

Avis relatif au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021

Délibération n° CONS. – 26 – 5 octobre 2020 – Avis relatif au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2021

Par un courrier en date du 29 septembre 2020, notifié par voie électronique le même jour, l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) a été saisie par la Direction de la Sécurité sociale (DSS), en application de l'article L. 182-3 du code de la sécurité sociale, du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2021.

Aux termes de cet article, 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* ».

Lors de sa réunion du 5 octobre 2020, le Conseil de l'UNOCAM a adopté, à la majorité, le présent avis. Cet avis porte, d'une part, sur l'économie générale du PLFSS pour 2021 et, d'autre part, sur les dispositions du projet de loi de financement qui intéressent particulièrement les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM).

1. Eléments de contexte et de cadrage du PLFSS pour 2021

1.1 Situation des comptes sociaux en 2020 et perspectives pour 2021

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2021 est à tous égards un texte d'exception : c'est le premier PLFSS intervenant après la crise sanitaire, économique et sociale sans précédent liée à l'épidémie de la COVID-19 qui touche l'ensemble des pays du monde depuis mars 2020.

La crise à laquelle notre pays est confronté s'est traduite par « *un choc imprévisible, d'une ampleur et d'une brutalité inédite* »¹ depuis 1945. Elle a conduit à une « *dégradation exceptionnelle de la situation économique* » en 2020 : un recul de 10% du PIB en volume et une contraction de la masse salariale du secteur privé de 7,9%. En conséquence, la situation des comptes publics est très fortement détériorée avec un déficit public de 10,2% du PIB et une dette à 117,5% du PIB fin 2020, bien au-delà de la barre symbolique des 100%.

¹- Selon les termes employés par la Banque de France.

De même, la Sécurité sociale a joué son rôle d'amortisseur de crise au prix d'un creusement très important de son déficit qui atteindrait 44,4 Mds€ en 2020 (toutes branches du régime général y compris Fonds de solidarité vieillesse) (après 52 Mds€ projetés en juin 2020) dont 29,8 Mds€ pour la seule branche maladie.

Alors que le contexte international reste très incertain, les pouvoirs publics tablent sur un « *rebond marqué en 2021* » et ont construit le PLF et le PLFSS pour 2021 sur des hypothèses macroéconomiques volontaristes pour l'an prochain (+8% PIB en volume, +6,8% de masse salariale du secteur privé et une inflation toujours faible à +0,6%). Néanmoins, « *les incertitudes demeurent exceptionnellement élevées et fragilisent les exercices de prévisions* », comme le souligne le Haut Conseil des finances publiques dans son récent avis².

Dans le cadre du PLFSS pour 2021, les pouvoirs publics annoncent une politique d'investissement dans le système de santé, prévoient la poursuite de la mobilisation du système de soins autour de la lutte contre l'épidémie, posent les premières pierres de la construction de la nouvelle branche autonomie³ (gouvernance, objectif des dépenses de la branche autonomie, premières mesures financières) et annoncent de nouvelles mesures (allongement du congé paternité notamment).

L'an prochain, les comptes sociaux resteraient à un niveau très dégradé avec un déficit de l'ordre de -26,4 Mds € pour le régime général et le FSV. « *Une réflexion sur les mesures nécessaires à une trajectoire de maîtrise des dépenses sociales sera engagée dans un second temps, une fois le pic de la crise surmonté* » explique le dossier de presse du PLFSS. A noter, enfin, que près de 136 Mds€ de déficit ont été transférés à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) prolongeant de dix ans, soit jusqu'à 2033 environ, sa durée de vie⁴.

2.2 Focus sur la situation de la branche maladie

L'année 2020 devrait être marquée par un creusement inédit du déficit de la branche maladie avec 29,8 Mds€ qui s'explique par un effet de ciseaux conjuguant des « *pertes considérables de recettes* » (-5,3%) et de « *dépenses exceptionnelles* » pour permettre au système de soins de faire face à la crise sanitaire (+7,9%).

L'ONDAM 2020 (avec COVID et avec Ségur) progresserait de 7,6%, un niveau jamais atteint depuis la création de l'ONDAM (soit +10,1 Mds€), au lieu de 2,45% prévus en LFSS pour 2020. Les dépenses exceptionnelles engagées pour faire face à l'épidémie de l'ordre de 15,1 Mds€⁵ seraient partiellement compensées, d'une part, par une sous-exécution des soins de ville⁶ de l'ordre de 4,3 Mds€ et, d'autre part, par une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires d'1 Md€ en 2020 (*cf. infra*). Il convient toutefois de faire observer que certains postes de soins de ville sont

² - <https://www.hcfp.fr/liste-avis/avis-ndeg2020-5-loi-de-finances-2021>

³ - Le principe de cette nouvelle branche a été posé par la loi n°2020-992 du 7 août 2020 mais des textes dédiés sont annoncés pour 2021.

⁴ - Loi n°2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie

⁵ - Et notamment, dotation supplémentaire à Santé Publique France, surcoûts liés aux tests, aux indemnités journalières, compensation pertes d'activité pour les professionnels de santé...

⁶ - moindres remboursements au titre des honoraires médicaux, dentaires...

repartis à la hausse à partir de juin 2020, ce qui laisse augurer un effet de rattrapage dont l'ampleur n'est pas encore connue.

En 2021, la branche maladie devrait rester très déficitaire de l'ordre de 19 Mds€, avec un haut niveau d'incertitude tant sur le niveau des recettes que des dépenses. L'ONDAM 2021 (avec COVID et avec Ségur) est fixé à 3,5%, tenant compte de 12,5 Mds€ de dépenses supplémentaires notamment au titre de la traduction des mesures Ségur, 4 Mds€ des mesures de régulation et 500 M€ de taxe sur les OCAM (*cf. infra*). Par ailleurs, le PLFSS engage un plan d'investissement de 19 Mds€ pour les établissements de santé et médico-sociaux (reprise partielle de la dette des hôpitaux à hauteur de 13 Mds€, investissements sur divers hospitaliers de 6 Mds€...).

L'UNOCAM constate la dégradation inédite et sans doute durable des comptes de la Sécurité sociale qui a joué son rôle d'amortisseur dans la période et prend acte des nouvelles projections réalisées par les pouvoirs publics dans un contexte très incertain.

La crise que nous traversons a rappelé combien la santé était un bien supérieur, une priorité collective dans un pays développé et un enjeu stratégique dans un environnement mondialisé. En rupture avec l'approche qui a prévalu au cours de ces dernières années, ce PLFSS prévoit un investissement dans notre système de santé, notamment en faveur des personnels et des établissements hospitaliers, investissement qui devra bénéficier à tous les établissements quel que soit leur statut.

Face à cette crise, nombre d'organismes complémentaires santé ont mis en œuvre rapidement, de manière volontaire, des mesures pour protéger leurs adhérents et leurs assurés au-delà des garanties prévues considérant qu'elles participaient à l'effort collectif de solidarité et de protection au cœur de leur métier (délais de paiement voire annulation de cotisations pour les entreprises en difficulté ou les salariés licenciés avec portabilité des droits, déblocage de fonds d'aide, mesures extracontractuelles...).

Si l'UNOCAM reconnaît que les pouvoirs publics ont dû gérer dans l'urgence une crise sanitaire, économique et sociale sans équivalent, elle regrette qu'ils n'aient pas fait le choix de travailler en coordination étroite avec les financeurs complémentaires.

2. Les principales mesures du PLFSS pour 2021 ayant un impact sur les organismes complémentaires santé

2.1 Mesures liées à la crise sanitaire

2.1.1 Instauration d'une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires en santé aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de Covid-19 au titre de 2020 et 2021 (articles 3 et 10)

L'article 3 prévoit l'instauration d'une contribution exceptionnelle à la prise en charge des dépenses liées à la gestion de l'épidémie de COVID-19 pour l'année 2020. Le produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM). Cette

contribution est due par les organismes assureurs en activité au 31 décembre 2020. Elle est assise sur l'ensemble des sommes versées en 2020 au titre des cotisations d'assurance maladie complémentaire au profit de ces organismes. Les sommes versées au titre des contrats « indemnités journalières » en sont exclues. Le taux de la contribution est fixé à **2,6 %**. La contribution s'appuiera sur un mécanisme de déclaration et de recouvrement existant, celui de la TSA. Elle est déclarée et liquidée **au plus tard le 31 janvier 2021**.

L'article 10 prévoit l'instauration de la même contribution exceptionnelle à la prise en charge des dépenses liées à la gestion de l'épidémie de Covid-19 mais pour l'année 2021. Elle est calée sur le même dispositif que celle instauré en 2020 à l'exception du taux qui est fixé à **1,3 %**. Elle est déclarée et liquidée **au plus tard le 31 janvier 2022**.

Au total, cette contribution représente une taxe de 1 Md€ en 2020 et 500 M€ en 2021.

- ⇒ *Si les organismes complémentaires santé ne contestent pas le principe d'une participation des OCAM aux dépenses avancées de manière exceptionnelle par l'assurance maladie obligatoire (prise en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire des téléconsultations, des tests de dépistage et de certaines dépenses hospitalières), ils dénoncent l'instauration prématurée d'une nouvelle taxe qui ne tient pas compte de la complexité de la situation actuelle pour les OCAM et qui viendra mécaniquement alourdir les charges qui pèsent sur les assurés, les entreprises et les salariés. Cette contribution, qui s'appuie sur des chiffreages très provisoires, ne tient pas compte des autres éléments qui affectent les OCAM et notamment le rattrapage des soins que l'on observe depuis juin sur certains postes, les impayés de cotisations, le maintien des garanties santé et prévoyance dans le cadre de la portabilité prévue par les contrats collectifs, dans un contexte de forte augmentation du chômage.*
- ⇒ *Les OCAM alertent une fois encore les pouvoirs publics sur le niveau atteint par la fiscalité qui pèse sur les contrats de complémentaires santé, services essentiels en termes d'accès aux soins. Présentée comme une mesure de solidarité par les pouvoirs publics, cette taxe alourdit une fois de plus la fiscalité sur les contrats de complémentaires santé et privera les assurés des ajustements de cotisations dont ils auraient pu bénéficier.*
- ⇒ *Concrètement, les OCAM souhaitent pouvoir rembourser directement à leurs assurés des prestations et non reverser a posteriori aux pouvoirs publics des taxes. Cette nouvelle contribution, qui intervient après les hausses successives de TSA et la contribution FPMT, ne le permet pas.*
- ⇒ *Dans ce contexte, l'UNOCAM demande instamment que le dialogue avec les pouvoirs publics se poursuive et souhaite qu'une clause de revoyure de cette taxe soit instaurée dans le texte en 2021 afin de permettre sur la base d'un bilan partagé en juillet 2021 la réévaluation du montant de cette taxe. Par ailleurs, elle demande la sortie immédiate du régime dérogatoire de prise en charge à 100% mis en place, le retour au co-financement AMO-AMC avec un ticket modérateur et l'association des OCAM à la stratégie de gestion de crise engagée.*

2.1.2 Prorogation de la prise en charge intégrale des actes de téléconsultation pendant deux ans (article 32)

L'article 32 prévoit de prolonger, jusqu'au 31 décembre 2022, la mesure dérogatoire de prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire des téléconsultations (suppression de la participation de l'assuré pour les frais liés aux actes réalisés en téléconsultation). Les pouvoirs publics mettent en avant la lutte contre la propagation du virus, l'accès continu à la médecine de ville mais aussi la simplification (facturation et paiement simplifiés), pour justifier cette prorogation.

⇒ *Si l'UNOCAM partage la volonté des pouvoirs publics d'accélérer le développement des téléconsultations, domaine dans lequel la France est en retard par rapport à d'autres pays, elle dénonce la prorogation du régime dérogatoire pour deux ans de prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire et rappelle son souhait légitime de revenir sans tarder au droit commun avec un co-financement AMO-AMC sous forme de ticket modérateur. Elle conteste l'argument selon lequel il s'agit d'un délai nécessaire pour laisser le temps aux professionnels de santé de s'équiper des outils permettant la facturation, ces outils étant d'ores et déjà possibles via le circuit Sesam-Vitale. En conséquence, elle demande avec insistance aux pouvoirs publics de revoir leur position sur ce sujet.*

2.2 Evolution des modes de financement à l'hôpital (articles 28 et 29)

L'article 28 annonce la poursuite de la réforme des modes de financement à l'hôpital, engagée avec le plan « Ma santé 2022 ». Rappelons que l'objectif est une « *refonte globale des modèles de financement des établissements de santé d'ici 2023* », avec notamment pour cible de parvenir à des modes financement combinés alternatifs à la tarification à l'activité (T2A).

Plus précisément, cet article poursuit la **réforme du financement des structures d'urgences** initiée en LFSS pour 2020 et prévoit la création d'une participation forfaitaire pour les patients en cas de passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation en lieu et place du ticket modérateur de 20% (**I de cet article**). Cette participation nommée Forfait patient urgences (FPU) serait due pour tous les assurés, ceux aujourd'hui exonérés de ticket modérateur (patients en ALD...) devant s'acquitter d'un forfait minoré. L'objectif affiché est d'éviter des restes à charge élevés pour les patients et de simplifier la facturation.

⇒ *L'UNOCAM comprend qu'une telle évolution vise à réduire les écarts de reste à charge des assurés lors d'un passage aux urgences. Elle considère que sur une réforme de cette nature qui concerne directement les OCAM, elle aurait dû être associée en amont à son élaboration. Elle ne peut mesurer les conséquences sur les OCAM d'une telle évolution qui modifie sensiblement les modes de financement et de facturation AMO-AMC. En amont de la consultation obligatoire de l'UNOCAM prévue par le texte sur le montant du forfait qui sera défini par arrêté, elle entend donc être associée à l'élaboration des modalités opérationnelles et aux estimations d'impact macroéconomiques et microéconomiques.*

Pour des raisons de calendrier liées à l'épidémie de la COVID-19 et du retard pris dans la mise en œuvre de certains chantiers, l'article acte le report de plusieurs réformes et notamment le décalage de l'entrée en vigueur de la réforme du ticket modérateur à l'hôpital pour les soins de suite et de réadaptation (SSR) et la psychiatrie au 1^{er} janvier 2022 (**VII de cet article**).

- ⇒ *L'UNOCAM prend acte de ce report dicté par les circonstances actuelles. Compte tenu des délais, elle reste très vigilante sur la mise en œuvre de la réforme dans le champ médecine chirurgie obstétrique (MCO) au 1^{er} janvier 2021 et reste dans l'attente des chiffrages de la part du Ministère de la santé.*

L'article 29 pose le principe d'une **expérimentation pour cinq ans d'un modèle mixte de financement populationnel des activités de médecine à l'hôpital**. L'objectif est de combiner, au niveau territorial, une part de financement T2A, une part de financement à la qualité et une part de financement populationnel, financement qui serait décorrélé de la production de soins. Dès 2021, les établissements pourront opter pour une dotation socle à la place d'une partie de la T2A.

- ⇒ *Si elle comprend l'intérêt de « sortir du tout T2A » et d'aller vers des financements mixtes à la qualité mais aussi de type populationnel, l'UNOCAM s'interroge sur les modalités de mise en œuvre pour les financeurs complémentaires dont le modèle reste fondé sur la prise en charge d'une quote-part d'un acte facturé à un assuré et payé à un professionnel de santé, du type ticket modérateur.*
- ⇒ *Alors que le développement des rémunérations forfaitaires a vocation à se développer dans les années à venir et que plusieurs expérimentations sont en cours dans le cadre dit de « l'article 51 », l'UNOCAM souhaite que des modalités de co-financement de ces rémunérations forfaitaires compatibles avec l'assurance maladie complémentaire soient mises en place, en lien avec les pouvoirs publics.*

2.3 Autres mesures

L'article 33 acte la **prolongation de la durée de la convention médicale** qui régit les liens entre les médecins libéraux et l'assurance maladie **jusqu'au 31 mars 2023**. Pour mémoire, la convention médicale devait arriver à échéance le 24 octobre 2021. Or les textes organisant la vie conventionnelle prévoient un lancement du processus de négociation dès janvier 2021, soit trois mois avant les élections qui doivent conduire à revoir la représentativité des différents syndicats. C'est dans ce contexte que cette prorogation est proposée.

- ⇒ *L'UNOCAM prend acte de cette prolongation liée à des questions de calendrier. Toutefois, elle alerte sur le fait que la révision du dispositif conventionnel de forfait patientèle médecin traitant (FPMT) souhaitée par les OCAM ne pourra attendre 2023. Elle souhaite la relance rapide de ce dossier avec les pouvoirs publics et les syndicats médicaux. Pour mémoire, la convention de 2016 a posé le principe de l'instauration d'un forfait patientèle médecin traitant (FPMT) et a renvoyé à plus tard les modalités*

techniques de co-financement AMO-AMC de ce forfait. Malgré d'importants travaux conduits avec la CNAM, aucune solution n'a été trouvée et les OCAM doivent depuis lors s'acquitter d'une contribution FPMT sans aucune visibilité pour leurs assurés.

L'article 41 prévoit de « *simplifier le pilotage de la complémentaire santé solidaire* » en transférant les missions de l'actuel Fonds de la complémentaire santé solidaire à la CNAM, l'ACOSS et le ministère de la santé.

- ⇒ *Si l'UNOCAM partage l'objectif affiché de simplification, elle s'interroge sur l'évolution proposée qui conduira de facto à multiplier le nombre d'interlocuteurs, ce qui soulève des questions en termes de pilotage, de coordination et de suivi.*
- ⇒ *Les organismes complémentaires, qui financent la complémentaire santé solidaire (CSS) à travers la taxe de solidarité additionnelle (TSA), souhaitent continuer à être associés, selon des modalités à définir, au pilotage et au suivi du dispositif. De plus, d'un point de vue opérationnel, il est important que les organismes complémentaires gestionnaires de la complémentaire santé solidaire puissent disposer d'un interlocuteur bien identifié, dans un souci d'efficacité.*
- ⇒ *Par ailleurs, l'UNOCAM sera attentive à ce que la CSS continue à faire l'objet de comptes distincts retraçant précisément l'ensemble des opérations au titre de ce dispositif (produits, dépenses, subventions éventuelles, transferts...). Elle réitère à cette occasion son opposition au principe d'une affectation des excédents à la branche maladie, sans lien direct avec le financement de la CSS.*

Le PLFSS pour 2021 reflète la dégradation préoccupante et sans doute durable des comptes sociaux dans un contexte marqué par de nombreuses incertitudes liées à l'épidémie de la COVID-19. Il traduit aussi un investissement inédit dans le système de santé pour accélérer la modernisation du système de soins et pour soutenir les établissements et les personnels hospitaliers et des EHPAD, ce qui mérite d'être salué.

Lors de cette crise, les pouvoirs publics ont mis en œuvre une gestion de la crise qui a de facto écarté les complémentaires santé. Les organismes complémentaires santé - qui financent 30 Mds€ de dépenses de santé et sont des acteurs majeurs de l'accès aux soins - le regrettent. Et ce d'autant que, face à cette crise, nombre d'organismes complémentaires santé ont mis en œuvre rapidement, de manière volontaire, des mesures pour protéger leurs adhérents et leurs assurés au-delà des garanties prévues considérant qu'elles participaient à l'effort collectif de solidarité et de protection au cœur de leur métier (délais de paiement voire annulation de cotisations, débloqué de fonds d'aide, mesures extracontractuelles...).

Si les organismes complémentaires santé ne contestent pas le principe d'une participation des OCAM aux dépenses avancées de manière exceptionnelle par l'assurance maladie obligatoire, ils dénoncent l'instauration, dans la précipitation,

d'une nouvelle taxe qui ne tient pas compte de la complexité de la situation actuelle pour les OCAM et qui viendra mécaniquement alourdir les charges qui pèsent sur les assurés, les entreprises et les salariés. Cette contribution, qui s'appuie sur des chiffrages très provisoires, ne tient pas compte des autres éléments qui affectent les OCAM et notamment le rattrapage des soins que l'on observe depuis juin sur certains postes, les impayés de cotisations, le maintien des garanties santé et prévoyance dans le cadre de la portabilité prévue par les contrats collectifs, dans un contexte de forte augmentation du chômage.

Présentée comme une mesure de solidarité par les pouvoirs publics, cette taxe alourdit une fois de plus la fiscalité sur les contrats de complémentaires santé et privera les assurés des ajustements de cotisations dont ils auraient pu bénéficier.

De même, la prolongation de la prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire des téléconsultations pose question et conduit à écarter les OCAM du co-financement direct de ces actes. L'UNOCAM demande la sortie du régime dérogatoire actuel et le retour au co-financement AMO-AMC, évitant ainsi un mécanisme lourd et discutable de remboursement a posteriori.

Mesure après mesure, les organismes complémentaires santé sont davantage encadrés réglementairement et par conséquent empêchés d'apporter à leurs assurés et au système de santé tous les bénéfices d'une complémentarité de financement entre assurance maladie obligatoire et organismes complémentaires santé.

A travers l'UNOCAM, les fédérations de complémentaires santé demandent aux pouvoirs publics d'ouvrir rapidement une discussion avec la profession sur les sujets liés au co-financement AMO-AMC (taxe COVID, téléconsultations, FPMT, rémunérations forfaitaires) et rappellent simplement leur souhait de pouvoir exercer leur métier d'assureur au bénéfice de leurs assurés, ce qui signifie :

- Verser des prestations à leurs assurés en cas de sinistre, et non rembourser des avances de l'assurance maladie obligatoire sous forme de taxe,*
- Disposer des données de santé nécessaires à la réalisation de leurs missions de liquidation des prestations et de contrôle, dans le respect du RGPD,*
- Être associés à la gestion du risque maladie afin de favoriser des actions coordonnées en particulier AMO-AMC.*

En conséquence, le Conseil rend un avis défavorable sur le PLFSS pour 2021.

Délibération adoptée à la majorité