les Tarifs Journaliers de Prestations (TJP) des établissements de soins publics soient centralisés dans une base de données nationale accessible aux OCAM. Il apparaît indispensable que les services du ministère (DGOS) soient mobilisés dès maintenant en vue d'aboutir à une réforme du ticket modérateur hospitalier phasée à moyen terme.

Le Gouvernement a annoncé plusieurs mesures en matière de prise en charge des malades chroniques. En particulier, il est envisagé de clarifier la prise en charge des dépenses relatives à l'hypertension artérielle non compliquée et de limiter à une par jour le nombre de bandelettes prises en charge pour les patients diabétiques de type 2.

Le Conseil de l'UNOCAM salue la démarche entreprise par le Gouvernement sur cette délicate question, cohérente avec le souci d'efficacité de la maîtrise médicalisée que l'UNOCAM appelle de ses vœux. Le Conseil note par ailleurs avec satisfaction que les mesures envisagées s'accompagnent d'actions de prévention en direction des publics concernés.

Le Conseil prend acte des baisses de prix annoncées par le Gouvernement sur les médicaments et les dispositifs médicaux. En revanche, il déplore que les propositions novatrices transmises par l'UNOCAM aux pouvoirs publics en matière de biologie médicale n'aient pas encore été prises en compte.

Le Conseil prend enfin bonne note des déclarations de Madame la Ministre de la Santé et des Sports, qui souhaite insérer dans la Convention d'Objectifs et de Gestion de la CNAMTS un programme de contrôle des dépassements d'honoraires.

Délibération adoptée à l'unanimité