

Que retenir de la LFSS pour 2017 ?

SOMMAIRE

1. Économie générale du texte
2. Évolutions de la protection sociale
3. Mesures en faveur de l'accès aux soins

Texte d'année électorale adopté en lecture définitive par l'Assemblée nationale le 5 décembre 2016, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2017 ne comporte pas de bouleversement majeur pour les organismes complémentaires. L'instauration par le Parlement des clauses de co-désignation en prévoyance a en effet été censurée par le Conseil Constitutionnel.

Un certain nombre d'évolutions portées par le texte méritent cependant d'être considérées de manière attentive par les OCAM, telles que l'accent mis sur la prévention, l'évolution du financement de l'innovation thérapeutique ou encore la montée en charge des expérimentations télémédecine.

Nous vous en proposons une synthèse centrée sur l'économie générale du texte, les mesures concernant la protection sociale et les mesures visant à favoriser l'accès à des soins de qualité.

1. Économie générale du texte

1. Une Sécurité sociale en équilibre financier... ou presque

Le déficit du régime général de Sécurité sociale est estimé à **-3,4 Mds€ en 2016** contre -6 Mds€ initialement prévus dans la LFSS 2016. Pour 2017, le gouvernement annonce un déficit à moins de **400 M€**.

Ces annonces positives doivent néanmoins être modérées : elle ne tiennent pas compte du déficit du **fonds de solidarité vieillesse (FSV), estimé pour 2016 comme pour 2017 à -3,8 Mds€**. Pour rappel, le FSV comprend notamment le minimum vieillesse, les cotisations des chômeurs ainsi que les majorations de pension pour conjoint et enfants à charge.

Par ailleurs, les recettes annoncées par le gouvernement intègrent un **produit exceptionnel discutable de CSG** d'un montant de 700 M€, qui ne correspond pas à une recette d'Assurance maladie.

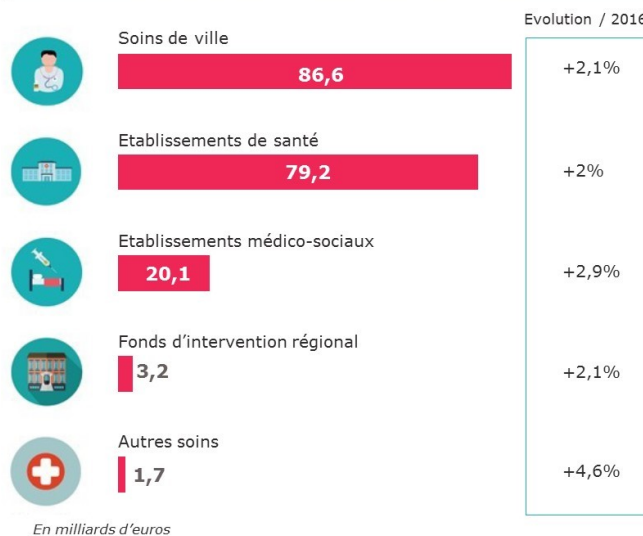
Enfin, le budget de la Sécurité sociale pour 2017 repose sur des **prévisions économiques jugées optimistes** par le Haut Conseil des Finances Publiques.

2. Un ONDAM supérieur aux années précédentes

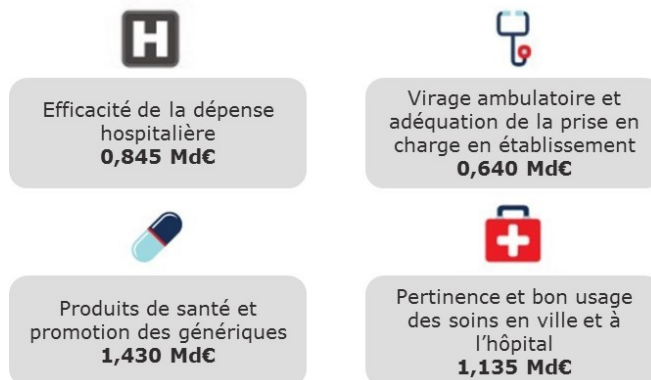
L'**ONDAM pour 2017 est fixé à 2,1%** (contre 1,75% pour 2016), soit une dépense totale de **190,7 Mds€**.

Ce chiffre ne sera atteint que sous réserve de réaliser **4,05 Mds€ d'économies** en 2017. Celles-ci portent principalement sur l'**hôpital** (notamment via l'optimisation des achats attendue des GHT, le développement de l'ambulatoire et l'optimisation des parcours) et le **médicament** (baisses de prix, promotion des génériques...), des leviers d'économies déjà largement sollicités au cours des années passées.

Une dépense de santé cible de 190,7 Mds € pour 2017 soit 2,1% de progression



4,05 milliards d'euros d'économies à réaliser en 2017 pour atteindre l'ONDAM



2. Évolutions de la protection sociale

1. Tiers-payant généralisé confirmé, co-désignation censurée

La réforme du **tiers-payant généralisé**, dont le Sénat avait temporairement voté l'abrogation, a bien été maintenue. La première étape de mise en œuvre de la généralisation du tiers-payant a ainsi pris effet au 1er janvier 2017 : les médecins sont désormais légalement tenus d'accepter toute demande de tiers-payant pour les patients en ALD et les femmes enceintes à partir du sixième mois de grossesse.

Le retour des **clauses de co-désignation en prévoyance** a également été, tout au long de l'examen du texte, au cœur des différents allers-retours entre l'Assemblée nationale et le Sénat. Déjà censurée par le Conseil Constitutionnel en 2013, la mesure avait été rejetée par la chambre haute avant d'être réintroduite et votée par l'Assemblée. L'article 32 de la loi rendait ainsi possible pour un accord de branche d'imposer aux entreprises le prix et les modalités de la protection mais également le choix de l'organisme de prévoyance - en imposant toutefois à la branche de **proposer au moins deux organismes de prévoyance**, dans la lignée des propositions du rapport Libault de 2015. Les entreprises ayant souscrit préalablement un contrat collectif pouvait cependant demeurer auprès de leur organisme de choix.

Saisi par des sénateurs du groupe Les Républicains, le Conseil Constitutionnel a cependant une nouvelle fois **censuré cette disposition** en considérant qu'elle s'apparentait à un cavalier social — donc une disposition ne relevant pas du domaine de la LFSS.

2. Une poursuite de la refonte de la protection sociale pour les travailleurs indépendants

La LFSS prévoit une **réduction dégressive des cotisations** d'assurance maladie et maternité pour les travailleurs **indépendants aux revenus modestes** à partir du 1er janvier 2017 (article 11). Cette mesure, constituant un effort financier de 150 millions d'euros, concernera 1,8 million de travailleurs indépendants.

L'article 50 prévoit quant à lui la création d'un **régime de retraite unique** ouvert à l'ensemble des entrepreneurs, artisans et commerçants et à certains professionnels libéraux ne relevant pas des professions encadrées. La fusion du régime de retraite des professions artisanales avec celui des professions industrielles et commerciales est intervenue au 1er janvier 2017.

L'organisation du recouvrement des cotisations et contributions sociales des indépendants évolue également (article 16). Le dispositif de l'Interlocuteur Social Unique (ISU) mis en place en 2008 est abrogé. A sa place est nommé conjointement par les directeurs du Régime Social des Indépendants (RSI) et de l'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS) un **Directeur National du Recouvrement**.



Celui-ci sera en charge du pilotage et de l'organisation du recouvrement. Ce changement s'accompagnera d'une évolution des systèmes d'information impliqués.

3. Pérennisation du versement santé par DUE à destination des travailleurs précaires

La possibilité pour le chef d'entreprise de prendre en charge, **par voie de décision unilatérale**, la couverture santé complémentaire individuelle des salariés en contrats courts ou à temps très partiel non couverts par un contrat collectif et obligatoire est pérennisée. Dans certains secteurs, elle pourrait concerner une part importante des contrats.

3. Mesures en faveur de l'accès aux soins

1. Le renforcement de la logique de prévention

Les **crédits alloués à la prévention** dans le cadre du Fonds d'intervention régional (FIR), en augmentation régulière ces dernières années, devraient notamment être affectés à la diffusion d'autotests et de traitements pré et post exposition du VIH et de l'hépatite B. Ils financeront aussi la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus prévue dans le 3e plan cancer.

Les outils de **lutte contre le tabagisme** seront aussi renforcés (articles 28 et 29). Les mesures votées dans la LFSS, **exclusivement fiscales**, consistent à augmenter la fiscalité sur les tabacs à rouler, dont les ventes sont en hausse, et à créer une contribution sur le chiffre d'affaires des fournisseurs agréés de tabac, dont le rendement, estimé à 130 M€, contribuera au financement du fonds de lutte contre le tabagisme.

Des expérimentations pourront être menées pour améliorer la prise en charge et le suivi des **jeunes en souffrance psychique** : les consultations réalisées dans ce cadre par les psychologues seront prises en charge par le FIR.

Enfin, les pharmaciens pourront, à titre expérimental pour une durée de 3 ans et sur décision de l'ARS, administrer le **vaccin contre la grippe** saisonnière aux adultes. Les conditions de réalisation de l'expérimentation seront précisées par décret.

Le rapport annuel de la Cour des Comptes sur la Sécurité Sociale de 2016 avait jugé la **santé bucco-dentaire** des Français « médiocre ». Partant du constat que la part des soins dentaires prise en charge par la Sécurité sociale est inférieure à celle prise en charge par les OCAM (37% contre 40,3%) et que les ménages ont un reste à charge élevé sur ce poste (22,7%), le Gouvernement a profité du calendrier législatif et des négociations concomitantes concernant le quatrième avenant à la convention dentaire pour annoncer le **lancement d'un plan pluriannuel pour l'accessibilité des soins dentaires**, reposant principalement sur :

€ La revalorisation de certains actes, notamment des soins conservateurs, dans une logique de prévention

✋ L'encadrement des dépassements d'honoraires pour les actes à entente directe

A noter, l'ambition annoncée de la ministre de la santé est bien d'augmenter significativement la part prise en charge par l'AMO sur ce poste.

A court terme figurent dans la LFSS **deux mesures** :

- **Prévention dentaire chez les jeunes** : dans l'année suivant leur 9e, 15e, 18e, 21e et 24e anniversaires, les assurés bénéficient d'un examen bucco-dentaire de prévention entièrement pris en charge, ainsi que les soins consécutifs.
- **Introduction d'un règlement arbitral** en cas d'échec des négociations sur l'avenant à la convention dentaire au 1er février 2017. Les partenaires n'ayant de fait pas réussi à s'accorder, un arbitre a été nommé et son arbitrage est désormais attendu sous un mois.

Des mesures complémentaires devraient figurer dans l'avenant à la convention dentaire.

Si ces mesures dispersées en matière de prévention peuvent sembler relever du saupoudrage, il n'en reste pas moins que le virage du système de santé vers davantage de prévention, pour le moment resté relativement incantatoire, constitue une tendance à suivre pour les OCAM :

- La nouvelle **convention médicale** renforce la dynamique de prévention en confirmant le rôle des médecins dans les actions de promotion de la santé, de dépistage et de sensibilisation.
- Les **programmes des candidats** à l'élection présidentielle insistent également, de manière assez consensuelle, sur la nécessité de densifier les efforts financiers et les actions en la matière.

Pour les OCAM, le positionnement face à cette tendance de fond est complexe. Il s'agit :

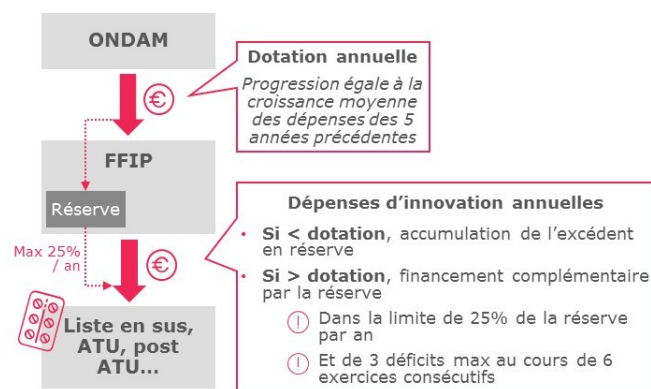
- De penser une articulation pertinente de leur action avec le régime obligatoire
- De faire la démonstration de la valeur apportée à leurs propres bénéficiaires
- De réussir à déployer des actions efficaces

2. La garantie de l'accès aux médicaments innovants

En 2016, 33 Md€ ont été dépensés par l'Assurance Maladie dans la prise en charge des produits de santé. L'objectif du Gouvernement est de **stabiliser les dépenses** liées au remboursement des médicaments sur la période 2015-2017 tout en **favorisant l'accès aux thérapies innovantes**.

Afin de lisser dans le temps les fluctuations annuelles de dépenses liées à l'innovation est ainsi créé un **fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP)**, qui prendra en charge les dépenses liées à la liste en sus, aux autorisations temporaires d'utilisation (ATU) et dispositifs post-ATU, ainsi que les médicaments rétrocedés par les pharmacies à usage interne des établissements hospitaliers (article 95).

Le FFIP : schéma de financement



Les **rules concernant les ATU** évoluent également :


- Jusqu'à présent, lorsqu'un médicament en ATU obtenait une inscription au remboursement pour l'une de ses indications, l'ATU tombait aussi pour les éventuelles autres indications pour lesquelles l'ATU était valable. **L'ATU sera désormais prolongée pour les indications restantes.**
- Les **incitations à la maîtrise des prix** des produits en ATU, fixés librement par les industriels, sont renforcées et un plafond d'indemnités est créé.


Le **dispositif W**, créé avec l'arrivée du Sovaldi contre l'hépatite C et conduisant les laboratoires à reverser une partie du chiffre d'affaires dépassant un seuil défini par la loi, est par ailleurs reconduit pour 2017.


La question du financement de l'innovation, traitée par les pouvoirs publics et les industriels avec un rapport de force non évident, reste entière — tout comme le rôle que pourraient jouer les OCAM sur ce sujet.

3. L'évolution du système de soins

En matière de **télémedecine**, la LFSS (article 91) :

 **Prolonge d'un an la durée des expérimentations de télémedecine prévues par l'article 36 de la LFSS 2014**

 **Élargit ces expérimentations à l'ensemble des régions de France**

 **Prévoit de financer les coûts associés pour les établissements requérant des actes de télémedecine**

Les pouvoirs publics espèrent ainsi élargir le nombre de professionnels de santé et de patients éligibles et sécuriser l'évaluation qui sera faite de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation.

Pour rappel, le dispositif permet aux acteurs publics et privés de proposer aux ARS des expérimentations de télémedecine respectant des **cahiers des charges** précis et de bénéficier d'un **parcours réglementaire accéléré** et d'une **prise en charge des actes** par la Sécurité sociale.

L'article 92 concernant le **télesuivi de l'observance** des patients atteints de certaines maladies chroniques prévoit que les données issues d'un dispositif médical électronique pourront être transmises avec l'accord du patient au prestataire et au médecin prescripteur afin d'optimiser la prise en charge.

Ces décisions témoignent de la volonté persistante des autorités d'encourager le développement de la télémédecine **dans un cadre sécurisé**. Pour les OCAM, la question se pose tant de leur engagement dans des projets de télémédecine que de la prise en charge de ces actes.

Les expérimentations **PAERPA** autour du parcours de soins de la personne âgée sont également prolongées 2 ans, jusqu'à fin 2018.

Enfin, le financement des établissements de santé évolue avec la création d'un **niveau de tarification intermédiaire** entre la prise en charge externe et l'hospitalisation de jour pour certains actes de chirurgie et médicaux réalisés en **ambulatoire**, afin de soutenir le développement de cette pratique.

Les **activités de soins critiques** (réanimation, soins intensifs...) évoluent également vers un modèle mixte combinant financement à l'activité et forfaitaire afin de lisser le financement d'une activité à forts coûts fixes.

Les conditions d'application des mesures concernant l'évolution du financement des établissements de santé seront définies par décret en Conseil d'Etat.

Les points à retenir de la LFSS pour 2017



Un ONDAM 2017 à **2,1%**



Des économies importantes demandées à l'**hôpital** et au **médicament**



Pas de co-désignation en prévoyance du fait de la censure du Conseil Constitutionnel



Le maintien du tiers-payant généralisé



La mise en place du **FFIP** pour répondre au défi de la prise en charge de l'innovation thérapeutique



L'élargissement et la prorogation des expérimentations **télémédecine**



A l'hôpital, la création d'un niveau de tarification intermédiaire dédié à certains **actes en ambulatoire**

NOTRE EXPERTISE

OpusLine vous accompagne pour tirer parti de ces évolutions



Interprétation des évolutions réglementaires et de leurs impacts sur votre stratégie



Transformation des évolutions réglementaires en opportunités :

- Vision stratégique
- Plans de transformation
- Création d'offres et de services

OpusLine est un cabinet de conseil en stratégie et management dédié au secteur de la santé.

Plus de 55 consultants spécialisés, au service de vos projets, de la stratégie à la mise en œuvre opérationnelle.

POUR EN SAVOIR PLUS :

Alix Pradère

06 60 11 95 52

alix.pradere@opusline.fr

Vanessa Mendel-Kopelman

07 63 30 11 78

vanessa.mendel@opusline.fr

Audrey Berling-Eeckhout

07 63 30 11 81

audrey.berling@opusline.fr

Joëlle Bouet

07 87 94 03 11

joelle.bouet@opusline.fr

Olivier Floch

06 37 99 28 64

olivier.floch@opusline.fr