

## POINT SUR LA PETITE LOI ADOPTÉE PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

*L'examen, en première lecture, du Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2016 s'est achevé à l'Assemblée nationale le 23 octobre dernier et la "petite loi" a été adoptée le 27 octobre. Comme chaque année, la FHF est entièrement mobilisée et soutient plusieurs amendements afin de promouvoir les missions des établissements publics de santé et médico-sociaux et concrétiser les prises de positions de la FHF des derniers mois.*

*La présente lettre a pour objectif de vous dresser un point synthétique des informations essentielles à retenir sur la discussion du PLFSS 2016. Ce second numéro vise plus particulièrement à mettre en évidence les principales mesures adoptées par les députés et ayant une incidence sur les établissements de santé et médico-sociaux, avant l'examen du texte par les Sénateurs à partir de mi-novembre.*

### Discussion et le vote du PLFSS 2016

Le PLFSS pour 2016 a été examiné avec une rapidité qui a surpris la plupart des observateurs. Le Gouvernement a souhaité conduire une discussion cadrée et c'est ce qui explique le peu de différences entre le projet de loi initial et la version issue de la première lecture. Au total, sur les quelques 940 amendements déposés, 291 ont été adoptés, 274 ont été rejetés, 188 n'ont pas été soutenus et 27 ont été retirés.

Au final, le projet de loi a été adopté en première lecture par **286 voix pour** (Groupe socialiste, républicain et citoyen, Groupe écologiste, Groupe radical, républicain, démocrate et progressiste) et **245 voix contre** (Les républicains, Groupe de l'union des démocrates et indépendants, Groupe de la gauche démocrate et républicaine) et **27 absentions**.

Comme chaque année, **les équipes de la FHF ont participé à de nombreuses auditions et rencontres** avec les différents rapporteurs du texte et groupes politiques afin de défendre plusieurs mesures mais également de faire évoluer le texte sur différents points. Des rencontres se sont en outre tenues avec le cabinet de la Ministre de la santé en amont et pendant la discussion afin que les mesures soumises à l'examen des parlementaires soient le plus en phase possible avec les réalités et besoins des établissements de santé.

### Principales dispositions de la « petite loi »

#### *Les députés confirment un ONDAM historiquement bas*

Pour 2015, les députés ont confirmé, par l'article 6 du PLFSS, la limitation de l'ONDAM à +2, 05% soit 181,9 milliards d'euros de dépenses contre une prévision de 182,3 milliards d'euros inscrite dans la LFSS pour 2015.

Concernant l'ONDAM pour 2016, les députés ont voté une progression historiquement basse de 1,75%, correspondant à 185,2 milliards d'euros de dépenses, repartis comme suit :

- soins de ville : 84,3 milliards d'euros (+2 %)
- soins hospitaliers : 77,9 milliards d'euros (+1,75 %)
- soins du secteur médico-social : 18,2 milliards d'euros (+1,9 %)
- fonds d'intervention régional : 3,1 milliards d'euros (+1 %)

- autres prises en charge : 1,7 milliards d'euros (+4,6 %)

### Principales dispositions concernant les établissements de santé

- **Vote d'un prélèvement pour 2016 de 40 millions sur le Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH)** afin d'abonder le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) (*art 16*). Selon le gouvernement, ce transfert vise à limiter les efforts d'économies devant être réalisés par les établissements de santé.
- **Pérennisation de l'expérimentation** conduite en Pays de la Loire **relative à l'organisation de la permanence des soins ambulatoires (PDSA)** (*art 44*). Cette expérimentation a consisté à confier à l'ARS la gestion d'une enveloppe globale de financement de la PDSA incluant les forfaits d'astreinte mais aussi l'activité réalisée lors des permanences. Ce dispositif est désormais ouvert aux autres ARS souhaitant participer à cette expérimentation.  
Si la FHF a apporté son soutien à cet article, elle a néanmoins rappelé au gouvernement et aux parlementaires que **la solution aux difficultés rencontrées réside d'abord et avant tout dans le retour à une obligation individuelle pour chaque médecin de participer à la permanence des soins**. Sans ce retour à une responsabilité collective et individuelle, conséquence évidente du financement public dont bénéficient tous les médecins, les hôpitaux publics continueront à assumer souvent seuls la permanence des soins dans de nombreux territoires.
- **Généralisation** à l'ensemble du territoire de **l'expérimentation relative au financement des certificats de décès** par le Fonds d'intervention régional (*art add après art 44*).
- **Adoption de mesures de régulation géographique des installations** pour les chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes libéraux (*art add après art 45*). Cet article habilite les partenaires conventionnels à procéder à une régulation du conventionnement dans les zones sur-denses, fondée sur des critères géographiques, afin de lutter contre les déserts médicaux. La FHF se félicite de cet article mais fait part de son incompréhension quant à la non inclusion des médecins dans ce dispositif.
- **Refonte de la tarification des structures pour personnes handicapées** (*art 47*) pour un meilleur accompagnement des situations complexes de handicaps. Il s'agit notamment de l'obligation de signer avec les ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), permettant de passer d'une tarification au prix de journée à un financement par dotation globale de financement. Dans le contexte de la conclusion des CPOM, la FHF demande la prise en compte du financement des missions d'intérêt général (MIG) qui n'existent pas aujourd'hui dans le secteur médico-social.
- **Report au 1<sup>er</sup> janvier 2020 de la réforme du mode de calcul du ticket modérateur** (*art 48*). Cette prolongation de la phase transitoire est justifiée par l'impossible bascule sur les groupes homogènes de séjours (GHS) au 31 décembre 2015. La FHF souhaite que cette prolongation porte non seulement sur le secteur MCO mais également sur le SSR.
- **Réforme du financement des SSR** (*art 49*). Un nouveau modèle de financement commun aux SSR publics et privés sera engagé à compter de 2017, s'appuyant sur une dotation modulée à l'activité (DAM) et sur des financements complémentaires. La FHF salue l'engagement d'une telle réforme tarifaire, indispensable à la consolidation et au développement des prises en charges publiques, même si elle regrette que le démarrage ne soit pas effectif dès 2016.
- **Fusion des contrats tripartites** (*art 50*). Pour gagner en simplicité et lisibilité, les contrats tripartites conclus entre les établissements de santé, les ARS et les caisses d'assurance maladie sont désormais fusionnés. Sont concernés le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQOS), le contrat de bon usage (CBU) et le contrat concernant la pertinence des soins.

- **Renforcement des formalités conditionnant le remboursement des transports sanitaires** (*art add après art 50*). L'article prévoit l'obligation d'identification du prescripteur de transport sanitaire, ce qui sera d'ailleurs une des conditions pour la prise en charge par l'assurance maladie.
- **Désignation d'établissements de santé pour participer aux études nationales de coût** (*art 51*). L'article définit une procédure de constitution des échantillons, destinée à garantir la fiabilité des données issues des études de coûts. Il prévoit également une pénalité financière dans le cas de non-coopération à l'échantillonnage.
- **Intégration des ESA/ESMES dans l'ONDAM** : Alors que le financement de ces structures relevait jusqu'alors du budget de l'Etat, il sera, dès 2017, intégré dans l'ONDAM.

#### *Autres dispositions susceptibles d'intéresser les établissements*

- **Création d'une « protection universelle maladie »** (*art 39*). Ainsi, avec des conditions d'ouverture fortement simplifiées, la notion d'ayant droit majeur sera progressivement supprimée d'ici au 31 décembre 2019, au profit d'une affiliation individuelle de chaque assuré.
- **Simplification et amélioration de la prise en charge des soins pour les victimes de terrorisme** (*art 40*)
- **Garantie de la gratuité et de l'anonymat** pour les consultations et les actes en lien avec la prescription d'un contraceptif pour les mineures d'au moins 15 ans (*art 41*)
- **Prise en charge à 100 % des mammographies de dépistage du cancer du sein** pour les femmes ayant un risque élevé (*art add après art 41*)
- **Création de contrats coopération pour les soins visuels** (*art 42*), favorisant le travail entre les ophtalmologistes et les orthoptistes. Les contrats seront conclus entre les professionnels de santé/le centre de santé, l'ARS et l'organisme local d'assurance maladie afin de réduire les délais d'accès aux soins visuels et renforcer leur accessibilité financière.
- **Expérimentation d'un dispositif de prévention de l'obésité chez l'enfant** (*art 43*)
- **Alignement du taux de cotisation maladie**, maternité et décès des praticiens médicaux conventionnés (9,8%) sur celui des travailleurs non salariés (6,5%)
- **Contribution spécifique des laboratoires pharmaceutiques pour faire face au coût des traitements innovants contre l'hépatite C** : les laboratoires devront payer une contribution W (pour les chiffres d'affaire hépatite C supérieurs à 700 millions d'euros) et L (taxation du CA jusqu'à -1% du de progression annuelle)
- **Fiscalité du tabac** : les débats ont été agités entre le Gouvernement et les députés concernant la fiscalité du tabac. En dépit de plusieurs amendements proposant une hausse de cette fiscalité, le Gouvernement n'a pas souhaité une augmentation des prix, estimant qu'une telle hausse n'était pas souhaitable au moment où le paquet neutre allait être mis en place.
- **Complémentaire santé des plus de 65 ans** (*art 21*) : les contrats seront sélectionnés puis labellisés, tandis qu'un décret en Conseil d'Etat précisera les garanties de qualité et de services aux assurés.

*Plusieurs rapports sont prévus par le PLFSS 2016*

Le Gouvernement devra remettre au Parlement plusieurs rapports :

- avant le 31 décembre 2016, un rapport portant sur **la prise en charge de l'ensemble des frais directs ou indirects liés à une pathologie cancéreuse** et sur les restes à charge des patients, notamment liés à une chirurgie réparatrice ;
- avant le 1er octobre 2016, un rapport relatif au **développement et à la valorisation des consultations pluridisciplinaires** au sein des établissements de santé ;
- avant le 1er juillet 2016, un rapport sur **les modalités de la généralisation de la couverture complémentaire de santé** pour les salariés de particuliers employeurs ;
- avant le 31 décembre 2016, un rapport précisant **les conditions de mise en œuvre de la continuité des soins entre le domicile** et le placement dans les établissements et services mentionnés au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles ;
- avant le 31 décembre 2016, un rapport sur **les conditions d'extension aux travailleurs handicapés accueillis dans les établissements** du bénéfice de la couverture minimale.