

Annexe

Récapitulatif des recommandations

PREMIÈRE PARTIE

ASSURER UN RETOUR PÉRENNE À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

RECOMMANDATIONS

Chapitre I – La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un effort structurel toujours nécessaire, une résorption de la dette sociale à mener à terme

1. consolider le retour à l'équilibre de la sécurité sociale par des mesures d'économies structurelles en dépenses sur l'assurance maladie et des mesures de redressement de la trajectoire financière des régimes de retraite de base et du FSV ;

2. compléter le cadre rénové des relations financières entre l'État et la sécurité sociale par la définition de modalités de traitement des variations conjoncturelles de recettes de la sécurité sociale et par un encadrement renforcé des possibilités d'endettement de l'ACOSS ;

3. veiller à prendre en compte dans les prévisions financières des projets de loi de financement de la sécurité sociale les conséquences comptables des mesures ayant trait aux recettes de la sécurité sociale.

Chapitre II – L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une construction et une exécution fragiles

4. pour les soins de ville, instaurer une réserve prudentielle infra-annuelle permettant de maîtriser les dépassements et mettant en jeu plusieurs mécanismes possibles en fonction de la nature des dépenses de ville concernées (accords prix-volume, mise en réserve annuelle d'une partie des augmentations conventionnelles ou des dotations forfaitaires) ;

5. annexer à l'ONDAM un objectif de maîtrise des déficits et de la dette des établissements publics de santé ;

6. compléter la « charte » de l'ONDAM afin de neutraliser l'incidence sur le taux d'évolution de l'objectif de l'ensemble des mesures de périmètre (transferts de dépenses et de recettes non compensés avec d'autres financeurs, contractions de recettes et de dépenses) et de réserver la qualification d'économies aux diminutions nettes des dépenses ;

7. *supprimer le fonds de financement de l'innovation pharmaceutique et réintégrer dans l'ONDAM l'intégralité de la dépense de médicaments (recommandation réitérée) ;*

8. *aligner les calendriers du constat définitif de l'ONDAM et de la clôture des comptes des établissements publics de santé sur celui des comptes de l'assurance maladie (soit le 15 mars de l'année suivante).*

Chapitre III – Les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à l'exercice 2017 : avis sur la cohérence

9. *mettre fin aux contractions de produits et de charges dans les tableaux d'équilibre, qui sont contraires au cadre normatif fixé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale pour l'établissement des comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (recommandation réitérée).*

DEUXIÈME PARTIE

PRÉVENIR LES PATHOLOGIES, ASSURER L'ACCÈS AUX SOINS ET MAÎTRISER LES DÉPENSES DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS

Chapitre V – Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital

10. *développer les études médico-économiques permettant de mieux évaluer l'impact financier du virage ambulatoire ;*

11. *favoriser le développement de la médecine ambulatoire à l'hôpital, en clarifiant les champs respectifs des actes relevant de l'hospitalisation de jour et des actes et consultations externes, en identifiant cette activité de manière distincte des prises en charge conventionnelles dans la nomenclature des séjours hospitaliers et en mettant en place une tarification incitative, qui couvre au plus les coûts de transition vers le mode ambulatoire, sans créer d'effet d'aubaine durable ;*

12. *faire des pratiques avancées des infirmiers une composante significative de l'offre de soins de premier recours, par le nombre de professionnels concernés comme par la nature des actes qu'ils effectuent, en s'inspirant des meilleures pratiques internationales ;*

13. renforcer la formation des professionnels de santé médicaux et paramédicaux aux modes de prise en charge ambulatoire.

Chapitre VI - La lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires : une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins

14. relever les droits d'accises sur l'ensemble des boissons alcoolisées et la contribution sur les boissons contenant des sucres ajoutés ;

15. définir à court terme un modèle pertinent de prise en charge des accidents ischémiques transitoires afin de prévenir un plus grand nombre d'accidents vasculaires-cérébraux ;

16. améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge des maladies cardio-neurovasculaires par les établissements de santé, en unifiant le régime juridique des autorisations, en généralisant dans ce cadre les seuils d'activité, en relevant ceux en vigueur et en appliquant dans les faits les autorisations et seuils fixés ;

17. réviser les tarifs des séjours en établissement de santé liés aux maladies cardio-neurovasculaires, afin de minimiser les effets d'aubaine résultant d'écart trop importants entre les tarifs et les coûts, entre les tarifs respectifs des secteurs public et privé lucratif à service médical rendu identique et entre les évolutions respectives des tarifs des différents niveaux de sévérité à objet identique des séjours hospitaliers ;

18. adapter les modalités de financement des soins de suite et de réadaptation afin de favoriser l'accueil dans les structures concernées des patients victimes d'accidents cardio ou neurovasculaires.

Chapitre VII - Les soins visuels : une prise en charge à réorganiser

19. élargir l'offre de premier recours aux soins visuels, en autorisant les orthoptistes à diagnostiquer et à traiter les troubles de la vision et les opticiens-lunetiers ceux de la réfraction, sous réserve d'un approfondissement du contenu de leur formation et d'un renvoi systématique à un ophtalmologue des situations pathologiques excédant leur champ de compétence ainsi étendu ;

20. recentrer la prise en charge des renouvellements d'équipements d'optique par les contrats responsables d'assurance maladie complémentaire sur les besoins médicaux qui en sont à l'origine,

en en portant la périodicité de 24 mois à 36 mois dans le cas général, à moins d'une dégradation constatée de la vue ;

21. conditionner les installations des ophtalmologues en exercice libéral, dans les zones caractérisées par des niveaux élevés de dépassement d'honoraire, à l'adhésion à l'option de pratique tarifaire maîtrisée de l'assurance maladie (OPTAM) ;

22. structurer une offre de soins graduée au niveau territorial, en soutenant financièrement des regroupements de l'ensemble des professionnels de la filière visuelle autour de plateaux techniques de référence, dans des centres spécialisés en soins visuels ;

23. réviser la classification commune des actes médicaux (CCAM) afin de répercuter dans les tarifs des actes de soins visuels les gains de productivité permis par les récentes innovations organisationnelles et technologiques propres à ce domaine ;

24. réviser fortement à la baisse les prix des médicaments utilisés pour le traitement de la DMLA humide et mettre en œuvre des modalités de distribution aux patients habituellement pris en charge en ville de la molécule la moins onéreuse préparée en établissement hospitalier ;

25. améliorer la santé visuelle en engageant des actions de promotion de la santé et de prévention, en priorité en direction des enfants de moins de six ans et des personnes âgées fragiles et en conduisant régulièrement des enquêtes épidémiologiques territorialisées ;

26. assurer la qualité et la sécurité des soins en établissant des recommandations de bonnes pratiques et des référentiels à l'attention des professionnels concernés et en fixant des seuils d'activité par établissement ou par ophtalmologue pour les gestes les plus invasifs.

TROISIÈME PARTIE

RÉDUIRE LES RISQUES PROFESSIONNELS

RECOMMANDATIONS

Chapitre VIII – La tarification des accidents du travail et maladies professionnelles : une gestion lourde, un caractère incitatif à renforcer

27. *continuer de circonscrire par la voie réglementaire la part des allègements généraux de cotisations imputée sur les cotisations AT-MP ;*

28. *en tarification individuelle et mixte, fixer les taux de cotisation AT-MP par code risque au sein de chaque entreprise et non plus par section d'établissement ;*

29. *mettre fin aux exceptions aux règles générales de tarification dont bénéficient les secteurs d'activité relevant de certains codes risque (groupements financiers, application dérogatoire de taux collectifs, abattements sur les coûts moyens) ou redéfinir ces exceptions afin d'en fiabiliser l'application (fonctions support) ;*

30. *rendre la tarification plus incitative à la prévention des accidents du travail, en majorant les taux de cotisation lorsque l'entreprise présente une sinistralité anormalement élevée dans son domaine d'activité et en surpondérant les coûts moyens pour les classes d'accidents les plus fréquents ;*

31. *rendre la tarification plus incitative à la prévention des maladies professionnelles, en circonscrivant l'utilisation du compte spécial et en mutualisant les maladies à effet différé par domaine d'activité et non plus dans le cadre national interprofessionnel du compte spécial ;*

32. *compresser la part des dépenses liées à des accidents du travail et à des maladies professionnelles non prises en compte dans le calcul des taux bruts de cotisation, en actualisant régulièrement les coefficients forfaitaires de valorisation des prestations d'incapacité permanente ;*

33. *rééquilibrer le partage de la valeur du risque entre les entreprises de travail temporaire et celles recourant à l'intérim et partager cette même valeur entre les entreprises donneuses d'ordre et celles sous-traitantes travaillant sur site ;*

34. *accroître la fiabilité et l'efficacité du processus de tarification des risques professionnels, en investissant dans l'amélioration de la performance des systèmes d'information qui y concourent.*

QUATRIÈME PARTIE

FAVORISER UNE MISE EN ŒUVRE PLUS EFFICACE DE LEURS MISSIONS PAR LES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

RECOMMANDATIONS

Chapitre IX - La déclaration sociale nominative : une première étape réussie, une nouvelle impulsion nécessaire

35. *intégrer à la DSN les fonctions publiques et les agents contractuels de l'État, des collectivités locales et des hôpitaux publics d'ici à 2022 au plus tard, sans nouveau report et fiabiliser en conséquence les données de la paie ;*

36. *développer toutes les potentialités de la DSN pour les entreprises et les salariés en élargissant le périmètre de la DSN à de nouvelles déclarations, en poursuivant la réduction du nombre de données à déclarer et en menant à terme les projets de base de données offrant de nouveaux services aux entreprises et aux salariés ;*

37. *systématiser, sur la période 2018-2022 couverte par la convention d'objectifs et de gestion (COG) de l'ACOSS avec l'État, les contrôles automatisés de cohérence entre les données agrégées de prélèvements et les données individuelles de salaires de la DSN pour la fiabilisation du recouvrement des prélèvements sociaux et du calcul des droits des salariés et mettre en place des modalités d'échange avec les entreprises assurant une correction effective des anomalies détectées ;*

38. *systématiser, sur la période 2018-2022 couverte par les COG de la CNAF et de la CNAM avec l'État, l'utilisation des données individuelles de la DSN pour attribuer à bon droit l'ensemble des prestations sociales sous condition de ressources ou dont le calcul repose sur les salaires (ensemble des prestations versées par la branche famille, indemnités journalières, rentes AT-MP, pensions d'invalidité), ainsi que certaines aides (CMU-C et ACS) ;*

39. *reconstituer une gouvernance interministérielle chargée de définir les priorités, la méthodologie et les étapes nécessaires pour utiliser pleinement les potentialités de la DSN et en mesurer les gains et les coûts pour les entreprises et les administrations.*

Chapitre X - Les caisses de sécurité sociale en Guadeloupe, en Guyane et à la Martinique : un redressement impératif

40. mettre en œuvre des mesures d'urgence visant à redresser les aspects les plus critiques de la gestion des caisses de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique (erreurs de liquidation des retraites, des indemnités journalières et des prestations versées par la branche famille, taxations d'office non régularisées, prescription de créances) ;

41. spécialiser les CGSS dans la gestion des prestations maladie-maternité, AT-MP et de retraite et confier le recouvrement des prélèvements sociaux à une URSSAF interrégionale compétente pour la Guadeloupe, la Guyane et la Martinique ;

42. développer les mutualisations d'activités, en spécialisant chaque fois que cela est pertinent les sites départementaux de l'URSSAF inter-régionale, des CGSS et des CAF par pôles de compétence couvrant l'ensemble de la zone Antilles-Guyane et en faisant participer ces organismes aux mutualisations mises en œuvre dans le cadre national ;

43. revoir les organisations internes des organismes outre-mer pour renforcer leur capacité de production et la mise à la disposition de leurs publics d'une offre de service multibranches.
