



Fiche d'impacts

PRESENTATION DES MESURES PHARES DE LA LFSS POUR 2020 ET EVALUATION DES IMPACTS

La présente note a pour principal objectif de décliner les **mesures phares de la LFSS pour 2020** intéressant les **organismes complémentaires**, d'en **mesurer les risques** pour le Groupe et ses entités et d'**identifier les opportunités de transformation** qui pourraient s'offrir à nous.

I. L'équilibre financier du budget de la sécurité sociale

a. Présentation de la mesure :

Les recettes de la Sécurité sociale sont composées principalement de contributions et de cotisations. Par ailleurs, il existe une tuyauterie financière entre celle-ci et l'Etat.

En effet, en vertu d'un principe légal existant depuis 1994, **les pertes de recettes de la Sécurité sociale doivent être intégralement compensées par le budget de l'Etat** : c'est le principe de compensation. Ainsi, les réductions de contributions ou les exonérations de cotisations ne sont pas censées entraîner de pertes pour l'institution puisque l'Etat les compense.

La LFSS pour 2019 avait posé **des dérogations à ce principe** avec la non-compensation liée à l'exonération du forfait social de certains dispositifs de participation et d'intéressement.

Celle de 2020 poursuit sur cette lancée avec des exceptions supplémentaires nouvelles :

- ✓ L'Etat ne compensera pas les pertes de recettes liées à la Loi MUES (Mesures d'Urgences Économiques et Sociales) du 24 décembre 2018 (contexte « Gilets jaunes »), à savoir la mise en place de l'exonération des cotisations sociales patronales sur les heures supplémentaires et complémentaires au 1^{er} janvier 2019 et la réduction du taux de CSG à 6.6% pour les pensionnés ayant un revenu inférieur à 2000€ nets/mois.
- ✓ L'Etat ne compensera pas non plus les pertes de recettes liées à l'instauration de la rupture conventionnelle dans la fonction publique donnant lieu à une indemnité de rupture (comme pour les salariés).

b. Impacts potentiels :

Il s'agit principalement de la **dégradation des comptes de la Sécurité sociale en 2019 et 2020** et d'une nouvelle trajectoire annoncée par les pouvoirs publics : pas de retour à l'équilibre pour la Sécurité sociale pour 2020, mais un report prévu (avec toujours un amortissement de la dette sociale annoncé pour 2024).

Des chiffres :

- *Les limitations du forfait social dans les entreprises de moins de 250 salariés (LFSS pour 2019) dont le coût est estimé à 600 millions d'euros ;*
- *L'exonération de cotisations sociales des heures supplémentaires et complémentaires avancées au 1^{er} janvier 2019 = une perte de recettes de 1,25 Md€ en 2019 ;*
- *Le taux de CSG sur les revenus de remplacement à 6,6% pour les retraités et invalides modestes = une perte de recettes à hauteur de 1,5 Md€ en 2019.*

Ces pertes de recettes concernent directement la branche vieillesse et la branche maladie.

Face au désengagement de l'Etat, les organismes complémentaires pourraient être amenés à compenser ces pertes, notamment dans le domaine de la santé : vers une nouvelle tuyauterie financière ?



c. Opportunités et perspectives :

La Sécurité sociale supporte davantage la baisse des prélèvements obligatoires qui lui sont affectés : elle s'autonomise.
 → En cas de mise en place d'une nouvelle tuyauterie financière (à l'image de la TSA ou de la taxe Forfait patientèle médecin traitant en matière d'assurance maladie) entre les organismes complémentaires et la Sécurité sociale, on retournerait dans les débats sur le remplacement des Lois de Financement de la Sécurité Sociale par des Lois de Financement de la Protection sociale.
 → Elle ne trouve pas de recettes et se désengage de plus en plus, laissant aux organismes complémentaires un périmètre d'intervention plus important dans tous les domaines de la protection sociale.

II. La révision intégrale de la nomenclature des actes

a. Présentation de la mesure :

Pour la médecine de ville, l'ensemble des actes médicaux et paramédicaux et des actes réalisés lors des consultations externes en établissements de santé, font partie de : la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) : actes techniques réalisés par les médecins ; la Nomenclature Générale des Actes et Prestations (NGAP) : actes cliniques médicaux, actes des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux ; la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) : actes de biologie.

La LFSS pour 2020 envisage **une révision intégrale de ces nomenclatures en vue d'une nouvelle hiérarchisation dans un délai de 5 ans** (feuille de route « Ma santé 2022 »). C'est un Haut Conseil des nomenclatures qui sera chargé d'organiser ce chantier de refonte et les modalités sont encore à définir. En outre, les actes de la CCAM seront révisés en priorité.

b. Impacts potentiels :

Les pouvoirs publics annoncent la **revalorisation d'un certain nombre d'actes anciens** et la **suppression d'actes obsolètes**.

Des chiffres :

- *Un surcoût de l'ordre de 10 millions d'euros en 2020 ;*
- *Des économies de 10 millions d'euros par an à compter de 2021.*

Cette mesure engendrerait des **dépenses supplémentaires pour les organismes complémentaires santé dans un premier temps, puis dans un second temps des économies sur ce même poste.**

c. Opportunités et perspectives :

Un point de vigilance portant sur le Décret CE à venir serait de mise.

→ Il faudrait faire en sorte que les acteurs de la complémentaire santé soient associés à ce chantier de refonte.

III. La réforme du ticket modérateur hospitalier

a. Présentation de la mesure :

Le ticket modérateur à l'hôpital est en principe de 20% mais son assiette dépend du statut de l'établissement. Avec la mise en place de la Tarification à l'activité (T2A), la LFSS pour 2004 avait prévu qu'il soit calculé sur la base des Groupes Homogènes de Séjour (GHS) pour les établissements dits « ex-OQN » (une partie des établissements de santé privés). En revanche, pour les établissements dits « ex-DG » (établissements publics et une partie des établissements privés non



lucratifs), le calcul du ticket modérateur se faisait sur la base de Tarifs Journaliers de Prestations (TJP) hétérogènes. Cette dérogation devait être valable jusqu'au 31 décembre 2019, et à terme une bascule sur un calcul sur la base des GHS était prévue.

La LFSS pour 2020 prévoit la poursuite de ce dispositif jusqu'au 31 décembre 2020, puis son extinction au 1^{er} janvier 2021 avec **la mise en place de Tarifs Journaliers de Prestations (TJP) nationaux et homogènes établis en fonction des soins donnés et du niveau de l'activité de l'établissement**, comme il suit :

Base de calcul du TM	Activités Médecine Chirurgie Obstétrique	Activités Soins de Suite et Réadaptation	Activités Psychiatrie
Établissements de santé « ex-OQN »	GHS	TJP nationaux	TJP nationaux
Établissements de santé « ex-DG »	TJP nationaux	TJP nationaux	TJP nationaux

En outre, la dotation annuelle de financement alloué aux établissements sera minorée ou majorée selon l'impact de la nouvelle tarification en TJP nationaux sur leur niveau de recettes, et ceci pendant 3 ans.

b. Impacts potentiels :

La généralisation et l'harmonisation des TJP impliquent tout de même le **maintien d'assiettes tarifaires distinctes pour la facturation** de l'assurance maladie obligatoire mais aussi complémentaire puisque les GHS perdurent.

En outre, il faudra **adapter les Systèmes d'Information des organismes complémentaires à ces nouveaux tarifs**.

Si les TJP nationaux sont inférieurs à ceux qui existaient jusqu'alors, il pourrait y avoir une **diminution des dépenses des organismes complémentaires**. En revanche, si c'est l'effet inverse qui se produit, il y aurait potentiellement **une augmentation des dépenses de ces organismes**.

A priori la réforme n'aura **pas d'impacts sur les Reste À Charge extrêmes** des assurés.

c. Opportunités et perspectives :

L'harmonisation des tarifs est prévue par voie réglementaire à travers la mise en place d'une nomenclature commune à tous les établissements.

→ Il faudrait faire en sorte que les acteurs de la complémentaire santé soient associés aux travaux de détermination de ces tarifs nationaux et homogènes.

A l'origine, les pouvoirs publics avaient envisagé 2 scénarios « de rupture » pour cette réforme du ticket modérateur à l'hôpital : la forfaitisation du RAC ou l'instauration d'un RAC Zéro (avec l'Assurance maladie obligatoire en tiers-payant intégral).

→ Si la mise en place de telles mesures s'est avérée compliquée pour les principaux acteurs et qu'elles ont été abandonnées, il n'est pas exclu qu'elles soient remises à l'ordre du jour dans un avenir plus ou moins proche.

IV. La Complémentaire Santé Solidaire

a. Présentation de la mesure :

L'essentiel de la disposition de la LFSS pour 2020 sur le sujet concerne la mise en œuvre d'un **nouveau contrat de sortie de la Complémentaire Santé Solidaire**.



Depuis le 1^{er} novembre 2019, les contrats ACS ont disparu, même si certains existent toujours et arriveront à expiration au plus tard au 31 octobre 2020 (sauf résiliation anticipée par l'intéressé). Les personnes éligibles à ces contrats et les bénéficiaires de la CMU-C, ont basculé dans un nouveau dispositif depuis cette date : la Complémentaire Santé Solidaire.

La LFSS pour 2020 met donc en place un contrat de sortie pour ce nouveau dispositif **au 1^{er} janvier 2020** :

- L'assuré doit s'en voir proposer un par son organisme complémentaire gestionnaire systématiquement ;
- La durée de ce contrat est d'1 an ;
- Le tarif maximal est encadré et varie en fonction de l'âge de l'assuré : 16€ jusqu'à 29 ans, 28€ de 30 à 49 ans, 42€ de 50 à 59 ans, 50€ de 60 à 69 ans, 60€ à partir de 70 ans ;
- Les garanties de ce contrat sont celles du cahier des charges des contrats responsables avec notamment le 100% santé ;
- Le Tiers-payant s'applique pendant 1 an ;
- Aucune période probatoire ne peut être opposée à l'assuré.

Les personnes dont le droit à la CMU-c ou à l'ACS est arrivé à expiration entre le 1^{er} novembre 2019 et le 1^{er} janvier 2020 se voient proposer les anciens contrats de sortie de la CMU-C et de l'ACS. Ceux qui sont en cours au 1^{er} janvier 2020 continueront à produire leurs effets jusqu'à leur terme.

b. Impacts potentiels :

Les tarifs du contrat de sortie sont encadrés et compte-tenu des montants arrêtés, les organismes complémentaires risqueraient une **perte financière importante à gérer ce type de public**. A plus forte raison, le Gouvernement anticipe une **augmentation du taux de recours aux contrats de sortie** de 3 points en 2020, 6 points en 2021 et 9 points en 2022.

En outre, depuis le 1^{er} janvier 2020, on a la coexistence de plusieurs dispositifs :

- ✓ Des contrats ACS en cours souscrits avant le 1^{er} novembre 2019 = pas d'obligation de mise en conformité 100% santé.
- ✓ Des contrats ACS et CMU-C de sortie en cours souscrits avant le 31 décembre 2019 = pas d'obligation de mise en conformité 100% santé.
- ✓ Des nouveaux contrats de sortie CSS = obligation de mise en conformité au 100% santé.

Les organismes complémentaires vont devoir gérer cette **différence de traitement entre des assurés** placés dans une même situation.

c. Opportunités et perspectives :

Harmonie Mutuelle a mis en place un remboursement du reste à charge pour les garanties ACS non conformes au 100% santé au 1^{er} janvier 2020, même si elle n'en a pas l'obligation réglementaire.

→ Est-ce les anciens contrats de sortie en cours bénéficieront du même traitement exceptionnel ?

V. Les Indemnités Journalières

a. Présentation de la mesure :

La LFSS pour 2020 a modifié plusieurs points :

- Pour les victimes d'AT/MP ayant **recours au travail aménagé (TA) ou temps partiel (TP)**, la condition d'avoir un **arrêt de travail à temps complet préalable** a été **supprimée** : les personnes pourront bénéficier du TA ou TP sur autorisation de leur médecin traitant (avec avis du médecin-conseil) et avoir des IJ en plus de leur salaire.
- Le **délai de carence** de trois jours est **supprimé** pour le **Temps Partiel Thérapeutique (TPT)** : les personnes concernées pourront bénéficier des IJ dès le premier jour d'arrêt.
- La **majoration du taux de remplacement des IJ** pour les assurés ayant au moins 3 enfants à charge à partir du 31^{ème} jour d'arrêt (66,6%) est **supprimée** : a priori et sous réserve des textes réglementaires, le taux serait de 50% comme pour les autres assurés. Cette disposition sera applicable aux arrêts de travail prescrits à compter du 1^{er} juillet 2020 et pour ceux prescrits avant cette date à condition que la durée n'ait pas atteint 30 jours consécutifs au 1^{er} juillet 2020.



En outre, la LFSS pour 2020 a posé le principe de **l'instauration d'une durée maximale pour bénéficier des IJ en cas de cumul emploi-retraite**. Cela s'appliquera aux arrêts de travail prescrits à compter du 1^{er} janvier 2021. A priori et sous réserve des textes réglementaires, cette durée serait de 60 jours contre 360 jours de cumul intégral possible jusqu'alors (voire 3 ans si la personne est en ALD).

b. Impacts potentiels :

Ces mesures se traduiraient par **un transfert de charges de la solidarité nationale vers les employeurs** : possible évolution des primes des contrats et donc hausse du coût du travail au titre de la participation des employeurs au financement de la couverture prévoyance de leurs salariés ?

Dans le même temps, l'idée est aussi de favoriser le retour à l'emploi des personnes, ce qui implique aussi moins de versement d'IJ et donc **de potentielles économies sur les contrats prévoyance**. Ainsi par exemple, la Sécurité sociale miserait sur 50 millions d'euros d'économies au titre de l'instauration d'une durée maximale de versement des IJ en cas de cumul emploi-retraite.

c. Opportunités et perspectives :

Néant.

VI. L'invalidité

a. Présentation de la mesure :

En vue d'une très prochaine réforme de l'invalidité, la LFSS pour 2020 a procédé à une refonte de sa définition et précisé de nouvelles règles de cumul :

- **Clarification des conditions médicales d'ouverture de droits** à la pension pour rendre plus simple l'évaluation par le médecin-conseil de l'assurance maladie des effets de l'altération de l'état de santé d'une personne sur sa capacité de travail.
- **Suppression du cumul pension d'invalidité et retraite progressive** : depuis le 1^{er} janvier 2020, la personne doit choisir entre cumuler sa pension d'invalidité et des revenus d'activités (et donc retarder la liquidation de sa retraite) ou faire du cumul emploi-retraite (et donc renoncer à sa pension d'invalidité).
- **Réforme du seuil d'écurement en cas de cumul pension d'invalidité et revenus d'activité** : la reprise d'emploi peut réduire le montant de la pension d'invalidité ou l'annuler complètement en fonction d'un seuil atteint. Ce seuil correspondait jusqu'alors au salaire trimestriel moyen de la dernière année d'activité avant le passage en invalidité. Aujourd'hui c'est toujours le cas, mais le législateur propose d'intégrer un nouveau seuil : le salaire annuel moyen des dix meilleures années d'activité avant le passage en invalidité. L'idée serait de renforcer le cumul pension d'invalidité et revenus d'activité pour encourager le retour dans la vie active et de calculer le seuil en fonction de ce qui est le plus favorable à l'assuré. A plus forte raison si le seuil est atteint, la pension ne sera réduite que d'un pourcentage des gains constatés.

b. Impacts potentiels :

La prochaine **réforme de l'invalidité** aura nécessairement un **impact sur les contrats prévoyance des organismes complémentaires** et sur une évolution des cotisations.

Une **expérimentation** est **actuellement en cours** (d'une durée de 6 mois) et consiste en une double instruction des dossiers dans une CPAM et une caisse MSA, pour étudier les conséquences pour les bénéficiaires de pensions d'invalidité d'une réforme de l'évaluation de la perte de capacité de gain et la redéfinition des catégories d'invalidité.

Ce que l'on sait de cette réforme :

- Nouvelle dénomination du dispositif d'invalidité « Prestation de Compensation Maladie » (PCM) : PCM 1 : même définition, mais « le taux de remplacement par rapport au salaire annuel moyen des dix meilleures années serait égal à la moitié du taux de perte de capacité de gain fixé par l'équipe pluridisciplinaire ». PCM 2 : même définition, mais « le taux de remplacement resterait fixé à 50 % ».
- La catégorie 3 ou majoration pour tierce personne serait supprimée. A la place, il y aurait une allocation octroyée « selon l'appréciation du médecin-conseil à des bénéficiaires de la PCM1 ou PCM 2 ». Avec la création de



plusieurs niveaux d'indemnisation en fonction des besoins d'assistance en s'inspirant du dispositif existant pour les AT-MP.

c. Opportunités et perspectives :

Néant.

VII. L'indemnisation du congé proche aidant

a. Présentation de la mesure :

La LFSS pour 2020 a prévu plusieurs dispositions concernant la thématique des aidants :

- La condition d'ancienneté d'1 an pour bénéficier du congé proche aidant a été supprimée ;
- Une **Allocation Journalière du Proche Aidant (AJPA)** a été créée pour indemniser ce congé :
 - ✓ Elle doit être mise en place **au plus tard au 30 septembre 2020** ;
 - ✓ Son montant est encore à déterminer (mais il pourrait être équivalent à l'AJPP qui s'élève à 52 euros nets par jour et à 43 euros nets par jour pour les personnes vivant en couple) ;
 - ✓ Sa durée de versement est encore à déterminer mais il y aura un nombre d'AJPA/mois à ne pas dépasser. En outre, le nombre d'AJPA/bénéficiaire pour toute sa carrière sera inférieure ou égale à 66 (soit une indemnisation maximale de 3 mois) ;
 - ✓ Elle sera versée par les CAF (ou les caisses MSA) ;
 - ✓ Elle ne sera pas cumulable avec les IJ maternité, paternité, accueil de l'enfant, adoption, maladie, AT/MP, indemnités chômage, prestation partagée d'éducation de l'enfant, complément et majoration de l'AEEH (si l'aidé est un enfant), l'AHH, l'AJPP, l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie...
- Les bénéficiaires de l'AJPA seront affiliés à l'assurance vieillesse du régime général, le versement de cette allocation entraînant ainsi automatiquement le calcul des droits à la retraite.

Un rapport du Gouvernement sera remis au Parlement au plus tard le 1^{er} janvier 2022 sur la thématique.

b. Impacts potentiels :

Il y aurait **davantage de personnes qui pourraient avoir recours au congé proche aidant**. A plus forte raison, le bénéfice de ce congé a été étendu aux agents publics par la Loi du 6 août 2019.

En outre, avec la mise en place d'une indemnisation pour ce congé par la Sécurité sociale, il se pourrait que **les organismes privés interviennent en complément de la solidarité nationale**.

c. Opportunités et perspectives :

Avec le rapport du Gouvernement remis au Parlement pour évaluer plus d'une année d'indemnisation du congé proche aidant au titre de l'AJPA, il pourrait y avoir d'autres évolutions de ce congé et de cette allocation dans un avenir plus ou moins proche : une durée de versement plus longue ? un montant plus important ? d'autres ressources ?

→ Les produits assurantiels mis en place en réaction à cette nouvelle allocation pourraient être revus à l'aune de ce rapport et des préconisations alors soumises au Parlement, lequel pourrait légiférer en conséquence.

→ Lors de la navette parlementaire autour de la discussion de cet article, les sénateurs avaient repris une disposition avortée de la proposition de loi sur la reconnaissance des aidants : celle de créer une recette pérenne de financement affectée à la branche Famille de la Sécurité sociale. Il s'agissait d'une taxe sur les primes des contrats d'assurance individuels et collectifs de retraite professionnelle supplémentaire, des contrats de prévoyance et de retraite supplémentaire des professions non salariées et des PERP. Le taux de la taxe devait être de 1.7%. Il convient donc d'être vigilant sur le financement futur de l'AJPA.

VIII. La prestation d'hébergement non médicalisé



a. Présentation de la mesure :

La LFSS pour 2020 pose les bases d'un engagement maternité avec la création d'une **prestation d'hébergement non médicalisé** au sein des établissements de santé publics et privés **à destination des femmes enceintes** dont le lieu de résidence nécessite un temps d'accès à la maternité supérieur à un certain seuil (a priori ce temps serait de 45 minutes mais il faudra attendre les textes réglementaires d'application sur ce point). Les conditions d'accès à cette prestation, les modalités de son attribution et son organisation avec **une possible passation de convention entre l'établissement et un tiers**, sont encore à préciser par voie réglementaire.

A priori, la mesure devrait s'appliquer à partir du second semestre 2020 pour laisser le temps aux établissements de santé de contractualiser avec les hôtels.

b. Impacts potentiels :

« Sur la base de cinq jours moyens d'hébergement et de deux allers-retours en moyenne pour les grossesses normales et quatre allers-retours pour les grossesses à risque, et de 60 000 femmes mettant plus de 45 minutes pour se rendre à la maternité », les pouvoirs publics évaluent « le coût de cette mesure entre 20 et 40 millions d'euros par an ».

Le financement serait « dans un premier temps pris » en charge sur les missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (donc l'ARS). **Quid dans un second temps ? Les organismes complémentaires vont-ils être amenés à participer au financement de cette prestation d'hébergement ?**

c. Opportunités et perspectives :

→ Impacts pour les établissements VYV Care et plus généralement sur les SSAM (Livre 3). Ici le Groupe pourrait se positionner en créant des solutions conformément à la réglementation en vigueur puisque l'organisation de la prestation peut être déléguée à un tiers par voie de convention.

IX. Les TROD

a. Présentation de la mesure :

Il arrive que les pharmaciens réalisent des Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) au sein de leur officine selon des conditions définies par l'arrêté du 1^{er} août 2016. Mais la réalisation de ce test n'était jusqu'alors pas prise en charge par l'Assurance maladie.

La LFSS pour 2020 va mettre en place :

- Une franchise annuelle à la charge de l'assuré pour les prestations effectuées par un pharmacien d'officine et définies par arrêté ministériel ;
- Une **tarification pour les TROD réalisés par le pharmacien**. La liste des TROD est fixée par arrêté ministériel.

C'est l'arrêté du 30 janvier 2020 qui fixe la liste des TROD : ceux pour les angines à streptocoque beta-hémolytique du groupe A. Et c'est l'avenant 18 à la convention des pharmaciens qui fixe la rémunération des pharmaciens pour la réalisation de ces TROD, à compter du 1^{er} janvier 2020. A ce jour, il n'est pas encore entré en vigueur, donc pas applicable. Rémunération : 6€ à 7€ par TROD, selon les cas et résultats du test (Avenant no18 à la convention des pharmaciens signé le 18 septembre 2019 avec entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2020)

b. Impacts potentiels :

On a donc **une prise en charge de ces tests** par l'Assurance maladie obligatoire mais **aussi par les complémentaires santé**.

Un projet de décret CE modifiant les conditions de prise en charge par l'assurance maladie des prestations hospitalières sans hospitalisation et des actes et consultations externes en lien avec ces prestations ainsi que des prestations réalisées



par les pharmaciens d'officine devrait préciser que **le taux de participation de l'assuré est fixé entre 25% et 35% concernant le TROD.**

Dès la parution de ce Décret au JO, l'UNCAM aura 2 mois pour fixer le taux de la participation de l'assuré dans cette fourchette. Si elle ne le fait pas, c'est un arrêté ministériel qui s'en chargera. A priori, le taux serait de 30%.

En tout état de cause, la **mise en place de ce nouveau ticket modérateur** pourrait avoir une **influence sur les cotisations des contrats santé.**

- c. Opportunités et perspectives :

Néant.

X. Les expérimentations

- a. Présentation de la mesure :

La LFSS pour 2020 poursuit l'extension de l'article 51 LFSS pour 2018 avec de **nouvelles dérogations possibles dans le cadre des expérimentations** :

- Permettre le remboursement d'examen de biologie médicale réalisés à la demande du patient sans prescription médicale ;
- Permettre l'extension des lieux et des conditions de prélèvements et de réalisation des analyses des examens de biologie médicale ;
- Transports sanitaires : déroger aux conditions d'agrément, du nombre théorique de véhicules, des catégories de moyens de transport ;
- En dentaire : financer la participation de dentistes libéraux aux centres régulant les appels d'urgence médicale.

- b. Impacts potentiels :

Les organismes complémentaires ne participeront pas à ce financement dans le cadre de l'expérimentation, mais il faudrait être **vigilant sur les modalités de prise en charge si les expérimentations devaient basculer un jour dans le droit commun.**

- c. Opportunités et perspectives :

L'article 51 de la LFSS pour 2018 donne la possibilité aux acteurs du système de santé de proposer des organisations innovantes ou d'expérimenter de nouveaux modèles de financement inédits en dérogeant aux règles de droit commun le temps de l'expérimentation. Pour le législateur, les objectifs poursuivis doivent être l'amélioration de la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale, l'amélioration des parcours des usagers, de l'efficacité du système de santé, de l'accès aux prises en charge (prévention, sanitaire et médico-sociale).

Les organismes complémentaires peuvent être porteurs de projets. Une plateforme de dépôt et d'instruction des projets d'expérimentation a été mise en place à cet effet en juillet 2018.

A titre d'exemple, un projet de centre de soins ostéoarticulaires en ambulatoire a été mis en place à l'initiative d'un collectif de professionnels de santé et de la MGEN. Il fait partie des rares projets à avoir été validé par l'ARS concernée au titre de l'article 51. Ainsi, au sein d'un centre de santé de la MGEN, une équipe pluridisciplinaire réalisera « un bilan diagnostic ainsi qu'un plan personnalisé de soins accompagné d'une démarche d'apprentissage thérapeutique » à destination de patients dès début 2020, et ce parcours sera financé par un forfait.

-> Quid de la position du Groupe dans le développement de projets à l'initiative des acteurs de terrain, présentant un intérêt significatif pour l'amélioration de la prise en charge, tels que de nouvelles modalités d'organisation et de répartition entre véhicules sanitaires légers et ambulances ou taxis ? Impacts VYV 3 (Transports sanitaires).

-> De manière générale, quid du positionnement du Groupe et entités du Livre 3 dans la proposition d'expérimentations innovantes pour réformer le système de santé ?