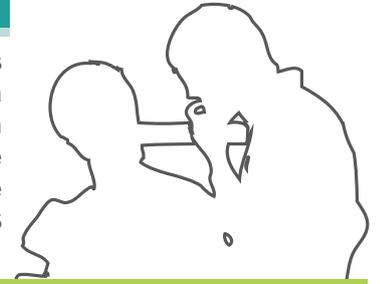


Les membres du Conseil d'Orientation Scientifique de l'IPS se sont retrouvés les 7 et 8 juillet afin de poursuivre leur travaux relatifs aux nouveaux territoires de la protection sociale. Comment réformer le RSI pour en faire un lieu d'expérimentation pour la protection sociale française ? Comment définir une protection sociale adaptée à la nouvelle économie ? Comment réformer notre système de retraite pour l'adapter aux nouveaux enjeux sociétaux ? ... sont autant d'enjeux que l'IPS portera dans les mois à venir auprès des candidats à la présidentielle de 2017.



2^{èmes} ENTRETIENS de l'IPS

L'Institut de la Protection Sociale a organisé un déjeuner débat avec Eric WOERTH, secrétaire général des Républicains, chargé du projet LR pour la présidentielle 2017, député de l'Oise, le jeudi 23 juin dernier. Le projet des Républicains souhaite notamment améliorer la politique de prévention et le traitement des maladies chroniques.

p.2

Retraite

Rapport du COR l'équilibre des régimes pourrait intervenir au milieu de la prochaine décennie **p.3**



Santé

E-santé Marisol Tourain présente la stratégie nationale **p.4**



Budget

Finances sociales « les principaux défis relatifs à la soutenabilité financière des comptes sociaux restent à relever ». **p.7**

AGENDA

L'ACTUALITE de la protection sociale des mois à venir **p.11**



SANTÉ

Accès aux soins en France, la fracture sanitaire s'aggrave

30 millions de citoyens, soit la moitié de la population française, ont vu reculer leur accès aux soins au cours des quatre dernières années. « Les déserts médicaux n'ont, depuis vingt ans, cessé de progresser et les quelques thérapeutiques proposées sont plus qu'insuffisantes ».

p.9

Les réformes en demi-teinte de la complémentaire santé

par Bruno Chrétien, Président de l'IPS

L'IGAS vient de remettre son rapport au gouvernement sur les aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé. Dans le cadre de ce travail, l'IGAS a dressé un premier bilan des réformes ayant dernièrement impacté le secteur (généralisation de la complémentaire santé pour les salariés, réforme de l'ACS, ...). Des réflexions instructives et parfois surprenantes...

p.10

2^{èmes} ENTRETIENS DE L'IPS

Eric Woerth, Secrétaire Général des Républicains, chargé du projet LR pour la présidentielle 2017 a présidé le jeudi 23 juin à Paris, les 2^{èmes} Entretiens de l'IPS.



Le projet des Républicains souhaite améliorer la politique de prévention et le traitement des maladies chroniques. Il est essentiel de mieux organiser le parcours de soin – aujourd'hui à géométrie variable selon les domaines, à titre d'exemple il est peu organisé à ce jour sur des pathologies telles que le diabète. Les Républicains promeuvent également la mise en place d'une allocation sociale unique, qui puisse remplacer la multiplicité des allocations sociales telles que les allocations familiales, le RSA ou les aides au logement, et qui serait versée en fonction des critères de revenus et du nombre de personnes à charge.

Enfin, Eric Woerth préconise d'instaurer un régime de retraite par points, qui constituerait un dispositif plus sain et plus lisible, que ce soit pour les gestionnaires et les cotisants.

Eric Woerth est revenu sur son expérience au sein du cabinet d'Alain Juppé – il se souvient avoir vu la France se bloquer, donnant par la suite naissance aux 35h. S'il est selon lui important de réformer la France en profondeur, il est également important de veiller à la concomitance des réformes pour ne pas bloquer le pays.

Si le candidat des Républicains était élu en 2017, le projet du parti prévoit d'ores et déjà un calendrier de réformes pour les premiers mois du quinquennat : un projet de loi fiscale dès le mois de juillet, avec des propositions sur la fiscalité du capital et du travail, la transmission d'entreprises... ainsi qu'une réforme du dialogue social. Eric Woerth indique qu'il est parfaitement possible de faire passer ces mesures lors du premier semestre du quinquennat, en ne légiférant pas par ordonnances.

L'IPS RECU PAR LES DÉCIDEURS POLITIQUES

Objectif : Agir à la source du droit.

L'IPS diffuse ses propositions de réforme auprès des représentants politiques et institutionnels et obtient des résultats.

07 juin 2016

Rencontre avec **Mireille ELBAUM** - Présidente du Haut Conseil pour le Financement de la Protection Sociale
Représentants IPS : **Sophie GREA**, Responsable Service Technique, Factorielles - **Serge ANOUCHIAN**, Expert-Comptable et Commissaire aux Comptes, Président, My Fides - **Antoine MONTANT**, Avocat - Directeur du département conseil droit social, Fiducial Sofiral

L'IPS DANS LA PRESSE

→ **L'Agéfi Actifs 10/06/2016**

PRÉVOYANCE RETRAITE « Il y a urgence à sauver le système de protection sociale »

→ **Les Echos 10/06/2016**

L'ACTUALITE DESTHINKTANKS

Protection sociale : un cocktail de réformes

→ **L'Opinion 16/06/2016**

Selon la direction du Trésor, l'existence d'un salaire minimum limite la concurrence sociale Le smic, régulateur

inattendu du travail détaché

→ **L'Argus de l'Assurance 17/06/2016**

Protection sociale - Élection présidentielle - TNS LIPS propose des pistes de réforme

→ **Les Echos 20/06/2016**

L'irrésistible ascension des autoentrepreneurs chez les travailleurs indépendants

10

C'est le nombre de parutions publiées dans la presse en juin 2016

Retrouvez toutes les parutions de l'IPS
<http://www.institut-de-la-protection-sociale.fr/dans-les-medias.html>

Le Comité de suivi des retraites remet son rapport



Le Comité de suivi des retraites a rendu son troisième rapport au Premier ministre le 11 juillet. Ce comité composé de cinq membres, créé en 2014

pour suivre l'application de la réforme des retraites signale une « amélioration lente mais sensible » de l'équation financière du système de retraites.

Manuel VALLS s'est félicité que le système de retraites soit « sur la voie d'un équilibre financier durable ». Marisol TOURAINE est allée plus loin affirmant que « la question de l'âge du départ en retraite n'a plus aujourd'hui de raison d'être posée » alors que les principaux candidats de la primaire de la droite s'engagent à reculer l'âge de départ en retraite.

Selon le rapport, l'équilibre des régimes pourrait intervenir au milieu de la prochaine décennie en cas de croissance à 1,5% par an.

En revanche, si la croissance stagnait à 1%, le système des retraites afficherait un déficit équivalent à 0,5% du PIB en 2040.

Yannick MOREAU, présidente du Comité de suivi, préconise un rapprochement des modes de calcul des différents régimes et une harmonisation des avantages familiaux et des pensions de réversion.

C3P

Une instruction interministérielle détaille les règles de fonctionnement du compte personnel de prévention de la pénibilité

Le 20 juin, a été publiée une instruction conjointe des ministères de la santé, du travail et de l'agriculture relative à la mise en place du compte personnel de prévention de la pénibilité. Cette instruction interministérielle expose en particulier les mesures transitoires applicables pour cette année, mais aussi les règles qui seront applicables à long terme.

Cette instruction, qui s'applique sans délai, est à destination de :

- la Caisse nationale d'assurance vieillesse
- la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
- l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale
- la Caisse nationale d'assurance maladie
- les Directeurs régionaux des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
- les Directeurs des entre-

prises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi.

Les six derniers facteurs de pénibilité sont entrés en vigueur le 1er juillet : les manutentions manuelles de charge, les postures pénibles, les vibrations mécaniques, les agents chimiques dangereux, les températures extrêmes et le bruit .

Ce dispositif concerne tous les salariés des employeurs de droit privé à l'exception des salariés affiliés à un régime spécial de retraite comportant un dispositif spécifique de reconnaissance et de compensation de la pénibilité et des travailleurs détachés en France.

Cette instruction précise notamment comment est appréciée l'exposition à la pénibilité selon trois cas de figures :

→ Il n'existe pas d'accord collectif de branche étendu : L'employeur évalue l'exposition de ses salariés à la pénibilité, au-delà de ces seuils,

au regard des conditions habituelles de travail caractérisant le poste occupé, telles qu'elles se révèlent être en moyenne au cours de l'année.

→ Il existe un référentiel professionnel de branche homologué dans la branche de l'employeur qui caractérise les postes, métiers ou situations de travail, exposés à la pénibilité : l'employeur peut utiliser cette caractérisation des postes métiers ou situations de travail exposés aux facteurs de pénibilité au-delà des seuils ou choisir d'utiliser son propre dispositif d'évaluation des risques et d'identification des salariés exposés.

→ Il existe un accord collectif de branche étendu qui caractérise les postes, métiers ou situations de travail exposés à la pénibilité : l'employeur doit utiliser cette caractérisation, qui prend en compte les mesures de protection collective ou individuelle, pour déclarer les

expositions des travailleurs. Cependant, si l'employeur a, antérieurement à la conclusion de l'accord, mis en place son propre dispositif d'évaluation des risques et d'identification des salariés exposés, dans le cadre précisé ci-dessus, il pourra continuer à se fonder sur ce dernier pour ses déclarations ultérieures dès lors que ce dispositif n'est pas contradictoire avec celui de l'accord collectif.

Le Ministère du travail pilotera un groupe d'appui technique, chargé d'accompagner les branches dans le processus d'élaboration des référentiels.

Le président du Medef, Pierre Gattaz, juge ces nouveaux critères « inapplicables » et a menacé de ne pas les appliquer. Ces critiques ont été reprises par les candidats à la primaire de la droite et du centre qui proposent tous de supprimer le compte pénibilité en 2017.

E-santé : Marisol TOURAINE présente la stratégie nationale



Marisol TOURAINE, ministre des Affaires sociales et de la Santé, a présenté, le 4 juillet, la stratégie nationale e-santé 2020. Cette dernière a pour ambition d'agir pour mobiliser les ressources du numérique à grande échelle au service des citoyens, usagers de notre système de santé.

La stratégie nationale e-santé 2020 s'articule autour de quatre grandes priorités :

→développer la médecine connectée à travers un « **plan « big data »** en santé. Ce plan permettra par exemple la mise au point de nouvelles applications de suivi à distance ou d'interprétation des données médicales pour assister les médecins dans leurs diagnostics.

→encourager la **co-innovation entre professionnels de santé, citoyens et acteurs économiques par le lancement d'appels à pro-**

jets dédiés à l'e-santé ou le développement de living labs afin d'imaginer, en lien direct avec les utilisateurs, la médecine de demain (outils de télémédecine, applications de suivi des traitements, etc.).

→**simplifier les démarches administratives des patients** (admission, prise de rendez-vous en ligne, etc.) et outiller la démocratie sanitaire à l'aide d'une plateforme numérique facilitant la consultation et la participation des usagers.

→renforcer la sécurité des systèmes d'information en santé grâce à un plan d'action dédié.

Marisol TOURAINE a annoncé la mise en place à l'automne 2016 d'un conseil stratégique pour piloter la stratégie e-santé 2020. Il ré-

unira des représentants des professionnels du secteur, des usagers, des industriels et les institutions publiques qui concourent à sa mise en œuvre.

La ministre de la santé avait par ailleurs annoncé, en mai dernier, un plan d'investissement de 2 milliards d'euros dont l'un des volets porte sur le numérique et les systèmes d'information dans les territoires.

« La rencontre entre le numérique et la santé est une promesse pour les patients, les professionnels et le système de santé dans son ensemble. Cette stratégie permettra à la France d'entrer pleinement dans l'ère de la médecine digitale » a déclaré Marisol TOURAINE.

Marisol TOURAINE annonce 130 GHT (Groupements hospitaliers de territoire)



La ministre de la santé, Marisol TOURAINE, a annoncé le 30 juin que 130 Groupements hospitaliers de territoire (GHT) de « nature très variable » devraient être constitués au 1er juillet 2016. « **Les GHT iront de 2 à 20 établissements, comme dans les Bouches-du-Rhône et de 50 000 habitants à plus de 2 millions** », a indiqué la ministre.

Une dizaine d'hôpitaux psychiatriques seront en « situation dérogatoire » et n'appartiendront à aucun GHT, ainsi que « moins de dix établissements généraux », comme le centre hospitalier d'ophtalmologie du Quinze-Vingts à Paris, a-t-elle précisé.

« Les ARS ont tenu compte des spécificités locales », a souligné Marisol TOURAINE expliquant que « l'habitude de coopération existait plus

dans certains territoires que d'autres ».

« Le processus s'est bien déroulé et chacun des acteurs a pris la mesure des enjeux » de la réforme, s'est réjoui la ministre de la Santé lors de la conférence de presse de présentation du dispositif. « Les discussions se sont passées dans un climat très positif avec des inquiétudes parfois », a-t-elle concédé. Plusieurs manifestations

d'élus, de personnels hospitaliers et d'habitants craignant que la réforme ne conduise à la fermeture de services et ne favorise les plus grands établissements au détriment des plus petits se sont en effet déroulées ces dernières semaines.

Le 1er juillet marque la première étape du déploiement des GHT, qui doit s'étaler jusqu'en 2021. Ces groupements consistent, sur un territoire donné, à prendre en charge de manière « graduée » les patients grâce à une mutualisation des moyens. Tous les hôpitaux publics ont l'obligation de rejoindre l'un de ces GHT, organisés autour d'un projet médical partagé décrivant la prise en charge des patients par filières.

Loi Vieillessement : moins de six mois après son adoption, les principales mesures sont entrées en vigueur

Marisol TOURAINE et Pascale BOISTARD, la secrétaire d'Etat chargée des personnes âgées et de l'autonomie, ont présenté en Conseil des ministres le 15 juin 2016 une communication sur la mise en œuvre de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.



Une communication en forme de premier bilan, un peu moins de six mois après l'entrée en vigueur de la majeure partie des dispositions de la loi.

Les deux ministres se sont félicités de la mise en œuvre de cette réforme indiquant que « les décrets

paraissent selon le calendrier prévu ». Ainsi, la communication présentée en Conseil des ministres précise que « tous les textes sur la compensation financière et sur l'aide et l'accompagnement à domicile ont été publiés ». Concernant l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), un décret du 28 février a précisé les règles encadrant ce dispositif. Ce décret prévoit notamment une augmentation des

plafonds de l'APA de 100, 150, 250 et 400 € pour les personnes en fonction de leur degré de dépendance. Afin de réduire le reste à charge des bénéficiaires de l'APA, il réforme le barème de participation financière des bénéficiaires. Il fixe les conditions de mise en œuvre de l'allocation et la participation du bénéficiaire forfaitaires en cas de recours à un service d'aide et d'accompagnement à domi-

cile financé par forfait global dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Il supprime la majoration de la participation du bénéficiaire prévue en cas de recours à un salarié en emploi direct ne répondant pas aux exigences de qualification ou d'expérience fixées par arrêté. Le décret fixe enfin les montants des plans d'aide au-delà desquels la situation des bénéficiaires doit faire l'objet d'un réexamen et le cas échéant d'une révision de leurs droits compte tenu de la revalorisation des plafonds d'aide prévus par la réforme et de la création d'un « droit » au répit pour les proches aidants.

Extension du tiers payant aux malades en affection de longue durée et aux femmes enceintes

Depuis le 1er juillet, plusieurs millions de patients supplémentaires (désormais 15 millions de Français peuvent bénéficier de la dispense d'avance de frais) n'ont plus rien à déboursier lorsqu'ils se rendent chez leur médecin.

La généralisation du tiers payant, prévue par la « loi de modernisation de notre système de santé » – s'étend progressivement à tous les Français. Les patients atteints d'affections de longue durée (ALD) (cancer, diabète, maladie neurodégénérative...) ainsi que les femmes enceintes peuvent à présent bénéficier de la dispense.

La ministre de la santé a annoncé l'ouverture d'une plate-forme téléphonique d'accompagnement des

professionnels dès le 4 juillet. « Je suis convaincue que nous assisterons progressivement à une augmentation des prises en charge en tiers payant », a-t-elle expliqué. Cette nouvelle étape ne concerne pas les compléments santé, puisque ces soins sont pris en charge à 100 % par l'assurance-maladie obligatoire. Dans un entretien au Quotidien du médecin, Nicolas Revel, directeur général de l'Assurance maladie, garantit aux praticiens des solutions pour rendre la dispense d'avance de frais « plus simple, plus rapide et plus fiable ».

Depuis septembre 2015, la proportion d'actes en tiers payant est passée de 50 % à 72 % chez les médecins généralistes, et de 30 % à 50 % chez les dentistes.

La généralisation du tiers payant aux affections de

longue durée ne signifie pas la disparition des franchises. En effet, jusqu'à présent, pour les récupérer, la Sécurité sociale minorait les remboursements ultérieurs sur des consultations sans tiers payant. Désormais, la Sécurité sociale va facturer directement les patients. Ils pourront alors régler leur dû par Internet ou alors lui donner une autorisation de prélèvement. Dans le cas inverse, ils prennent le risque de perdre leur droit au tiers payant.

La loi santé, promulguée en janvier 2016, prévoit que tous les patients pourront demander le tiers payant pour la partie remboursée par l'Assurance maladie dès le 1er janvier 2017. La généralisation du tiers payant à tous les Français devrait intervenir le 30 novembre 2017. Avant le 30

septembre 2017, un rapport sur les conditions de l'application de cette disposition sera remis au Gouvernement par les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance.

Toutefois, il se peut que cette mesure n'entre pas en application en cas d'alternance politique en 2017. En effet, tous les principaux candidats à la primaire de la droite et du centre prônent la suppression immédiate de la généralisation du tiers payant. Ainsi, selon Alain Juppé, « plus de responsabilité, c'est également le refus d'une gratuité fictive des soins comme celle que veut instaurer le Gouvernement avec la réforme du tiers-payant programmée pour novembre 2017 ».

Travailleurs détachés : Question de Frédérique ESPAGNAC à Myriam EL KHOMRI



Lors des questions au gouvernement du 7 juillet au Sénat, Frédéric ESPAGNAC (Sénatrice socialiste des Pyrénées-Atlantiques) a interrogé le Gouvernement sur la directive européenne relative aux travailleurs détachés, suite aux déclarations de Manuel VALLS.

Frédéric ESPAGNAC souligne que ce dispositif permet de travailler dans un autre Etat membre « tout en étant soumis aux cotisations sociales de leur pays d'origine. » Elle a également évoqué les nouvelles données publiées démontrant que « les salariés rémunérés au SMIC de notre pays coûtent aujourd'hui moins en cotisations patronales que

les salariés de nombreux autres pays européens bénéficiant des mêmes niveaux de salaire ».

La sénatrice socialiste prône l'application du principe « à travail égal, salaire égal » mais estime que « le Brexit ralentit actuellement le processus ».

La ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, Myriam EL KHOMRI rappelle que la France est le troisième pays d'envoi de travailleurs détachés. Elle affirme que « la fraude au détachement de travailleurs érode notre modèle social et constitue une forme de concurrence déloyale ». Elle annonce que Manuel Valls lui a demandé d'aller à Bratislava le 14 juillet pour la réunion des ministres du travail européen afin d'expliquer la position française ». La France souhaite notamment « l'interdiction de la pratique inacceptable du double détachement de travailleurs intérimaires et l'inscription de l'hébergement dans le « noyau dur » des droits. »

Mercredi 13 juillet, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale examine une proposition de résolution européenne de Gilles SAVARY (SER Gironde) sur le détachement de travailleurs. Cette proposition de résolution européenne se félicite que la Commission européenne place sa proposition de révision de la directive « détachement » sous le principe directeur « salaire égal pour travail égal », mais « fait observer que le détachement ne permet pas de satisfaire au principe économique « coût égal pour salaire égal », du fait que les charges sociales sont acquittées dans le pays d'envoi, et considère en conséquence que le détachement ne doit pas constituer un marché du travail parallèle ».

La Commission européenne devrait décider le 20 juillet si elle poursuit ou non la réforme de la directive sur les travailleurs détachés suite à l'opposition de onze Etats membres, essentiellement d'Europe de l'Est.

LOI SAPIN 2

Le Projet de loi relatif à la transparence, la lutte contre la corruption et la modernisation, dit Projet de loi Sapin 2, a été adopté le 8 juillet par le Sénat.

Le Sénat a adopté un texte légèrement remanié, notamment sur la question des lanceurs d'alerte privilégiant entre autres le recours au juge judiciaire et au parquet national au lieu de créer de nouveaux dispositifs.

Une Commission Mixte Paritaire (CMP) doit maintenant se réunir, en septembre, afin que députés et sénateurs tentent de trouver un accord entre les deux versions du texte issues de l'Assemblée nationale et du Sénat. En cas d'échec de cette CMP, le Projet de loi Sapin 2 reviendra devant chacune des chambres pour une nouvelle lecture.

L'article 33 bis intègre de nouveaux alinéas à l'article L144-2 du code de l'assurance relatif au plan d'épargne retraite populaire. Alors que la condition de ressources afin de pouvoir racheter un « mini-PERP » avait été supprimée lors de l'examen Commission des lois par le rapporteur, un amendement du Gouvernement adopté en séance publique réintroduit la condition de revenu suffisant pour bénéficier de la nouvelle possibilité de sortie en capital pour les plans épargne retraite populaire (PERP) de faible encours.

Examen du PLFSS

L'Assemblée Nationale désigne les rapporteurs pour 2017

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE 2017

Le 30 juin 2016, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a procédé à la désignation des rapporteurs pour le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.

Recettes et équilibre général

→ Gérard BAPT (SER Haute-Garonne)

Assurance maladie

→ Michèle DELAUNAY (SER Gironde)

Secteur médico-social

→ Philip CORDERY (SER Français établis hors de France)

Vieillesse

→ Annie Le HOUEROU (SER Côtes-d'Armor)

Accident du travail – maladies professionnelles

→ Arnaud VIALA (LR Aveyron)

Famille

→ Marie-Françoise CLERGEAU (SER Loire-Atlantique)

Rapport d'information sur la situation des finances sociales



La mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) a confié au rapporteur général du Sénat, Jean-Marie VANLERENBERGHE (Sénateur UDI du Pas-de-Calais), le soin de dresser, à l'occasion du débat d'orientation des finances publiques, un premier bilan des comptes sociaux et des équilibres généraux de la loi de financement de l'année précédente.

Ce rapport d'information a été présenté en commission des affaires sociales au Sénat le 29 juin. Il s'intitule « l'équilibre des comptes sociaux : un objectif fragilisé par les dépenses nouvelles ».

Le rapport souligne que pour la quatorzième année consécutive, le régime général de la sécurité sociale et le fonds de solidarité vieillesse étaient en déficit en 2015, de plus de 10 milliards d'euros. Le rapporteur regrette que « notre pays continue de s'accommoder du financement de dépenses courantes par du déficit et du report de cette charge sur les générations futures ».

Le rapport met en avant le fait que la baisse des dépenses en matière sociale est inférieure à ce qui était prévu. En effet, alors que le plan d'économies de 50 milliards d'euros sur la période 2015-2017 prévoyait initialement 9,6 milliards sur le périmètre des administrations de sécurité sociale, il a été révisé portant à 6,4 milliards d'euros les économies sur le champ des administrations de sécurité sociale, à 50 % sur l'Ondam.

Si le déficit, qui avait triplé entre 2008 et 2010 pour atteindre près de 30 milliards d'euros, a retrouvé son niveau d'avant-crise, le fait de contribuer à alimenter une dette sociale toujours plus lourde est une « profonde anomalie » selon le rapporteur général. Ainsi, la contribution des administrations de sécurité sociale à la dette publique a augmenté de 3,6 milliards d'euros en 2015 pour s'établir à 220,3 milliards d'euros, soit 10,1% du PIB, une proportion stable par rapport à 2014. L'ensemble constitué de la branche vieillesse et du FSV présente toujours une situation « préoccupante ». Pour Jean-Marie VANLERENBERGHE, « les principaux défis relatifs à la soutenabilité financière des comptes sociaux restent à relever ».

Rapport d'information sur la politique du médicament



La commission des affaires sociales du Sénat a examiné un rapport d'information le 29 juin sur la politique du médicament. Signé des sénateurs Gilbert BARBIER (RDSE) et Yves DAUDIGNY (Socialiste et Républicain), ce rapport sur la politique du médicament était destiné à déterminer comment garantir l'accès de tous les malades aux médicaments les plus efficaces.

Après plusieurs mois de travaux et l'audition de la plupart des acteurs du secteur (ONG, médecins, pharmaciens, assurance maladie, lanceurs d'alerte), les rapporteurs ont émis une dizaine de propositions afin d'améliorer la politique du médicament. Parmi les principales propositions :

→ Combiner les avis de la commission de la transparence en cas de déremboursement avec des recommandations permettant d'assurer la meilleure prise en charge du patient tout en limitant le report de prescription.

→ Définir une politique de santé publique relative au

développement de l'automédication.

→ Mener une action intergouvernementale avec nos principaux partenaires européens afin de définir un cadre commun de négociation du prix des médicaments les plus onéreux.

→ Prévoir une audition publique annuelle du Ceps devant les commissions des affaires sociales présentant les résultats de la négociation avec les industriels et la comparaison entre les prix du médicament en France et dans les pays voisins.

→ Renforcer la place de l'Assurance maladie au sein du CEPS.

LOI SANTE

La proposition de loi déposée par le député Jean-Pierre DOOR (LR) portant sur l'avenir de notre système de soins a été rejetée par une motion préalable du Groupe Socialiste en séance le 16 juin.

Ce texte, présenté lors d'une niche parlementaire, était l'occasion pour l'opposition de présenter ses propositions en matière de santé à quelques mois de l'élection présidentielle. Il reprenait les principales propositions de la droite telles que la suppression de la généralisation obligatoire du tiers payant, le rétablissement, pour les cliniques qui le souhaitent, de la possibilité d'exercer des missions de service public, la création de plateformes territoriales d'appui de la médecine libérale, destinées à organiser la prise en charge globale des patients relevant de parcours de santé complexe, etc.

Une motion préalable a conduit au rejet de cette proposition, suivant ainsi l'avis de Marisol TOURAINE qui en avait, notamment, dénoncé « l'immobilisme et la friilosité » ainsi que son caractère « régressif ».

Arnaud ROBINET (LR) a quant à lui promis pour dans quelques mois un « débat devant les Français » : « ce sera votre bilan contre notre projet » a-t-il indiqué.

Propositions de l'Institut Montaigne pour remanier le système de santé



L'Institut Montaigne propose une « remise à plat radical » de la gouvernance du système de santé dans un rapport diffusé le 15 juin 2016.

Cinq axes de réflexion sont formulés par le think tank :

→ Faire de l'information et de la transparence des leviers de transformation du système de santé :

Un retard marqué dans l'ouverture des données de santé en France est notamment constaté par le rapport. La

révolution du Big data promet de fortes opportunités d'amélioration de l'offre de soins, en permettant de faire évoluer l'approche sanitaire vers une médecine prédictive et épidémiologique. L'institut Montaigne prend exemple sur l'identification des diabétiques non diagnostiqués qui pourrait être facilitée en développant un suivi à grande échelle du taux de glycémie.

→ Renforcer la gouvernance du système de santé :

Il est préconisé de donner davantage d'autonomie aux établissements de santé publics à travers un nouveau statut leur donnant plus de liberté dans leur gestion budgétaire et administrative tout en renforçant leur responsabilité.

Point central des propositions de l'Institut, le recentrage du rôle de l'État sur la

définition et la conduite de la politique de santé, la fixation des grandes orientations du système, des équilibres économiques et des arbitrages macro-économiques. Il sera garant de la bonne marche du système. Le Parlement définirait les ressources allouées par la collectivité au système de santé à travers le vote de lois de financement pluriannuelles pour avoir une visibilité à plus long terme que les actuelles lois de financement annuelles. La mise en œuvre de la politique et la gestion du risque seraient quant à elles déléguées à un établissement public indépendant.

→ Renforcer la pertinence, la qualité et l'efficacité de l'offre de soins :

Prenant exemple sur plusieurs pays étrangers (Angleterre, Espagne...), l'Institut Montaigne préconise une

gestion par parcours de soins, valorisant les soins de ville et l'intégration entre les différents acteurs de soins.

→ Donner une plus grande place à l'innovation en santé : Parmi les propositions pour développer l'innovation, le rapport évoque l'accélération des procédures d'autorisation, dont les délais se sont considérablement rallongés depuis quelques années ; le renforcement de la capacité à introduire les prises en charges innovantes dans les tarifs et à produire plus rapidement des référentiels d'utilisation simplifiés pour les praticiens.

→ « Clarifier » les places respectives de l'Assurance maladie et des complémentaires santé.

Certification des comptes 2015 du régime général de la sécurité sociale : la Cour des Comptes rend son rapport



La Cour des comptes a rendu public, le 27 juin 2016, son rapport de certification des comptes du régime général pour l'exercice 2015.

Pour la troisième année consécutive, les magistrats de la rue Cambon certifient les comptes de la totalité des entités du régime général

avec 33 réserves, comme en 2014. Si certaines réserves ont été levées ou allégées, notamment sur les branches famille et recouvrement, de nouvelles ont été formulées sur les branches maladie et AT-MP.

La branche maladie a poursuivi en 2015 la rénovation de son dispositif de contrôle interne. La mesure du risque financier résiduel des prestations en nature facturées directement et des indemnités journalières confirme cependant le montant élevé des erreurs de liquidation non corrigées par les dispositifs de contrôle. La provision enregistrée par la branche AT-MP au titre des

contentieux sur les taux de cotisations demeure insuffisamment fiable. L'approfondissement des travaux d'audit a mis en évidence un risque élevé de facturation erronée des actes et consultations externes des établissements publics de santé.

La Cour certifie les comptes combinés 2015 de la branche vieillesse sous quatre réserves et les comptes annuels de la CNAVTS sous deux réserves. La mise en place en 2015 d'une comptabilité auxiliaire a permis de mieux justifier les charges de prestations légales. Le niveau de risque financier résiduel sur les nouvelles attributions de

pension s'améliore légèrement. Un risque significatif continue à peser sur les données reportées aux comptes de carrière des assurés sociaux.

Enfin, les comptes 2015 du RSI ont été certifiés par les commissaires aux comptes indépendants en charge de cette mission - cabinets KPMG et Mazars -, ceci pour la seconde année consécutive. Ces derniers soulignent les avancées du RSI dans le domaine du recouvrement des cotisations et du versement des prestations sociales.

UFC-Que Choisir : l'accès aux soins en France, la fracture sanitaire s'aggrave

Alors que l'Assurance maladie et les syndicats de médecins négocient la nouvelle convention médicale, l'UFC - Que Choisir rend public le 29 juin 2016 sa carte de France interactive de l'accès aux soins.

Comme en 2012, l'association a analysé l'offre exhaustive de soins de ville pour quatre spécialités (généralistes, pédiatres, ophtalmologistes et gynécologues), pour la totalité des communes de France métropolitaine, en croisant les deux dimensions de l'accès aux soins, géographique et financière.

Résultat de l'étude de l'association : trente millions de citoyens, soit la moitié de la population française, ont vu reculer leur accès aux soins au cours des quatre

dernières années. Entre 2012 et 2016, l'accès géographique aux médecins généralistes (à moins de 30 minutes du domicile) s'est dégradé pour plus du quart de la population. Pire, l'accès aux médecins spécialistes a diminué pour 38 % des Français en ce qui concerne les ophtalmologistes, 40 % pour les pédiatres et même 59 % de la population pour l'accès aux gynécologues. La situation est encore plus alarmante pour les spécialistes au tarif de la sécurité sociale, dont l'offre a reculé pour plus de la moitié des usagers, quelle que soit la spécialité étudiée. Selon l'étude, « 80 % de la population vit dans une zone déficitaire en gynécologues ou en ophtalmologistes de secteur 1 ».

L'UFC-Que Choisir s'inquiète du fait que « les déserts

médicaux n'ont, depuis vingt ans, cessé de progresser et les quelques thérapeutiques proposées sont plus qu'insuffisantes ».

La Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) a réagi à la publication de cette étude et dénonce les « solutions caricaturales » qui sont proposées par l'UFC Que Choisir. « Concernant les compléments d'honoraires et le contrat d'accès aux soins (CAS), les remarques de l'UFC-Que choisir sont contredites par les chiffres de l'Assurance Maladie », écrit la confédération dans son communiqué. La ministre de la Santé conteste également les chiffres de l'UFC, affirmant même que cette enquête contient des « contrevérités absolues ».

Développement des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des finances (IGF) ont été chargées en juin 2015 d'évaluer « les enjeux, les conditions et les moyens du développement de l'activité d'hôpital de jour de médecine ».

L'objectif de la mission a été d'identifier les conditions d'engagement d'un « virage ambulatoire » de l'activité de médecine à l'hôpital, dans le cadre de la stratégie nationale de santé (SNS).

L'action des pouvoirs publics au niveau national passe par la poursuite de trois axes prioritaires :

→ la clarification et l'actualisation de l'instruction frontalière

→ l'élaboration de référentiels de prise en charge. Les sociétés savantes et la Haute autorité de santé (HAS) devraient être mobilisées pour définir ces référentiels de prise en charge, aider les établissements dans leur démarche et leur permettre d'avoir une approche systématique par spécialité et type de prise en charge

→ la diffusion de guides organisationnels et médico-économiques. L'élaboration de ces guides devrait permettre aux acteurs d'appréhender et de développer plus facilement l'hôpital de jour de médecine.

L'objectif général est de recentrer l'hôpital sur les

soins, au bénéfice du patient, et non plus sur l'hébergement. La mission formule des propositions concernant concomitamment le niveau national (mise en place d'un comité stratégique, élaboration de référentiels cliniques, tarification adaptée des soins longs, complexes et coordonnés...), le niveau territorial (identification d'un volet contractuel spécifique établissements/ARS intégrant des objectifs cibles de progression ; analyse comparative croisée entre groupes d'établissements,...) et le champ des études et statistiques.

RETRAITE

Le COR a rendu public, son rapport annuel sur les évolutions et les perspectives des retraites en France. Selon les dernières prévisions financières du COR, et quel que soit le scénario étudié, le besoin de financement du système de retraite devrait s'améliorer en 2020, en s'établissant à 0,2% du PIB contre 0,4% initialement prévu l'année dernière. Parmi les explications avancées dans le rapport, la croissance pour l'année 2015 qui a été plus forte que prévue et la réforme des régimes complémentaires Agirc-Arrco d'octobre 2015. Pour réaliser ces projections, il a été tenu compte d'un taux de chômage stabilisé à 7% d'ici à une dizaine d'années jugé plus réaliste qu'un retour à 4,5%. Selon ce scénario, et avec une croissance minimum d'1,5% des revenus d'activité, le système de retraite pourrait revenir à l'équilibre dès le milieu des années 2020, et « dégager des excédents à plus long terme ». En dessous de 1,5% de croissance, il « resterait durablement en besoin de financement ». De manière générale, le COR constate la forte dépendance du système de retraite à la croissance, plus qu'au chômage. Ainsi, en 2060 sa situation financière « serait nettement meilleure avec un taux de chômage de 10% mais des revenus d'activité croissant de 2% par an qu'avec un taux de chômage de 4,5% mais une croissance des revenus d'activité de 1,5% par an ».

Prévoyance complémentaire

Les syndicats unis réclament un retour aux clauses de désignation



A l'initiative de FO qui, en début d'année a déjà porté plainte dans ce dossier auprès de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE), FO, la CGT, la CFDT, la CFTC et CFE-CGC réclament, dans un courrier commun adressé le 16 juin à Marisol TOURAINE, diffusé par La Tribune, un retour

de la mutualisation, mise en danger selon elles par les clauses de recommandation, et des principes de solidarité dans le domaine de la prévoyance lourde (invalidité, incapacité, inaptitude, décès, etc.)

Selon les organisations

syndicales, l'interdiction des clauses de désignation votée dans le cadre de l'Accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, généralisant les couvertures santé, confirmé par le Conseil constitutionnel le 13 juin 2013, porte préjudice aux entreprises les plus fragiles financièrement, en particulier les TPE et les PME. « Si cette interdiction des clauses de désignation est constitutionnelle en matière de santé, elle ne peut pas avoir pour effet de prohiber la solidarité » pour les risques les plus lourds, insiste la lettre com-

mune. La (re)légalisation des clauses de désignation permettrait ainsi la mise en place d'un « degré élevé de solidarité », formulation de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE). « Nous attendons en conséquence que le Code de la sécurité sociale garantisse une mutualisation réelle et efficace en matière de prévoyance dans le cadre des accords de branche », conclut le courrier.

Le courrier des confédérations n'a toujours pas reçu de réponse à ce jour.

Les réformes en demi-teinte de la complémentaire santé

L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) vient de remettre son rapport au gouvernement sur les aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé. Dans le cadre de ce travail, l'Igas a dressé un premier bilan des réformes ayant dernièrement impacté le secteur (généralisation de la complémentaire santé pour les salariés, réforme de l'ACS, ...).

Des réflexions instructives et parfois surprenantes

A l'occasion de ses travaux, l'IGAS constate que ces dispositifs ont permis une généralisation de la couverture et une atténuation globale du reste à charge. Cela reste toutefois inégal et imparfait pour certains publics.

Par ailleurs, l'IGAS insiste sur le risque de segmentation du marché et d'une hausse des primes à l'avenir, les organismes complémentaires ayant été contraints à sous-tarifier pour gagner les différents marchés.

Les principales observations pour la généralisation santé sont les suivantes :

→ Concernant l'extension de la complémentaire santé à tous les salariés, «la montée en charge se poursuit encore, avec une participation de l'employeur qui tendrait à se caler sur le minimum légal de 50 % et un contrat socle qui semble se recentrer sur le seul salarié».

→ Pour ce qui est du contenu des accords, l'analyse faite de 46 accords de branche souligne les points suivants :

→ pas de baisse globale des garanties,

→ mais baisse de la participation de l'employeur qui s'aligne sur le minimum de 50 % prévu par la loi (contre 56 % constaté dans l'étude Drees de 2009, ou 54 % dans le rapport de la Comarep de 2012) ;

→ augmentation de la proportion de contrats avec options (63% contre 37% dans l'étude Drees) ;

→ baisse de la couverture des ayants droit pour près de la moitié des accords

→ enfin instauration d'une recommandation par 2 / 3 des accords, celle-ci concernant dans l'immense majorité un seul organisme.

Toutefois, selon l'Igas, plusieurs points devront être suivis :

→ La fin des clauses de désignation, si elle accentue la transparence, fait émerger la crainte d'une «antisélection» ou d'une mise en cause des solidarités existantes.

→ La mise en place de nouveaux dispositifs toujours plus encadrés (ACS, retraités), va également dans ce sens. Enfin, «l'éventualité d'une hausse de primes à terme ou d'une baisse des garanties doit également être évaluée : les résultats techniques déficitaires des contrats collectifs, et la concurrence entre OC dans le cadre de l'ANI et de l'appel d'offres ACS «qui a pu conduire à des sous-évaluations des prix».

Finalement, l'IGAS ne fait que constater ce que les observateurs les plus éclairés avaient indiqués en leur temps. En encadrant beaucoup trop les dispositifs de remboursements santé, l'Etat instaure des règles qui finissent par produire les effets inverses aux objectifs recherchés.

Ce n'est hélas pas nouveau....

Février

03/02

COS-I de l'IPS



11/02

Grande Conférence de la Santé

Mars

01/03

Audition de la MECSS sur l'Hospitalisation à domicile, Assemblée Nationale



03/03

Présentation par France Stratégie du projet « 2017/2027 » sur les enjeux de la prochaine élection présidentielle



15/03

Présentation de l'étude « Les seniors et l'assurance santé » par Jalma, cabinet conseil spécialisé en économie de la santé



23/03

Présentation en Conseil des ministres du Projet de loi de Michel Sapin sur la transparence de la vie économique

Avril

05/04

Début de l'examen du Projet de loi travail à la commission des Affaires Sociales Assemblée nationale



07/04

Journée d'étude Actualité de la Protection sociale en partenariat

avec Science Po Paris sur le thème : « Action sociale et travail social : comment renforcer la cohérence d'ensemble ? » à la Maison de la Chimie, Paris 7ème



13/04

Réunion du Conseil d'Orientation des retraites. Travaux d'approfondissement sur les indicateurs en vue du 3ème rapport annuel, Paris 7ème

Mai

03/05

Début du débat en séance publique concernant le projet de loi El Khomri



25/05

Début de l'examen en commission des lois compétente au fond du projet de loi Sapin 2 relatif à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique



26/05

Rencontres « Enseignement supérieur et protection sociale » organisé par l'EN3S à l'Université Paris-Sorbonne



31/05

Entretiens de l'IPS déjeuner-débat présidés par J.-C. Lagarde, président de l'UDI

Juin

06 au 13/06

Examen en séance publique au Sénat du projet de loi Sapin 2 relatif à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique



07/06

réunion de suivi du comité Régime social des indépendants



09/06

20ème édition du Forum Retraite organisé par la Caisse des dépôts avec une vision prospective de la retraite et du vieillissement en proposant une projection à deux horizons 2025 et 2050, Paris



13/06

Début de l'examen du Projet de loi travail en commission des affaires sociales du Sénat



23/06

Entretiens de l'IPS déjeuner-débat présidé par Eric Woerth, secrétaire général des Républicains, chargé du projet LR pour la présidentielle 2017, député de l'Oise.



30/06

Journée d'étude Management Actualité Stratégie sur « L'innovation : enjeux stratégiques, défis RH et managériaux » organisée par l'Ecole nationale supérieure de Sécurité sociale

Juillet

07 et 08/07

Convention annuelle du COS de l'IPS



13/07

Examen d'une proposition de résolution européenne sur les travailleurs détachés, commission des Affaires sociales, l'Assemblée nationale

Examen du rapport d'information sur l'application de la LFSS pour 2016, commission des Affaires sociales, l'Assemblée nationale



20/07

Poursuite des négociations Uncam - Syndicats médicaux

Sept.

CMP Projet de loi Sapin 2



20/09

Rencontres parlementaires sur l'épargne salariale

Octobre

18/10

Rencontres Annuelles de l'IPS, Maison de la Recherche, Paris

Institut de la Protection Sociale Association Loi 1901 déclarée à la Préfecture du Rhône sous le numéro n° W691079041

40-42 avenue G. Pompidou 69003 Lyon

Tél. 04 72 91 55 26

www.institut-de-la-protection-sociale.fr