

Paris, le 3 octobre 2013

Avis relatif au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014

Délibération n° CONS. – 29 – 3 octobre 2013 – Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014

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 2014 par un courrier daté du 26 septembre 2013, reçu par voie électronique le 27 septembre 2013. Parce que l'Assemblée générale du Conseil d'Etat doit se prononcer sur ce projet de loi le matin du 3 octobre 2013, l'UNOCAM rend son avis à cette échéance. Toutefois, elle constate que le délai qui lui a été imposé est inférieur à celui de sept jours, mentionné à l'article R. 200-4 du code de la sécurité sociale.

*

Le projet de loi de finances (PLF) pour 2014 prévoit de dégager 15 milliards d'économies dans les dépenses publiques en 2014, dont 5,8 milliards d'euros dans les dépenses de Sécurité sociale. La moitié de ces économies doit concerner la branche maladie (2,9 milliards d'euros, dont 500 millions d'euros résultant de la sous-exécution de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie - ONDAM - en 2013).

- Déficits

Sous réserve de la pertinence des hypothèses macroéconomiques retenues (croissance du produit intérieur brut de 0,9%, progression de la masse salariale privée de 2,2% et inflation hors tabac de 1,3% en 2014), le PLFSS prévoit de porter le déficit de la Sécurité sociale (régime général et Fonds de solidarité vieillesse) à -12,8 milliards d'euros en 2014. Le déficit de la branche maladie (régime général) devrait être de -6,2 milliards d'euros à la fin de l'exercice. L'UNOCAM se déclare préoccupée par la persistance du besoin de financement à un niveau aussi élevé.

- Dépenses de la branche maladie

L'ONDAM est fixé à hauteur de 179,2 milliards d'euros en 2014. Le taux d'évolution de l'ONDAM est de 2,4%. L'UNOCAM observe que ce taux est supérieur aux prévisions de croissance.

Le taux d'évolution de l'ONDAM est de 2,4% pour les soins de ville et de 2,3% pour les soins hospitaliers, en application de la stratégie nationale de santé qui prévoit de renforcer les soins de premiers recours. L'UNOCAM note la priorité affichée par les pouvoirs publics de maîtriser l'évolution des dépenses hospitalières. Dans le secteur médico-social, le taux d'évolution de l'ONDAM doit atteindre 3,0%.

Pour que l'ONDAM soit respecté en 2014, 2,4 milliards d'euros d'économies nouvelles sont nécessaires, s'ajoutant aux 500 millions d'euros de sous-exécution de l'ONDAM pour 2013. Les économies attendues des produits de santé atteignent 1,078 milliard d'euros en 2014 (soit 45% des gains d'efficience).

L'UNOCAM enregistre l'engagement des pouvoirs publics à ne pas procéder à des déremboursements, c'est-à-dire à des transferts de charges de l'assurance maladie obligatoire vers l'assurance maladie complémentaire et les ménages.

L'UNOCAM prend acte des mesures d'efficience qui sous-tendent le PLFSS pour 2014.

Parmi ces mesures, figure la décision de confier la gestion des branches AMEXA et ATEXA à la seule MSA. Cette décision est censée contribuer à l'amélioration de l'efficience de la gestion du service public de la Sécurité sociale. A l'avenir, ce prétexte pourrait être mis en avant pour d'autres délégations de gestion. Pour l'UNOCAM, aucune décision ne saurait être prise dans la précipitation, ni sans un échange avec les organismes complémentaires d'assurance maladie.

L'UNOCAM note les pistes de réforme contenues dans le PLFSS pour 2014.

Toutefois, l'UNOCAM regrette le report de la généralisation de la facturation directe des séjours hospitaliers (FIDES). Les familles qui forment l'UNOCAM sont associées à ce projet, pour les remboursements des organismes complémentaires d'assurance maladie (ROC). Elles souhaitent qu'il puisse aboutir rapidement.

L'UNOCAM prend connaissance des mesures relatives à l'assurance maladie complémentaire, sur lesquelles elle formule de fortes réserves.

Ces mesures portent sur :

- le renforcement des critères des contrats responsables :

Les pouvoirs publics envisagent de réviser le cahier des charges des contrats responsables, en fixant de nouveaux principes, dont les modalités devraient être définies par décret.

Premièrement, le champ des prestations couvertes par les contrats responsables devrait être élargi. Toutes les prestations remboursées

par l'assurance maladie obligatoire donnant droit à participation de l'assuré social (telles que définies aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale), ainsi que le forfait journalier, seraient désormais concernés.

Deuxièmement, le cahier des charges des contrats responsables déterminerait un niveau de couverture minimal et/ou maximal pour des postes de dépenses présentant un reste à charge important. Il pourrait s'agir des dépassements d'honoraires médicaux, des soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale, ainsi que de dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement (optique, audioprothèse, etc.)

Troisièmement, il serait prévu de fixer, à ce stade sans autre précision, des « *conditions permettant de renforcer la mutualisation des risques couverts* ».

Ces nouveaux critères seraient très structurants pour les organismes complémentaires d'assurance maladie. Leur définition doit veiller à préserver tant la liberté de choix des adhérents/assurés que la liberté de négociation des contrats, en respectant la liberté des organismes complémentaires d'assurance de construire des garanties différenciées. La définition de ces principes nécessite une connaissance précise des mécanismes de l'assurance maladie complémentaire. Elle requiert en outre une perception fine des effets induits, par ces mesures (niveau des cotisations, reste à charge après intervention de l'organisme complémentaire d'assurance maladie, etc.), sur les adhérents/assurés et sur leurs décisions (renoncement à la couverture complémentaire santé ou à certains types de soins, liberté de choix, etc.)

- la sélection des garanties proposées aux bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé :

Les pouvoirs publics prévoient de lancer un appel d'offres afin de sélectionner plusieurs garanties sur des critères de qualité et de prix pour les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé. A partir du 1^{er} janvier 2015, cette aide serait réservée aux personnes ayant choisi une garantie sélectionnée.

Les pouvoirs publics espèrent améliorer ainsi le taux de recours à l'aide à la complémentaire santé. Ils considèrent que la montée en charge du dispositif pourrait représenter un surcoût de 27 millions d'euros en 2014 et de 64 millions d'euros en 2015.

L'UNOCAM comprend l'objectif d'une amélioration du taux de recours à l'aide à la complémentaire santé. Elle rappelle, à ce propos, que les adhérents/assurés des organismes complémentaires d'assurance maladie sont les financeurs quasi-exclusifs de la couverture maladie universelle complémentaire et de l'aide à la complémentaire santé.

Toutefois, l'UNOCAM considère que les moyens envisagés pour atteindre cet objectif posent question. L'aide à la complémentaire santé, comme la couverture maladie universelle complémentaire, visent à permettre à tous les assurés sociaux d'accéder, une fois revenus à meilleure fortune, à la protection sociale complémentaire de droit commun. Il n'est pas de les cantonner durablement dans un dispositif

dérogatoire. Or, l'UNOCAM constate que les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé vont perdre, avec les mesures envisagées, le droit de tout adhérent/assuré à choisir une garantie en toute liberté.

L'UNOCAM sera attentive au respect d'un nécessaire équilibre entre les populations bénéficiaires et non bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé.

L'UNOCAM sera particulièrement vigilante aux principes et aux modalités suivant lesquels l'appel d'offres serait organisé, aux critères de prix et de qualité qui feraient l'objet de la sélection, de même qu'au nombre d'organismes et de garanties qui seraient retenus, car l'équilibre économique du dispositif en dépend. L'UNOCAM souhaite que le nombre de ces opérateurs et de ces garanties soit suffisamment significatif pour ne pas entraver la concurrence entre les organismes complémentaires d'assurance maladie et ne pas supprimer tout à fait la liberté de choix des bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé.

- les modalités d'application de l'engagement financier des organismes complémentaires d'assurance maladie, prévu par l'avenant n°8 à la convention médicale, conclu le 25 octobre 2012 :

L'UNOCAM prend connaissance du mécanisme choisi unilatéralement par les pouvoirs publics pour mettre en œuvre la contribution des organismes complémentaires d'assurance maladie au développement des nouveaux modes de rémunération des médecins, prévus par l'avenant n°8 conclu dans un cadre conventionnel tripartite. A cet égard, l'UNOCAM regrette que la Direction de la Sécurité sociale ait mis un terme aux discussions engagées avec elle sur ce dossier.

Chaque organisme d'assurance maladie complémentaire devrait verser une contribution, assise d'une part sur le nombre d'adhérents/assurés et ayants-droit couverts (hors couverture maladie universelle complémentaire) et ayant consulté au moins une fois dans l'année leur médecin traitant et d'autre part sur un forfait par tête.

Cette contribution serait calculée de façon à couvrir l'engagement consenti dans l'avenant n°8, à savoir 150 millions d'euros, sans pouvoir dépasser 5 euros par adhérent/assuré. Le montant du forfait serait de 2,50 euros en 2013, sans aucune explication sur ce montant fixé arbitrairement. Ce dispositif transitoire serait applicable en 2013, 2014, 2015 et 2016.

L'assurance maladie obligatoire verserait l'intégralité de son forfait annuel au médecin traitant, qui serait financé par les organismes d'assurances maladie complémentaire.

Un décret en Conseil d'Etat préciserait les modalités d'échange de données nécessaires au calcul de la contribution de chaque organisme complémentaire d'assurance maladie, s'agissant notamment du nombre d'adhérents/assurés et ayants-droit.

L'UNOCAM rappelle qu'en signant l'avenant n°8 à la convention médicale, elle entendait favoriser la réduction des dépassements d'honoraires médicaux. Son engagement financier visait à renforcer l'offre de soins médicaux à tarifs opposables, dans le cadre du

copaiement de nouveaux modes de rémunération avec l'assurance maladie obligatoire, sur la durée de l'avenant conventionnel.

Aujourd'hui, cet engagement conventionnel serait dévoyé par l'instauration de ce dispositif parafiscal. Particulièrement complexe, ce dispositif ne tiendrait plus compte du cadre conventionnel. Son instauration ferait des organismes complémentaires d'assurance maladie des payeurs invisibles. Ce dispositif ne permettrait pas, en effet, aux adhérents/assurés d'avoir connaissance de l'affectation de leurs cotisations. En outre, n'étant pas attachée au service d'une prestation, cette contribution accroîtrait, par construction, les frais de gestion des organismes complémentaires d'assurance maladie.

L'UNOCAM condamne fermement cette disposition du PLFSS pour 2014. Ce signal négatif adressé par les pouvoirs publics aux organismes complémentaires d'assurance maladie quant à leur rôle compromet la poursuite de l'engagement de l'assurance maladie complémentaire dans la vie conventionnelle.

- Recettes

Dans sa globalité, le PLFSS pour 2014 est construit sur l'hypothèse d'un effort de 4,2 milliards d'euros de recettes supplémentaires.

Celles-ci reposent sur :

- 2,2 milliards d'euros de recettes nouvelles pour la Sécurité sociale :
L'UNOCAM note en particulier la modification du mode de calcul des prélèvements sociaux sur les produits de placement exonérés à l'impôt sur le revenu.
- 2 milliards d'euros de transferts de recettes de l'Etat vers la Sécurité sociale :
Il s'agit notamment de l'affectation à la CNAMTS du rendement de la fiscalisation de la participation de l'employeur aux contrats collectifs d'assurance complémentaire santé, disposée par le PLF pour 2014. Présentée comme un simple transfert, cette mesure à la charge des salariés du secteur privé constitue une recette nouvelle pour l'assurance maladie obligatoire (rendement attendu : 0,96 milliard d'euros en 2014).

*

Au vu des critiques formulées, l'UNOCAM rend un **avis défavorable** sur le PLFSS pour 2014.

**Délibération adoptée à la majorité,
avec vote contre du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle**