

## **Avis relatif au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019**

**Délibération n° CONS. – 33 – 3 octobre 2018 – Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.**

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 2019 par un courrier daté du 25 septembre 2018, notifié par voie électronique.

Réuni le 3 octobre 2018, le Conseil de l'UNOCAM a adopté le présent avis qui porte d'une part sur l'économie générale du PLFSS pour 2019 et d'autre part sur les dispositions du projet de loi de financement qui intéressent particulièrement l'assurance maladie complémentaire.

\*\*\*

### **1. Economie générale du PLFSS pour 2019**

L'UNOCAM ne se prononce pas sur les hypothèses économiques retenues par les pouvoirs publics pour la construction du PLFSS pour 2019.

#### **1.1. Déficits**

Le PLFSS pour 2019 prévoit que l'équilibre budgétaire de la Sécurité Sociale devrait être atteint (solde prévisionnel de +0,7Md d'euros) sur le champ du régime général mais également en incluant le Fonds de solidarité vieillesse.

Le déficit de la branche maladie (régime général) devrait être de -0,9Md d'euros à la fin de 2018. Le PLFSS l'évalue à -0,5Md d'euros à la fin 2019, après mesures correctives.

#### **1.2. Dépenses de la branche maladie**

En 2019, les dépenses dans le champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) sont fixées à hauteur de 200,3Mds d'euros, soit 4,9Mds d'euros de dépenses supplémentaires par rapport à 2018.

Le taux d'évolution de l'ONDAM passe de 2,3% en 2018 à 2,5% en 2019, soit une hausse de 0,2 point. L'Annexe B au PLFSS 2019 précise que cet écart de 0,2 point (de l'ordre de 400M€) a pour objet de « renforcer l'effort d'investissement dans la santé dans le cadre du plan « Ma santé 2022 » présenté le 18 septembre par le Président de la République. Le niveau de progression des dépenses sera ensuite limité à 2,3% sur la période 2020-2022 ».

Le taux d'évolution de l'ONDAM se décompose comme suit : 2,2% pour les soins de ville, 2,7% pour les établissements de santé, 2,0% pour les établissements et services médico-sociaux, 6,1% pour le Fonds d'intervention régional et de 11,8% pour les autres prises en charge.

Le tendanciel de dépenses restant à un niveau élevé (4,5%), le respect de l'objectif fixé pour 2019 devrait passer par un ensemble de mesures dites « d'économie » visant à infléchir la croissance du panier de soins assurance maladie obligatoire ; le montant total de ces mesures devrait être de l'ordre de 3,8Mds€ pour 2019. L'UNOCAM déplore que les objectifs « d'économies » et les estimations d'impacts des mesures nouvelles n'aient pas été portées à la connaissance de l'UNOCAM avant sa délibération sur le présent avis.

L'UNOCAM souligne en outre qu'en marge du PLFSS (mesure réglementaire), la participation forfaitaire applicable pour les actes lourds (dont la cotation est égale ou supérieure à 60 ou dont le montant est égal ou supérieur à 120€) serait portée de 18 à 24€. Le coût de cette mesure est estimé à 40M€ par la Direction de la Sécurité Sociale, impactera directement les assurés et les organismes complémentaires, le ticket modérateur étant obligatoirement couvert par les contrats responsables.

### **1.3. Recettes**

Le PLFSS pour 2019 prévoit, à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2019, des exonérations de cotisations salariales sur le recours aux heures supplémentaires et complémentaires et la mise en œuvre de la transformation au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2019 du CICE et du CITS en baisse pérenne de cotisations sociales pour les employeurs (articles 7 et 8). L'UNOCAM prend note de ces mesures.

## **2. Dispositions du PLFSS pour 2019 intéressant particulièrement l'assurance maladie complémentaire**

### **2.1. Dispositions relatives à la réforme « 100% santé »**

L'article 33 précise et complète le cadre de mise en œuvre de la réforme :

- Il introduit la notion de paniers (classes et bases de remboursement différenciées) et de prise en charge intégrale après intervention de l'assurance maladie complémentaire.
- Les conditions à satisfaire par les contrats responsables sont complétées afin d'intégrer une obligation de prise en charge, par ces contrats, du panier de « 100% santé » : ces contrats devront désormais, en sus du ticket modérateur, rembourser, les frais exposés sur les actes et produits dudit panier. Ces obligations entreront en vigueur pour l'ensemble des contrats responsables souscrits ou renouvelés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, individuels comme collectifs.

- Les mesures visant à favoriser la mise à disposition, par les opticiens et audioprothésistes, de produits et prestations sans reste à charge et celles relatives à leur participation à l'évaluation de la réforme et de révision des contenus des devis sont également précisées en cohérence avec les résultats des consultations menées par les pouvoirs publics.

L'UNOCAM partage l'objectif d'amélioration de l'accès aux soins, reposant sur une implication conjuguée des différents acteurs (professionnels de santé, industriels et financeurs). Elle tient néanmoins à souligner que la modification du champ des obligations de prise en charge des contrats responsables à l'occasion de la création des paniers « 100% santé », doit pouvoir être préparée dans les meilleures conditions, autrement dit en concertation avec les représentants des organismes complémentaires d'assurance maladie et dans des délais compatibles avec une telle concertation.

À ce titre, l'UNOCAM rappelle que cette réforme aura des conséquences importantes en termes d'évolution des offres des complémentaires santé, de leurs systèmes de gestion, mais aussi de remboursements de la part complémentaire et donc, in fine, de tarifs de nombreux contrats, notamment pour ceux dont les garanties sont moins couvrantes aujourd'hui.

Dans la perspective d'une entrée en vigueur dans les contrats responsables au 1<sup>er</sup> janvier 2020, l'UNOCAM alerte les pouvoirs publics sur l'impérative nécessité, pour les organismes d'assurance maladie complémentaire, de pouvoir disposer rapidement des précisions sur les nouvelles règles de prise en charge mais aussi des informations nécessaires à la gestion et au suivi de cette réforme.

Compte tenu de la renégociation de très nombreux accords de branches et d'entreprises en frais de santé qu'implique la réforme « 100% santé », l'UNOCAM demande que l'entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2020, fasse l'objet d'une application bienveillante de la part des URSSAF à l'égard des entreprises, jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2021.

## **2.2. Dispositions relatives à la fin de l'ACS et à la création d'une CMU-C contributive (article 34)**

Dans le prolongement des annonces faites dans le cadre de la stratégie de lutte contre la pauvreté, le PLFSS 2019 élargit le dispositif de la CMU-C aux bénéficiaires éligibles à l'ACS (dont les ressources sont comprises entre le plafond de la CMU-C et ce plafond majoré de 35%), dans les conditions suivantes :

- Le dispositif en vigueur (ACS et contrats ACS sélectionnés suite à procédure de mise en concurrence) est abandonné au profit d'une CMU-C contributive qui sera fonction de l'âge (1€ maximum par bénéficiaire et par jour : le montant sera fixé par arrêté<sup>1</sup>) et qui prendra effet au 1<sup>er</sup> novembre 2019.
- Les contrats ACS sélectionnés (suite à procédure de mise en concurrence), en cours à la date du 1<sup>er</sup> novembre 2019, restent éligibles au bénéfice de l'ACS

---

<sup>1</sup> Le montant annuel par bénéficiaire fixé dans l'arrêté ne pourra excéder 5% du plafond CMU-C.

jusqu'à l'expiration du droit du bénéficiaire. Ce dernier peut cependant demander à résilier son contrat sans frais ni pénalités et rejoindre le nouveau dispositif.

La gestion de cette protection complémentaire santé contributive se fera, au choix de l'assuré, par une caisse d'assurance maladie ou par un organisme complémentaire d'assurance maladie. Ces derniers devront s'inscrire sur une liste hébergée par le fonds CMU.

Pour les bénéficiaires d'une protection complémentaire santé contributive, le remboursement aux organismes complémentaires gestionnaires, par le fonds CMU, se fera sur la base des dépenses réelles, sans plafond, affectées d'un coefficient de majoration au titre des frais de gestion, fixé par arrêté après avis de l'UNOCAM.

Pour les bénéficiaires de la CMU-C, le remboursement aux organismes complémentaires gestionnaires, par le fonds CMU, se fera désormais sur la base des dépenses réelles sans plafond.

L'UNOCAM prend acte de cette extension de la CMU-C remettant en cause un dispositif modifié il y a peu à l'initiative des pouvoirs publics et, ce faisant, organisant la sortie des contrats ACS du champ de l'assurance. L'UNOCAM sera vigilante à l'effectivité de l'exercice de la liberté de choix de leur organisme gestionnaire par les bénéficiaires de ce nouveau dispositif.

L'UNOCAM rappelle par ailleurs que la CMU-C est aujourd'hui intégralement financée par une taxe de solidarité sur les contrats de complémentaire santé. L'UNOCAM sera vigilante aux conséquences financières de ce nouveau dispositif.

Enfin, pour que les organismes complémentaires puissent participer pleinement à ce nouveau dispositif, l'UNOCAM veillera à ce qu'ils puissent accompagner les assurés dans leurs démarches et soient associés à la procédure d'instruction des droits.

### **2.3. Participation des organismes complémentaires santé au financement des nouveaux modes de rémunérations (article 12)**

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, le taux de contribution est fixé à 0,8% des cotisations, soit 300M€ en 2019 (base cotisations 2017, contre 250M€ en 2018 au titre « du forfait patientèle médecin traitant »). Selon l'exposé des motifs, il pourra ensuite être ajusté en fonction de l'évolution de l'assiette des cotisations des organismes complémentaires d'assurance maladie.

Le produit de la taxe est affecté à la CNAM.

Le dispositif de cofinancement des nouveaux modes de rémunération des médecins libéraux est pérennisé. La contribution est désormais codifiée : article L.862-4-1 du code de la sécurité sociale.

Désormais assise sur le chiffre d'affaires des organismes complémentaires d'assurance maladie, ses modalités de calcul sont déconnectées de la notion de « forfait patientèle médecin traitant ».

L'UNOCAM ne saurait approuver un tel mécanisme qui pérennise, de facto, une nouvelle contribution fiscale et qui, a fortiori, ne reflète pas les termes de la convention médicale en vigueur.

Dans un contexte de développement de la part des rémunérations autres que le paiement à l'acte, comme en attestent notamment les dispositions du PLFSS 2019 relatives à la mise en place de financements forfaitaires pour des pathologies chroniques (article 28) et l'élargissement du cadre des expérimentations prévues par l'article 51 de la LFSS 2018 (article 29), l'UNOCAM demande aux pouvoirs publics :

- de circonscrire cette taxe et son montant à la durée de la convention médicale, soit 2021,
- d'associer activement l'UNOCAM, à l'ensemble des travaux impliquant une prise en charge nouvelle, par les organismes complémentaires, de nouveaux modes de rémunération qui soient traçables et visibles pour leurs bénéficiaires.

## **2.4. Autres dispositions**

### **2.4.1 Dispositions relatives à la prévention**

L'UNOCAM partage la volonté des pouvoirs publics de développer la prévention. Elle note en particulier l'extension des examens bucco-dentaires obligatoires de prévention aux enfants de 3 ans (article 33), le rééchelonnement des examens de santé obligatoires des jeunes de moins de 18 ans (article 37) et la généralisation de l'expérimentation portant sur la vaccination antigrippale par les pharmaciens (article 39).

### **2.4.2 Dispositions relatives aux produits de santé**

L'UNOCAM prend note de la suppression du fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP) (article 4) ainsi que de l'évolution des mécanismes de régulation des médicaments s'appuyant sur une clause de sauvegarde unique « ville et hôpital » (taux « M »), dont l'assiette est par ailleurs élargie aux médicaments génériques et orphelins (article 15). Elle note également l'extension du dispositif des autorisations temporaires d'utilisations (ATU) aux extensions thérapeutiques de certains médicaments ainsi que pour certains dispositifs médicaux, conformément aux annonces faites par le Gouvernement lors du dernier Conseil stratégique des industries de santé (article 42).

L'UNOCAM partage par ailleurs la volonté des pouvoirs publics de développer le recours aux médicaments génériques (article 43) : renforcement des justifications du recours à la mention « non substituable ». Il est aussi prévu que le remboursement d'un assuré qui ne souhaiterait pas la substitution, sans justification médicale, se fasse sur la base du prix générique. L'UNOCAM sera vigilante à ce que les organismes complémentaires disposent bien de l'information relative à la base de remboursement adéquate. Elle indique qu'il convient de veiller à ce que ces nouvelles mesures soient cohérentes avec l'ensemble des mesures conventionnelles qui ont permis jusqu'à présent de favoriser le développement des médicaments génériques.

L'UNOCAM marque également son intérêt pour cette mesure qui vise à permettre progressivement la substitution pour les médicaments « hybrides » et faciliter l'achat des biosimilaires par les établissements hospitaliers.

Enfin, l'UNOCAM sera attentive aux évolutions des modalités d'évaluation et d'admission ou d'exclusion de la prise en charge des médicaments homéopathiques (article 42).

**En conséquence, le Conseil prend acte du PLFSS pour 2019.**

**Délibération adoptée à l'unanimité**