

LE POINT SUR LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2016

L'examen du Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2016 a débuté devant le Parlement et l'Assemblée Nationale vient d'en achever la première lecture. Comme chaque année, la FHF est entièrement mobilisée et soutient plusieurs amendements, tant à l'Assemblée Nationale qu'au Sénat, afin de promouvoir les missions des établissements publics de santé et médico-sociaux et de concrétiser les prises de positions de la FHF des derniers mois.

La présente lettre a pour objectif de vous adresser un point synthétique des informations essentielles à retenir sur la discussion du PLFSS 2016. Ce premier numéro vous propose un panorama des principales dispositions du PLFSS 2016.

Construction générale du PLFSS 2016

Un effort marqué de maîtrise des dépenses

Entre 2013 et 2014, le déficit du régime général s'est réduit de 2,8 milliards d'euros et continue à diminuer en 2015, de 700 millions d'euros, pour atteindre -9 milliards d'euros et -12,8 milliards d'euros avec le FSV.

La réduction du déficit des comptes sociaux est atteinte grâce à des efforts sans précédent de maîtrise des dépenses, et notamment :

- **Le ralentissement de la progression de l'ONDAM en 2015** qui sera poursuivie en 2016 avec l'objectif fixé à + 1,75%
- **La montée en charge des économies décidées sur la branche famille** – la modulation des allocations familiales en fonction des ressources est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2015 et le montant total des économies continuera de s'accroître en 2016
- **L'effet de certaines mesures de la loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraite** adoptée en 2014, qui montent en charge et ont un impact en 2015, notamment les nouvelles dispositions régissant le cumul emploi retraite
- **La maîtrise des dépenses de fonctionnement** est prévue par les conventions d'objectifs et de gestion signées en 2014 pour les branches maladie, vieillesse et recouvrement

En 2016, la poursuite de l'objectif de rétablissement des comptes sociaux

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 confirme l'objectif de poursuivre le rétablissement des comptes sociaux. En 2016, **le déficit cumulé** du régime général et du FSV sera ainsi de **- 9,7 milliards d'euros**, ce qui correspond au niveau d'avant la crise financière de 2008. Par ailleurs, pour la première fois depuis 2003, deux branches – vieillesse et AT-MP – seront excédentaires en 2016. Quant à la branche famille, elle se rapprochera de l'équilibre, avec un déficit de l'ordre de 800 millions d'euros alors que le déficit de **la branche maladie** reste plus significatif et devrait s'établir en 2016 à **-6,2 milliards d'euros**.

Les chiffres clés de l'ONDAM 2016

L'ONDAM pour 2016 progresse de **1,75 %** et s'élèvera à 185,2 milliards d'euros (contre 182,3 milliards d'euros en 2015). Le sous-objectif pour les **soins de ville** est de **84,3 milliards d'euros** (avec un taux de progression de 2%) et le sous-objectif pour les **établissements de santé** est de **77,9 milliards d'euros** (un

taux de progression de 1,75%). Le Fonds d'intervention régional (FIR) est quant à lui fixé à 3,1 milliards d'euros.

Evolution de l'ONDAM par sous-objectifs

	<i>Niveau de dépenses par sous-objectifs (Md€)</i>	<i>Taux de progression</i>	<i>Taux de progression voté en LFSS 2015</i>
Soins de ville	84,3	2 %	2,2 %
Etablissements de santé	77,9	1,75 %	2,0 %
Etablissements et services médico-sociaux	18,2	1,9 %	2,2 %
Fonds d'intervention régional	3,1	1,0 %	2,1 %
Autres prises en charge	1,7	4,6 %	5,1 %
TOTAL	185,2	1,75 %	2,1 %

Un effort considérable d'économies à réaliser dans la branche maladie

Pour atteindre l'objectif de réduction des déficits, le PLFSS 2016 s'appuie principalement sur **un plan d'économies de 3,4 milliards d'euros**, dont plus de **1 milliard d'euros pesant sur le seul secteur hospitalier**. Ce plan d'économie est la déclinaison, pour 2016, du plan triennal de maîtrise des dépenses de santé. Dans le détail, ce plan repose sur les mesures d'économies suivantes :

- **baisser les prix des produits de santé** et développer les génériques (gain de 550 millions d'euros)
- lutter contre **les prescriptions non pertinentes** (gain de 400 millions d'euros)
- engager **le virage ambulatoire** pour prendre en charge les patients en proximité (gain de 465 millions d'euros)
- **optimiser les achats et fonctions logistiques** pour améliorer l'efficacité de la dépense hospitalière (gain de 420 millions d'euros)

Les principales mesures du PLFSS pour 2016

Le déploiement du Pacte de responsabilité et de solidarité

Les premières mesures du Pacte de responsabilité et de solidarité, au bénéfice de l'emploi, de la compétitivité et de la croissance, ont été mises en place en 2015. Dans le contexte de la deuxième étape de la mise en œuvre du Pacte, le PLFSS prévoit notamment :

- l'extension de la baisse des cotisations d'allocations familiales pour tous les salaires **inférieurs à 3,5 SMIC (art 7)**
- **la hausse de l'abattement** d'assiette de C3S (art 8)

La création de la protection universelle maladie

La protection maladie universelle ne consacre pas une extension de la protection sociale à de nouvelles populations mais vise à simplifier la prise en charge des frais de santé et à éviter les ruptures de droits :

- **Universalisation de la prise en charge des frais de santé** : toute personne qui travaille ou, lorsqu'elle n'a pas d'activité professionnelle, réside en France de manière stable et régulière (6 mois minimum) bénéficiera désormais pleinement du droit à la prise en charge de ses frais de soins (art 39).

- Le même *article 39* prévoit également la **suppression progressive du statut d'ayant droit** : tous les adultes deviendront désormais des assurés à part entière. Les changements de situation professionnelle (divorce notamment) n'auront donc plus d'incidence sur les droits des assurés sans activité professionnelle. Chaque assuré majeur aura par conséquent son propre compte d'assuré, son propre décompte de remboursement et recevra ses remboursements sur son propre compte bancaire.

La mise en œuvre de la Stratégie nationale de santé

Le PLFSS pour 2016 prévoit de mettre en œuvre les orientations de la Stratégie nationale de santé qui vise notamment à favoriser :

- **la prévention** :
 - des programmes de **prévention de l'obésité** chez les jeunes enfants seront expérimentés (*art 43*)
 - **la gratuité et la confidentialité** du parcours de contraception des mineures sera garantie (*art 41*)
- **des parcours de prises en charge** :
 - la modernisation de la filière visuelle sera soutenue pour **raccourcir les délais d'attente pour une consultation d'ophtalmologiste** et les coopérations innovantes entre professionnels seront financées (*art 42*)
 - l'offre de prise en charge des personnes handicapées sera **mieux adaptée** aux parcours des personnes (*art 46*)
- **l'accès aux soins, par l'extension des dispositions de l'accord national interprofessionnel** :
 - **le soutien** à la souscription d'un **contrat de complémentaire santé**, d'une part pour **les salariés précaires**, en contrat court ou à faible quotité de travail (*art 22*) et d'autre part pour **les retraités**, avec une mesure destinée à diminuer le coût des contrats souscrits par les plus de 65 ans (*art 21*)

Les articles relatifs au secteur hospitalier et médico-social

La loi de santé et la loi d'adaptation de la société au vieillissement ayant fait l'objet de nombreux débats au Parlement, le PLFSS 2016 comporte logiquement peu de mesures relatives aux établissements de santé et médico-sociaux. Il faut souligner toutefois les dispositions suivantes :

- L'un des objectifs du PLFSS est de **soutenir l'accès aux soins de proximité**. Dans ce cadre, après un bilan positif, *l'article 44* prévoit la **pérennisation du dispositif expérimental**, déployé en Pays de la Loire, confiant à l'ARS la gestion d'une enveloppe globale de **financement de la PDSA** et ouverture du dispositif aux ARS volontaires – **cf note annexée à la présente dépêche**.
- Concernant la réforme du ticket modérateur, **la période transitoire a été prolongée jusqu'à l'année 2020** (*art 48*). Cela pour deux raisons : pour pouvoir s'appuyer sur des processus de facturation fiabilisés au sein des établissements et pour pouvoir poursuivre les travaux en cours de définition d'une nouvelle assiette de participation.
- **La réforme du financement des SSR** a été finalement introduite dans le PLFSS, dans *l'article 49*, avec *mise en œuvre progressive dès 2017*. Elle permettra notamment de pallier les carences du système actuel et permettra une allocation des ressources plus efficiente et plus équitable entre les secteurs et entre les établissements, tout en favorisant le développement des prises en charge ambulatoires.

- Afin de donner **plus de lisibilité au modèle contractuel**, le PLFSS pour 2016 prévoit la **fusion** du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQOS), du contrat de bon usage (CBU) et du contrat concernant la pertinence des soins (*art 50*).
- Enfin, pour accroître la fiabilité et la pertinence du modèle de financement des établissements de santé, le PLFSS introduit dans *l'article 51* la **participation contrainte des établissements aux études nationales de coûts** dès lors que l'échantillon de participants volontaires est jugé insuffisant à la fiabilité des coûts.

Focus sur le financement du secteur médico-social

Concernant le secteur médico-social, en 2016 **19,5 milliards d'euros** seront consacrés aux établissements et services médico-sociaux. La somme est répartie comme suit :

- **18,2 milliards d'euros** de l'assurance maladie (l'ONDAM médico-social, en progression de 1,9 %)
- **1,2 milliards d'euros** de la part de la Contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA)
- **110 millions d'euros** de la part des réserves de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Les dépenses allouées représentent donc **une progression de 1,9 % (3% en 2014 et 2,2% en 2015)**, soit **une augmentation de 405 millions d'euros**, ce qui permettra notamment :

- de revaloriser de 0,8 % les moyens dévolus au titre des places et des services existants
- de soutenir les plans de création de places pour les établissements et services pour personnes handicapées, de poursuivre le déploiement du plan autisme 2013-2017
- de mettre en œuvre les plans « Grand âge », « Alzheimer », et d'engager la réalisation du plan « Maladies neurodégénératives »
- de renforcer l'encadrement en soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Même si la FHF salue les 405 millions d'euros de mesures nouvelles ainsi que les annonces favorables aux établissements comme celle de la réouverture du tarif global des EHPAD, elle **regrette toutefois la faiblesse du taux d'évolution de l'ONDAM médico-social, le plus faible depuis 10 ans**. Le secteur étant déjà en tension et les besoins allant croissants, **la FHF s'inquiète de l'insuffisance des moyens** pour couvrir l'évolution des dépenses du secteur et pour appréhender l'évolution démographique du pays. Ainsi, la FHF demande aux pouvoirs publics **une plus grande cohérence** afin de remédier à l'inadéquation entre les moyens alloués et les besoins du secteur.

Il est à noter que la loi d'adaptation de la société au vieillissement entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2016. Néanmoins, malgré ce texte, les questions du reste à charge, du coût de la dépendance et du modèle de tarification restent entières.

ANNEXE

FOCUS SUR L'ARTICLE 44 DU PLFSS POUR 2016 RELATIF A LA PERENNISATION DU DISPOSITIF EXPERIMENTAL D'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRE

L'article 44 du PLFSS 2016 prévoit **la pérennisation d'un dispositif expérimental en matière de permanence des soins ambulatoire (PDSA)** mis en place par l'Agence régionale de santé (ARS) dans la région des Pays de la Loire, **ainsi que son extension au territoire des ARS qui en feraient la demande.**

Par ce dispositif, introduit initialement par la Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 (LFSS 2008), il s'agit de **confier à l'ARS la gestion d'une enveloppe globale de financement de la PDSA.** Cette enveloppe contient **notamment** :

- les forfaits d'astreinte (relèvent de la convention signée entre l'ARS et l'association départementale pour l'organisation de la permanence des soins de la région) ;
- l'activité réalisée par les médecins lors des permanences (sur la base du tarif plancher fixé dans l'arrêté relatif à la rémunération des médecins participant à la PDSA, soit 150€ pour 12 heures).

I/ Rappel des principes du dispositif expérimental mis en place dans la région des Pays de la Loire

Le modèle expérimental d'organisation de la PDSA sur le territoire se base sur :

- une organisation régionale cible prenant en compte la territorialisation des soins de premier recours et une cible économique équitable sur l'ensemble du territoire,
- des « opérateurs » de permanence des soins responsabilisés sur la base d'une délégation de gestion,
- des valorisations de rémunération laissées au choix des opérateurs mais plafonnées (4 consultations (4C) par heure pour la régulation, triplement de l'astreinte pour les médecins effecteurs).

L'expérimentation vise un double objectif : **garantir et améliorer l'accès aux soins urgents** aux horaires de fermetures de cabinets libéraux ; **optimiser les ressources médicales** et **responsabiliser les professionnels de santé.**

Le modèle est validé par le ministère de la Santé et voit sa mise en œuvre ainsi que son suivi confiés à l'ARS des Pays de la Loire. Les dispositions expérimentales sont prévues au **II de l'article 44 de la loi n° 2007-1786 du décembre 2007 de financement de la Sécurité sociale pour 2008.**¹ Elle prévoit qu'à titre expérimental, l'ARS :

- **Fixe le montant et les modalités des rémunérations** des médecins assurant la permanence des soins
- **Finance des actions et des structures** qui permettent d'améliorer la permanence des soins
- **Se voit déléguer par le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins les crédits nécessaires.** Ce fonds précise les limites dans lesquelles l'ARS fixe les montants des rémunérations des médecins assurant la permanence des soins

¹ A noter que le présent article évoque les « missions régionales de santé », fusionnées à partir du 1^{er} avril 2010 au sein des « agences régionales de santé ».

II/ Le bilan positif de l'expérimentation

Selon les évaluations réalisées par l'ARS Pays de Loire et le Ministère de la santé, le modèle instauré en Pays de Loire a permis de **créer une dynamique fédératrice et partenariale** sans précédent dans la région, poursuivant l'objectif de **maintien d'une permanence des soins assuré à 100%** par les libéraux tout en s'inscrivant dans la complémentarité de l'action des médecins hospitaliers.

Il est à noter que la structuration du dispositif s'est effectuée **dans le dialogue et sans conflit** alors que les grèves et la non-couverture de secteurs de gardes étaient devenues fréquentes avant 2008.

Alors que la dernière enquête nationale de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale au 31 décembre 2014 souligne l'érosion continue du volontariat et l'abandon croissant des gardes en nuit profonde, **en Pays de la Loire, le système mis en place au travers de l'expérimentation a permis, au contraire, l'engagement ou le maintien de l'implication de la majorité des médecins dans l'organisation de la PDSA, y compris en nuit profonde.**

Avec un **coût moyen à 4,43 €** par habitant en 2014, hors coût annexe (notamment le coût de fonctionnement des associations départementales pour l'organisation de la permanence des soins et des maisons médicales de garde), la PDSA en Pays de la Loire se situe à un tarif **inférieur à la moyenne nationale** (6,05 € en 2011). Cette expérimentation a permis de générer **11% d'économie, soit 1,44 millions d'euros par rapport à 2008**. Le volume d'actes, en baisse de près de 30% par rapport aux données de 2008, traduit **une volonté affichée de la part des médecins libéraux de participer à la maîtrise des dépenses de santé**

Bilan de l'expérimentation en Pays de la Loire (Synthèse issue du Rapport de l'évaluation de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunérations menée dans le cadre de la Permanence des Soins Ambulatoire dans la région des Pays de la Loire 2011-2014, ARS Pays de la Loire)

Objectifs atteints	Objectifs partiellement atteints / contraintes
<p>Diminution du nombre de secteurs par 2 : 50 secteurs (2014) contre 96 (2008) avec l'implantation de 34 MMG (une sur chaque secteur en Loire Atlantique, Maine et Loire et Mayenne)</p>	Déploiement des MMG non achevé en Vendée
<p>Augmentation de 10% du volume d'heures de régulation</p>	
<p>9% de médecins régulateurs supplémentaires avec formation renforcée et pratiques stabilisée depuis 4 ans</p>	
<p>Près de 8 % de médecins effecteurs supplémentaires par rapport à 2011 (1 603 sur la zone expérimentale en 2011 contre 1 729 en 2014)</p>	
<p>Absence de carence autant en régulation qu'en effectif permettant de ne plus avoir recours aux réquisitions.</p>	<p>Absence de couverture en nuit profonde des plages de régulation et d'effectif en Maine et Loire</p> <p>Absence de couverture en nuit profonde pour les 3 secteurs urbains en Mayenne au vu de la faible activité. En accord avec les 3 CH, les patients sont orientés vers les services d'urgence après minuit.</p>
<p>Mise en place du dispositif Médecins mobiles en Loire-Atlantique et en Vendée permettant de couvrir la nuit profonde, avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une part d'intervention en EHPAD ou établissement médico-sociaux non négligeable permettant d'éviter de nombreuses hospitalisations - une part d'actes suivi d'un envoi aux urgences limitée <p>Le dispositif des médecins mobiles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - permet d'éviter le recours aux TS et à l'hospitalisation pour 75% de la population prise en charge, soit 2 150 actes en Loire Atlantique et 750 pour la Vendée - favorise le maintien du patient dans son cadre de vie - favorise la coordination entre professionnels et permet un temps d'accompagnement des proches important dans certaines situations 	<p>Faiblesse du volume des actes des médecins mobiles, plus spécifiquement en 85, qui génère un coût relativement important pour ce département.</p> <p>Malgré ce coût, l'enveloppe PDSA en 2014 est en diminution par rapport à 2008.</p> <p>Par ailleurs, le dispositif des médecins mobiles a été mis en place en septembre 2012 en Vendée. C'est un dispositif encore récent dont la montée en charge est progressive et notamment auprès des personnes âgées vivant en EHPAD. Dans ce cadre, le recours à ce dispositif peut être amélioré, si on compare par rapport à la Loire Atlantique (20 % d'intervention en EHPAD contre près de 10 % pour la Vendée), notamment en passant par une communication auprès du secteur médico-social.</p>