

Avis relatif au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018

Délibération n° CONS. – 37 – 4 octobre 2017 – Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

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 2018 par un courrier daté du 28 septembre 2017, notifié par voie électronique.

Réuni le 4 octobre 2017, le Conseil de l'UNOCAM a adopté le présent avis qui porte d'une part sur l'économie générale du PLFSS pour 2018 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 2018

L'UNOCAM ne se prononce pas sur les hypothèses économiques retenues par les pouvoirs publics pour la construction du PLFSS pour 2018.

1.1. Déficits

Le PLFSS pour 2018 prévoit de porter le déficit de la Sécurité sociale (régime général et Fonds de solidarité vieillesse) à -2,2 milliards d'euros en 2018.

Le déficit de la branche maladie (régime général) devrait être de -4,1 milliards d'euros à la fin de 2017. Le PLFSS l'évalue à -0,8 milliard d'euros à la fin 2018, après mesures correctives.

Le PLFSS pour 2018 prévoit de réaliser 4,165 milliards d'euros d'« économies » dans la branche maladie. Il s'agit en fait de moindres dépenses et de recettes nouvelles. Ces mesures nouvelles atteignent 1,490 milliard d'euros sur la « *pertinence et l'efficacité des produits de santé* », 1,465 milliard d'euros sur la « *structuration de l'offre de soins* », 335 millions d'euros sur la « *pertinence et la qualité des actes* », 240 millions d'euros sur la « *pertinence et l'efficacité des*

prescriptions d'arrêts de travail et de transports », 90 millions d'euros sur le « *contrôle et la lutte contre la fraude* » et 545 millions d'euros sur les « *autres mesures* ».

Ces « *autres mesures* » sont constituées notamment d'augmentations de dépenses pour l'assurance maladie complémentaire et les ménages (200 millions d'euros sur la hausse du forfait journalier hospitalier et 100 millions d'euros au titre de la participation des organismes complémentaires d'assurance maladie au financement de la convention nationale des médecins libéraux).

1.2. Dépenses de la branche maladie

En 2018, les dépenses dans le champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) sont fixées à hauteur de 195,2 milliards d'euros, soit 4,5 milliards d'euros de dépenses supplémentaires par rapport à 2017.

Le taux d'évolution de l'ONDAM passe de 2,1% en 2017 à 2,3% en 2018, soit une hausse de 0,2 point.

Le taux de l'ONDAM est de 2,4% pour les soins de ville, 2,0% pour les établissements de santé, 2,6% pour les établissements et services médico-sociaux, 3,1% pour le Fonds d'intervention régional et de 4,3% pour les autres prises en charge. A cet égard, l'UNOCAM note que les pouvoirs publics présentent également le taux de progression de l'ONDAM pour les établissements de santé (2,2%) en anticipant l'augmentation de la part de l'assurance maladie complémentaire et des ménages au financement des établissements de santé.

1.3. Recettes

Le PLFSS pour 2018 prévoit (dans son article 7), à partir du 1^{er} janvier 2018, des baisses des cotisations sociales des actifs en contrepartie d'une hausse de la contribution sociale généralisée (CSG) (de 1,7 point). L'UNOCAM prend note de ces mesures.

De façon incidente, l'UNOCAM constate que la suppression des cotisations sociales de l'assurance maladie et de l'assurance chômage pourrait avoir un impact sur les contrats de santé et de prévoyance.

2. Dispositions du PLFSS pour 2018 intéressant particulièrement l'assurance maladie complémentaire

2.1. Augmentation du forfait journalier hospitalier

Dans les hypothèses économiques du PLFSS pour 2018, figure l'augmentation du tarif du forfait journalier hospitalier. Celle-ci sera de 2 euros en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et en soins de suite et réadaptation (SSR) (soit 20 euros au lieu de 18 euros). Elle sera de 1,5 euro en psychiatrie (soit 15 euros au lieu de 13,5 euros). Cette recette supplémentaire pour la branche maladie de la Sécurité sociale, qui constitue une dépense supplémentaire pour les organismes complémentaires

d'assurance maladie et pour les ménages, représentera 200 millions d'euros en 2018.

Les pouvoirs publics expliquent que « *95% des Français disposent d'une couverture complémentaire santé ou de la CMU complémentaire* ». Cela signifie que les assurés sociaux qui n'ont pas de couverture complémentaire santé devront supporter directement l'augmentation du forfait journalier hospitalier.

L'augmentation du forfait journalier hospitalier sera loin d'être neutre financièrement, y compris pour les assurés sociaux bénéficiant d'une couverture complémentaire santé. Dans le cadre des contrats responsables, les organismes complémentaires d'assurance maladie ont l'obligation de prendre en charge, sans limitation de durée, le forfait journalier hospitalier. Compte tenu, d'une part, du niveau des résultats techniques en santé réalisés ces dernières années par les mutuelles, les entreprises d'assurances et les institutions de prévoyance et, d'autre part, de l'augmentation connue de leurs dépenses en 2018, notamment pour la rémunération des médecins libéraux et des pharmaciens titulaires d'officine, une hausse des cotisations des organismes complémentaires d'assurance maladie sera inévitable.

Les dépenses solvabilisées par les mutuelles, les entreprises d'assurances et les institutions de prévoyance, au titre de la consommation de soins et de biens médicaux, s'accroissent en valeur absolue. Or, l'augmentation des dépenses des organismes complémentaires d'assurance maladie se traduit inévitablement par une augmentation des cotisations à la charge de leurs adhérents et assurés, dans la mesure où ces organismes privés ne peuvent pas constituer de déficit.

Enfin, l'augmentation du forfait journalier hospitalier pèsera sur les charges des prestations de la CMU complémentaire, donc sur le financement de celle-ci, qui est supporté par les organismes complémentaires d'assurance maladie.

En tout état de cause, l'UNOCAM considère que la hausse du forfait journalier hospitalier, vue comme une simple variable d'ajustement, ne répond pas aux problèmes structurels de l'organisation et du financement de l'hôpital. L'UNOCAM regrette que l'annonce de cette mesure n'ait été précédée d'aucune concertation avec les représentants de l'assurance maladie complémentaire.

2.2. Disposition faisant suite à la convention nationale des médecins libéraux, conclue 25 août 2016 et publiée au Journal Officiel du 23 octobre 2016 (article 15)

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014, au titre des exercices 2013, 2014 et 2015, puis la LFSS pour 2016, au titre de l'exercice 2016, prévoyaient le versement de 150 millions d'euros de l'assurance maladie complémentaire à l'assurance maladie obligatoire au titre du forfait médecin traitant. La LFSS pour 2017 a prorogé ce dispositif pour un an, en modifiant ses modalités.

L'UNOCAM a critiqué ce dispositif qui n'avait fait l'objet d'aucune concertation avec l'assurance maladie complémentaire et qui était opaque pour les praticiens, pour les adhérents ou assurés comme pour les entreprises (employeurs et salariés).

La convention nationale des médecins libéraux remplace, à partir de 2018, le forfait médecin traitant par le forfait patientèle médecin traitant. A cette occasion, la convention nationale des médecins libéraux prévoit que soient définies les modalités techniques et financières rendant le cofinancement de ce forfait par les organismes complémentaires d'assurance maladie plus visible pour les praticiens, pour les adhérents ou assurés comme pour les entreprises (employeurs et salariés). Le montant prévu par la convention nationale des médecins libéraux pour la participation des organismes complémentaires d'assurance maladie au financement du forfait patientèle médecin traitant était de 250 millions d'euros en 2018. Le PLFSS pour 2018 reprend ce montant (dans l'exposé des motifs). L'article lui-même ne mentionne pas l'enveloppe de 250 millions d'euros. Il fixe la participation financière des organismes complémentaires d'assurance maladie à 8,10 euros (contre 5 euros en 2017) par personne protégée de plus de 16 ans, hors CMU complémentaire, ayant consulté au moins une fois dans l'année son médecin traitant.

Les représentants de l'assurance maladie complémentaire ont engagé des travaux avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) en 2016 et 2017 sur la définition des modalités techniques et financières du cofinancement du forfait patientèle médecin traitant par les organismes complémentaires d'assurance maladie. A cet égard, l'UNOCAM note que le PLFSS pour 2018, dans son exposé des motifs, justifie la prolongation du mode de financement actuel par le constat que les modalités techniques et financières cibles ne seraient pas opérationnelles avant 2019. Le texte ne précise pas cependant que ce prélèvement sera supprimé au moment de la mise en œuvre du nouveau dispositif, comme prévu dans la convention nationale des médecins libéraux.

2.3. Disposition relative au report de l'application du règlement arbitral dentaire (article 44)

En 2016 et 2017, l'UNOCAM a participé aux négociations conventionnelles sur un avenant à la convention nationale des chirurgiens-dentistes. Ces discussions ont été perturbées par l'adoption de l'article 75 de la LFSS pour 2017. Le 31 janvier 2017, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) a dû constater l'échec des négociations. Un règlement arbitral a été publié au Journal Officiel le 31 mars 2017.

Le PLFSS pour 2018 prévoit le report d'un an, du 1^{er} janvier 2018 au 1^{er} janvier 2019, de certaines mesures de ce règlement arbitral. La revalorisation des soins de prévention, conservateurs et chirurgicaux et le plafonnement des tarifs à entente directe sur les soins prothétiques sont repoussés. Les montants de la clause de sauvegarde, qui conditionne les nouvelles étapes de revalorisation et de plafonnement, sont légèrement modifiés. Les autres mesures du règlement arbitral (notamment relatives aux tarifs sociaux) sont déjà entrées en vigueur ou inchangées.

Depuis le 15 septembre 2017, l'UNOCAM participe aux nouvelles négociations conventionnelles qui se sont ouvertes avec les chirurgiens-dentistes et qui portent désormais sur la convention nationale elle-même. Si ces négociations conventionnelles échouaient, les mesures du règlement arbitral s'appliqueraient au 1^{er} janvier 2019.

L'UNOCAM regrette de ne pas avoir pu échanger avec les pouvoirs publics sur les enjeux de ces négociations conventionnelles avant leur ouverture, en particulier sur le cadrage financier.

2.4. Disposition relative au Régime social des indépendants (RSI) (article 11)

Le PLFSS pour 2018 prévoit que la protection sociale des travailleurs indépendants sera confiée au régime général à compter du 1^{er} janvier 2018. S'agissant de la branche maladie, le PLFSS pour 2018 programme le transfert de l'activité des organismes conventionnés vers les caisses primaires d'assurance maladie avant le 31 décembre 2020.

L'efficacité de la gestion et la qualité du service rendu par les organismes conventionnés sont reconnues. Les problèmes rencontrés par les ressortissants du RSI sont indéniables, mais ils sont d'une tout autre nature. Aussi l'UNOCAM regrette-t-elle la remise en cause de l'intervention des organismes conventionnés.

Le PLFSS pour 2018 dispose que *« l'ensemble des droits et obligations des organismes délégataires [...], y compris les contrats de travail, qui sont afférents à la gestion leur ayant été confiée sont transférés de plein droit aux organismes de leur circonscription [...] »* et que *« ces transferts ne donnent pas lieu à la perception de droits, impôts ou taxe de quelque nature que ce soit. »* Les Fédérations qui composent l'UNOCAM notent en outre, dans le PLFSS pour 2018, que *« le préjudice susceptible de résulter, pour les organismes délégataires, de l'absence de renouvellement des conventions [...] fait l'objet d'une indemnité s'il présente un caractère anormal et spécial. »*

Les représentants des organismes complémentaires d'assurance maladie se montreront particulièrement vigilants sur l'indemnisation des organismes conventionnés au titre du préjudice pour perte d'activité et sur l'indemnisation des coûts liés à l'opération de transfert d'activité. Les organismes complémentaires d'assurance maladie attachent la plus grande importance à la reprise des personnels par le réseau de l'assurance maladie obligatoire.

2.5. Dispositions relatives aux médicaments et aux dispositifs médicaux (article 38, 40 et 41)

L'article 38 du PLFSS pour 2018 prévoit d'adapter les conditions de prise en charge des médicaments dispensés à l'hôpital et financés en sus des tarifs d'hospitalisation. Pour certaines spécialités pharmaceutiques, un prix limite de vente aux établissements de santé pourra désormais être fixé et il pourra être déconnecté de la base de remboursement. L'UNOCAM approuve l'objectif de rendre plus efficaces les achats des établissements de santé.

L'article 40 du PLFSS pour 2018 renforce l'encadrement de la promotion médicale et de la publicité sur les dispositifs médicaux à l'exception des dispositifs médicaux individuels d'optique médicale et des audioprothèses ainsi que de leurs éventuelles prestations associées.

L'article 41 du PLFSS pour 2018 prévoit de renforcer la régulation des dispositifs médicaux. Les équipes du Comité économique des produits de santé (CEPS) seront augmentées et les outils dont il dispose seront diversifiés. Siégeant au CEPS, l'UNOCAM approuve la plupart de ces mesures.

2.6. Autres dispositions

2.6.1. Dispositions relatives à la prévention (articles 12 et 34)

L'UNOCAM partage la volonté des pouvoirs publics de développer la prévention. Elle note en particulier leur engagement en faveur de l'amélioration de la couverture vaccinale (article 34) et de la lutte contre le tabagisme (article 12).

2.6.2. Disposition relative à la télémédecine (article 36)

L'UNOCAM marque son intérêt pour les projets présentés dans le PLFSS pour 2018 relatifs au développement de l'usage de la télémédecine. L'UNOCAM sera toutefois vigilante quant à leur articulation avec les initiatives déjà prises dans ce domaine par les organismes complémentaires d'assurance maladie.

2.6.3. Disposition relative aux modalités de financement du Fonds CMU (article 18)

L'UNOCAM note qu'une partie du produit de la taxe de solidarité additionnelle, versée par les organismes complémentaires d'assurance maladie, sera affectée au Fonds CMU à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits et que le solde sera affecté à la branche maladie de la Sécurité sociale.

L'UNOCAM prend note de la modification apportée à l'évolution des remboursements aux organismes complémentaires d'assurance maladie gestionnaires de la CMU complémentaire. L'évolution de ces remboursements ne sera plus indexée sur l'inflation, mais sur le coût réellement constaté lors du dernier exercice clos.

2.6.4. Disposition relative à la lutte contre la fraude (article 57)

L'UNOCAM note avec satisfaction la volonté des pouvoirs publics de renforcer les dispositifs de lutte contre la fraude. L'UNOCAM regrette cependant que les organismes complémentaires d'assurance maladie n'y soient pas associés.

2.6.5. Disposition relative à la procédure d'inscription des actes à la nomenclature (article 37)

Le PLFSS pour 2018 rationalise la procédure d'inscription des actes à la nomenclature. Dans le cas général, la procédure de saisine de l'UNOCAM par l'UNOCAM sur les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation est inchangée. L'article 37 prévoit toutefois une toutefois une procédure particulière, en l'absence de hiérarchisation par la Commission de hiérarchisation des actes professionnels (CHAP). Dans cette situation, l'UNOCAM pourra procéder à la hiérarchisation d'un acte ou d'une prestation et adresser ensuite

la décision d'inscription aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. L'UNOCAM est surprise de constater qu'elle ne sera plus saisie, pour avis, dans ce cas de figure, sur le projet de décision de l'UNCAM.

L'UNOCAM estime qu'il y aurait du sens à ce qu'elle puisse participer aux travaux de la CHAP dans le domaine du dentaire.

*

L'UNOCAM considère que la portée réformatrice, pour 2018, du PLFSS est limitée, malgré des avancées en matière de prévention et d'innovation. L'UNOCAM sera donc vigilante quant aux orientations définies dans la stratégie nationale de santé et aux réponses qui seront apportées aux grands problèmes structurels de notre système de santé, relatifs à l'accès de tous les assurés sociaux, sur l'ensemble du territoire national, à des soins utiles et de qualité.

L'UNOCAM regrette que la préparation du PLFSS pour 2018 ait été marquée par une absence de concertation, qui est préoccupante au vu de l'agenda présenté par ailleurs par les pouvoirs publics et de son impact sur les organismes complémentaires d'assurance maladie. L'UNOCAM note que les baisses des cotisations sociales et la hausse de la CSG prévues dans le PLFSS pour 2018 ne seront pas sans conséquence d'une part sur le coût, pour les salariés, des cotisations collectives en santé et prévoyance et d'autre part sur les prestations d'incapacité.

L'UNOCAM rappelle que la hausse du forfait journalier hospitalier constitue une dépense nouvelle pour les organismes complémentaires d'assurance maladie et les ménages, qui s'ajoute à celles résultant des dernières négociations conventionnelles.

Le PLFSS pour 2018 organise une suppression injustifiée de l'activité de gestion des prestations d'assurance maladie obligatoire déléguée par le RSI à des organismes conventionnés, faisant peser un risque sur les organismes complémentaires d'assurance maladie aujourd'hui gestionnaires.

Délibération adoptée à l'unanimité