



Projet de loi de Financement de la Sécurité sociale

2016

L'analyse de l'Uniopss

Octobre 2015

ONDAM

L'Objectif national de dépense de l'Assurance maladie connaît cette année une nouvelle restriction de sa progression, et atteint un taux historiquement bas. Rappelons que tous les ans, les pouvoirs publics creusent l'écart entre l'évolution tendancielle de l'ONDAM, l'évolution qui permettrait de répondre aux besoins des personnes, et l'effectivité de l'ONDAM. Ce choix de gestion traduit une rigueur qui se concrétise sur les réponses aux personnes, et interroge sur la rationalisation de la solidarité nationale dans les prises en charge.

Le taux d'évolution de l'ONDAM, par rapport au montant prévisionnel des dépenses pour l'année 2015, est fixé à + 1,75 % contre + 2,1 % voté dans le cadre de la LFSS 2015.

Malgré un strict respect de l'ONDAM, qui tend à s'affaiblir d'année en année, le déficit demeure toujours présent. **Les objectifs d'économies portés par le gouvernement impactent l'ensemble des sous-ONDAM qui voient leurs moyens diminuer, se contracter, ou ne pas évoluer à la hauteur des besoins.**

En 2016, 19,5 Md€ (8,9Md€ PA et 9,3 Md€ PH) seront dédiés aux ESMS des personnes âgées et handicapées, 18,2Md€ viennent de l'ONDAM médico-social, 1,2 Md€ d'une fraction de la contribution de la solidarité pour l'autonomie, 113M€ des taxes sur le tabac; une nouvelle fois, 110M€ seront prélevés des réserves de la CNSA. Les 405M€ de mesures nouvelles (+ 2,1 %) ont pour objectif de renforcer l'encadrement des EPHAD (100M€), de mettre en œuvre les plans Solidarité grand âge et Alzheimer (40M€) et d'engager le plan maladies neurodégénératives (8,1M€), ainsi que de soutenir la création de place pour personnes en situation de handicap, tout en poursuivant le déploiement du plan Autisme.

Ces 19,5Md€ ne répondent pas à l'ensemble des enjeux de l'autonomie et du vieillissement de notre société, il semble que « l'effort poursuivi » en faveur de la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées marque un ralentissement certain que nous ne pouvons que déplorer, face aux besoins de personnes.

Les ONDAM ville et de santé atteignent respectivement des objectifs de dépense de 84,3 Md€ et 58,1Md€. L'ONDAM poursuit notamment l'objectif d'améliorer la maîtrise de la dépense hospitalière, mais aussi de renforcer le développement de l'hospitalisation à domicile, du virage ambulatoire ainsi que la maîtrise des produits de santé. Dans ce volet, le gouvernement conserve l'axe de la maîtrise de la dépense ; il mobilise **peu de moyens pour lutter contre les inégalités spatiales et sociales en matière de santé**, alors que c'est ce que l'Union espérait dans la droite ligne du projet de loi de modernisation de notre système de santé.

Pour un objectif global de dépense de 181,9 Md€ en 2016, le gouvernement n'offre au secteur des solidarités que la possibilité de faire plus avec moins de moyens. De lois de financement en lois de financement rectificatives, l'ONDAM subit une véritable cure d'austérité. Même si le redressement du déficit demeure un noble objectif, il paraît difficilement tenable de diminuer des moyens qui sont loin d'être suffisants pour répondre aux enjeux et défis en matière de santé et de développement social.

Alors que le projet loi d'adaptation de la société au vieillissement n'a pas saisi l'opportunité d'une modernisation des établissements, que les conseils départementaux connaissent une baisse de leurs dotations, que le projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2016 prévoit le transfert du financement des ESAT de l'Etat à l'Assurance maladie (ONDAM) à compter de 2017, cet ONDAM à 1,75 % adresse un message paradoxal à notre société : bien que les défis du vieillissement de la population et des inégalités en matière de santé soient avérés, les moyens alloués demeurent très faibles.

Outre le fait que les acteurs ont besoin de moyens pour assurer un accompagnement et une prise charge de qualité, les ESSMS et les ES ont également besoin de moyens pour répondre aux évolutions de leurs dépenses. **Cette rigueur budgétaire à l'égard du secteur des solidarités risque d'instaurer une nouvelle spirale de baisse des effectifs, de regroupements ou encore de plans pour rechercher l'équilibre budgétaire**
Indéniablement, cet ONDAM 2016, qui tente de lutter contre un déficit structurel, va générer une baisse de moyens pour les personnes et les territoires. Ces mesures d'économies risquent de pénaliser durablement l'emploi dans notre secteur, et de ne pas constituer une réponse suffisante face aux enjeux des nouveaux traitements et des maladies.

	Prévision du réalisé 2015	PLFSS 2016	
Soins de ville	82,9	84,3	+ 1,7 %
Etablissements de santé	76,6	77,9	+ 1,75 %
ESMS	17,8	18,2	+ 1,9 %
FIR	3,0	3,1	+ 1 %
Autres prises en charge	1,6	1,7	+ 4,6 %
TOTAL	181,9	185,2	+ 1,75 %

Branche Famille

Sur les dispositions générales de la Branche Famille, l'Uniopss prend note de la diminution des recettes à hauteur de 3,1Mds d'€. Cela correspond à une diminution des cotisations patronales d'allocations familiales prévue dans le cadre du Pacte de responsabilité et de solidarité. Cette diminution des recettes est compensée par une diminution des dépenses de 5 Mds d'€. En effet, ce projet de loi de financement de la Branche Famille prévoit une rebudgétisation des allocations de logement familial dans le cadre du projet de loi de financement de l'Etat.

Tableau d'équilibre (en Mds d'€)

Année	Recettes	Dépenses	Solde
2014	56.3	59	- 2.7
2015 (prévisions)	52.8	54.4	- 1,6
2016 (objectif)	48.8	49.6	- 0.6

Ces opérations permettent une avancée notable vers un rééquilibrage de la Branche Famille (- 0,6Mds d'€ en 2016 contre - 1,6 Mds d'€ en 2015). Nous sommes néanmoins loin des perspectives d'évolution positives du Haut Conseil de la Famille "pour retrouver le chemin d'un excédent croissant"¹:

Année	Recettes	Dépenses	Solde
2016 (projections initiales du HCF)	52.4	54.6	-2.3

Si l'Uniopss appelle de ses vœux une consolidation de la Branche, elle reste vigilante à ce que ce qu'il ne se fasse pas aux dépense des familles et notamment des plus vulnérables.

Sur la difficile question des prestations familiales, l'Uniopss considère que la modulation des allocations familiales, mise en œuvre en 2015, a été plus importante dans son principe que dans ses conséquences concrètes. Bien entendu, elle a rompu avec le régime instauré depuis la Libération et avec une certaine conception de l'universalité de ces prestations, principes auxquels on peut être légitimement attaché. Mais dans une situation de crise des finances publiques, telle que nous la connaissons, l'Uniopss reste attachée à la protection des droits des personnes et des familles les plus fragiles. Dans ce cas, il ne lui semble pas que la mesure ait été contraire aux principes les plus évidents de la justice sociale.

Une telle réforme, avec un peu de recul, semble s'inscrire dans une évolution de moyen terme de la branche famille. Celle-ci répond de plus en plus à une demande sociale qui se porte sur les services (accueil du jeune enfant, soutien à la parentalité, médiation familiale, etc.) et peut-être moins sur les allocations.

On peut hésiter sur la pertinence de cette évolution, sur l'équilibre souhaitable entre ces deux types de protection. Mais, en toute hypothèse, elle mériterait un débat qui n'a pas encore eu lieu, alors que les décisions récentes dans le domaine de la famille semblent exclusivement déterminées par des préoccupations financières au détriment d'une stratégie globale et concertée.

Concernant le Fonds National d'Action Social (FNAS), l'Uniopss reste attachée aux axes prioritaires d'intervention fixés dans le cadre de la Convention d'Objectif et de Gestion 2013-2017 entre la CNAF et l'Etat. Les fédérations réunies au sein de l'Union se sont engagés avec la CNAF autour des ambitions fortes prévues par cette COG, dessinant les contours et les priorités de politiques publiques en faveur des familles, et notamment des plus vulnérables: «

¹ "Les aides aux familles", Rapport du HCF, octobre 2013

préparer l'avenir, par l'investissement dans la jeunesse, le soutien aux parents dans leur rôle de parent et le développement d'une offre d'accueil collectif et individuel de la petite enfance permettant une meilleure conciliation entre vie familiale et vie professionnelle. Dans un contexte de crise qui fragilise les familles, il s'agit également de prendre part à la réponse de l'ensemble des institutions publiques à l'urgence sociale et de porter une attention particulière aux familles vulnérables. »

L'Uniopss partage fortement ces constats, dans un contexte où un enfant sur cinq est en situation de pauvreté et une personne pauvre sur trois est un enfant. Ainsi, dans une situation socio-économique aussi fortement détérioré, il semble urgent à l'ensemble des associations réunies au sein de l'Uniopss d'agir, et les moyens d'action proposés par la COG sont un enjeu primordial pour protéger les enfants et les familles les plus menacés.

Analyse législative

Analyse législative Enfance Famille Jeunesse

Articles 32 et 33

L'Uniopss regrette que les dispositions d'adaptations vers l'Outre-Mer mettent du temps à se mettre en place. Ces mesures permettent une harmonisation et une simplification administratives sur les territoires ultra-marins qui va dans le sens des dispositions qui ont été portées sur le territoire métropolitain.

Article 34

Comme pour la question de la modulation des allocations familiales, l'Uniopss réaffirme son attachement à la protection des droits des familles les plus fragiles. S'agissant du Fonds national d'action sociale (FNAS), l'Uniopss soutient, plus fortement encore dans cette période contrainte budgétairement, les efforts impulsés par la COG CNAF-Etat : « préparer l'avenir, par l'investissement dans la jeunesse, le soutien aux parents dans leur rôle de parent et le développement d'une offre d'accueil collectif et individuel de la petite enfance ».

Le cadrage budgétaire proposé dans cet article devrait donc être employé à surmonter les difficultés rencontrées par les acteurs de l'ESS de la petite enfance pour développer l'offre d'accueil des jeunes enfants et atteindre les objectifs de la COG.

Analyse législative Personnes âgées et Personnes handicapées

Article 46

Cet article prévoit le transfert du financement des ESAT du budget de l'Etat (sur le programme 157) à l'Assurance maladie (ONDAM). Ce transfert de financement, effectif en 2017, ferait l'objet d'une compensation de l'Etat à la Sécurité sociale dans le cadre des lois financières pour 2017.

La Dotation Globale de Fonctionnement des ESAT est actuellement financée par l'Etat. Cette dotation est fixée par l'ARS en fonction du nombre de places disponibles dans l'établissement. Elle est modulée en fonction des publics accueillis. Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2016 prévoit le transfert du financement de la dotation globale des ESAT à l'Assurance maladie dès 2017 (ONDAM médico-social). L'ensemble des établissements médico-sociaux seraient alors financés sur une même enveloppe, couvrant ainsi l'ensemble des établissements médico-sociaux. Parallèlement, l'ensemble des établissements accueillant des personnes handicapées devront conclure des CPOM et passeront d'une tarification de journée à une dotation globale. A ce propos, il faudra insérer les ESAT dans l'article 47 : l'Uniopss porte un amendement en ce sens.

La part des crédits liés aux ESAT dans l'ensemble des moyens est en baisse chaque année depuis 2008, en raison notamment de la mise en œuvre de l'acte II de la décentralisation qui prévoyait le transfert des ESAT aux départements dès 2015 et qui privilégia un renforcement de l'existant sans pour autant allouer des moyens suffisants au titre du financement de la

dotation globale de fonctionnement des ESAT et du PAI, actuellement financés par l'Etat. Dans ce contexte, le PLFSS 2016 entend transférer la charge du financement de la dotation globale de fonctionnement des ESAT à l'Assurance Maladie, dans ONDAM médico-social dont le taux de croissance est en nette diminution chaque année.

Le programme pluriannuel de création de places pour un accompagnement tout au long de la vie des personnes en situation de handicap, annoncé à l'occasion de la Conférence Nationale du Handicap du 10 juin 2008, prévoyait la création de 10 000 places supplémentaires en ESAT. 6 400 places nouvelles ont été créées et financées avant que le gouvernement ne décide en 2013, 2014 et 2015, de geler la création de places en ESAT pour des raisons budgétaires. Or, selon les informations recensées par la CNSA à partir des déclarations des MDPH, plus de 12 806 personnes étaient en attente d'un placement en ESAT en 2012. Il est à noter que ce montant est nettement sous-estimé. De nombreuses MDPH n'ont pas transmis leurs données. Ce gel de création de places des ESAT est fort dommageable. Sa « prolongation pourrait renforcer le problème de l'interruption des parcours et des "bouchons" à la sortie des Instituts Médico-Educatifs (IME) et Instituts Médico-Professionnels (IMPRO), c'est-à-dire le maintien d'adultes dans des structures pour enfants et adolescents faute de places dans des établissements pour adultes, conformément au dispositif dit "Creton" ». La campagne budgétaire des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) pour 2013 a effectivement été marquée par un renforcement de l'offre existante afin de préparer le secteur à la réforme de la décentralisation initialement prévue pour 2015. L'existant fut renforcé sans qu'aucune place ne soit créée depuis.

L'Uniopss est favorable au transfert du financement des ESAT du budget de l'aide sociale d'Etat vers l'Assurance maladie dans le cadre de l'ONDAM médico-social, qui conforte la mission médico-sociale de ces établissements, sous réserve que la compensation financière de l'Etat pour l'Assurance maladie prenne en compte l'insuffisance des crédits mobilisés dans ce secteur depuis plusieurs années, notamment en termes de création de places et de plan d'aide à l'investissement. Elle appelle l'Etat à ouvrir avec les fédérations et unions une concertation sur l'avenir des ESAT, et la mise en place d'un véritable programme de développement de l'offre.

Article 47

En l'état, cet article prévoit la généralisation des CPOM pour tous les établissements qui accueillent des personnes en situation de handicap sur 6 ans et un changement de modèle de financement par dotation globale de financement des établissements, en passant d'une tarification au prix de journée à un financement par dotation globale de financement. Les ARS devraient fixer, dans l'attente de la conclusion des futurs CPOM, le prix de journée qui s'appliquera à titre conservatoire au début de l'exercice suivant (sécurisation des recettes de l'établissement sur les premiers mois de l'année). Un décret devrait venir préciser que ce prix de journée conservatoire correspond au niveau des crédits reconductibles de l'année en cours.

L'Uniopss promeut un CPOM non obligatoire comme outil de contractualisation permettant une adaptation de l'offre aux besoins du territoire. Le principe de liberté contractuelle va effectivement à l'encontre du caractère obligatoire du contrat. De surcroît, ce caractère obligatoire interroge sur la capacité des autorités à mettre en œuvre l'obligation, au risque de transformer le CPOM en formalité standardisée, imposée par les pouvoirs publics à leurs interlocuteurs. Il est, en outre, à prévoir que la pluralité des acteurs financeurs, parties au contrat, engendrera, une nouvelle fois, des difficultés pour aboutir à un accord entre les différents financeurs, d'ores et déjà bien identifiées dans le cadre des négociations de CPOM

passées ou en cours. Une méthodologie partagée entre les financeurs doit être développée dans le cadre de la contractualisation, notamment en ce qui concerne la mise en place d'un outil de diagnostic connu et commun aux financeurs.

Les objectifs du CPOM ne doivent pas, par ailleurs, être réduits à leur seule dimension financière, à la recherche d'optimisation voire de convergence tarifaire, mais doivent intégrer l'ensemble des enjeux d'adaptation et de développement des réponses sur les territoires. Une attention particulière doit être portée aux objectifs en termes de taux d'activité : les autorités s'inquiètent généralement d'un risque de baisse du taux d'activité à la suite de la conclusion d'un CPOM. Pour l'Union, il est nécessaire de faire une analyse précise de ce point lors du diagnostic afin de pouvoir interpréter les évolutions ultérieures : certaines baisses peuvent notamment se justifier par des pratiques conformes aux principes du parcours de vie (par exemple concernant les retours en famille le week-end) ou une moindre incitation à la suractivité qui peut être anticipée et soutenue comme une amélioration de la qualité des réponses.

Concernant les moyens financiers, l'Uniojss insiste sur l'importance d'une libre affectation des résultats. Elle n'est effectivement pas favorable à une reprise des excédents, alors même que ceux-ci pourraient utilement être affectés, notamment en réserve d'investissement et qu'aucune reprise des déficits n'est prévue. L'Uniojss promeut également le principe d'une réelle liberté de fongibilité des moyens financiers entre les établissements d'un même gestionnaire.

L'Union prône une politique d'incitation aux CPOM, en suggérant que ceux-ci offrent une réelle plus-value en termes de garantie de financement pluriannuel : la généralisation des CPOM sera d'autant plus rapide et effective que ceux-ci préciseront les objectifs poursuivis et sécuriseront les moyens financiers dédiés. Des mesures incitatives à la négociation pourraient être prévues à destination des financeurs. C'est ainsi l'intérêt de l'outil, qui inciterait les acteurs à engager la négociation et à contractualiser de manière volontaire.

L'Uniojss affirme la nécessité que ces mesures soient cohérentes avec les travaux en cours relatifs à la réforme de la tarification des établissements et services accueillant des personnes handicapées, tout en assurant un lien privilégié entre le sanitaire, le médico-social, pour une meilleure coordination des acteurs au service de la continuité du parcours de vie.

Article 21

Cet article introduit des mesures visant à faciliter l'accès à une complémentaire santé offrant des prestations de qualité, pour un coût le moins élevé possible pour les personnes de plus 65 ans. Pour ce faire, le PLFSS 2016 leur octroie la possibilité d'accéder à des offres d'assurance complémentaire de santé sélectionnées à l'issue d'une procédure de mise en concurrence fondée sur des critères reposant de manière prépondérante sur le montant des primes ainsi que sur des critères de qualité. Ces couvertures santé bénéficieront d'une fiscalité adaptée, par le biais de l'instauration d'un crédit de taxe de solidarité additionnelle.

L'Uniojss salue l'instauration de mesures facilitant l'accès à une complémentaire santé de qualité pour les personnes de plus de 65 ans, qui doivent réaliser un effort plus important que la population globale pour acquérir leur complémentaire. La sélection des offres à l'issue d'une procédure de concurrence interroge néanmoins sur la question de la prépondérance du critère prix, risquant d'inciter les organismes de complémentaire santé à développer une offre à bas coût (« low cost »), au détriment de la qualité des prestations servies.

Analyse législative santé

Articles 6 et 55

Pour l'année 2016, le sous-objectif de l'ONDAM relatif aux dépenses de soins de ville est en augmentation par rapport à l'année 2015 : passage de 82,9 milliards d'euros au titre de l'année 2015 à 84,3 en 2016 (*cf. articles 6 et 55 du PLFSS*). Cela correspond à une augmentation de 1,7 %. A l'inverse, le sous-objectif des dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité est en nette diminution (passage de 58,1 milliards d'euros à 56,8 milliards, soit - 2,2 %).

Ces modifications semblent cohérentes avec le virage ambulatoire annoncé par le gouvernement dans sa Stratégie Nationale de Santé.

L'article 20

Il réforme l'architecture du financement du risque maladie, en concordance avec l'instauration de la « protection universelle maladie » (PUM) annoncée à l'article 39. La « protection universelle maladie » ambitionne en effet, selon le gouvernement, de pallier les ruptures de parcours en faisant des Français des assurés à part entière à travers leur résidence (et non plus seulement à travers leur cotisation professionnelle). Elle introduit ainsi deux modes de cotisation : l'une socio-professionnelle, l'autre basée sur d'autres revenus, sous réserve de respecter des conditions de résidence stables et régulières en France.

L'Unioyss salue l'introduction de cette PUM pour plusieurs raisons :

- **l'évolution sémantique constitue un effort de simplification positif (on ne fera plus de distinction entre le régime général, et la CMU de base). Cet effort sémantique permettra de ne plus discriminer les ex titulaires de la CMU-b. Le droit à la protection est en effet universel, pour toute personne, quelles que soient ses modalités de cotisation et ses revenus ;**
- **l'alinéa 11 de l'article 39 introduit la notion de « droit d'accès effectif à la prévention », pour tous les bénéficiaires de la PUM, ce qui est en cohérence avec l'accent mis sur la prévention dans le projet de loi de modernisation de notre système de santé, en cours d'adoption.**

L'Unioyss émet toutefois plusieurs réserves, notamment en ce qui concerne l'accent mis par le PLFSS sur le contrôle du respect des conditions de résidence (quelles sont les modalités de ce contrôle et quelles sont ces conditions ?). L'Unioyss sera ainsi vigilante sur le contenu du décret en Conseil d'État annoncé à l'article 39, alinéa 19, qui précisera « les conditions d'appréciation de la stabilité de la résidence et de la régularité du séjour ». L'Unioyss surveillera dans ce cadre les modalités de mise en œuvre du dispositif, afin de s'assurer qu'elles n'entraînent pas de diminution du nombre de bénéficiaires. L'Unioyss s'interroge toutefois sur l'absence d'intégration de l'AME dans cette protection maladie dite « universelle ».

Article 39

L'Unioyss se réjouit de l'avancée de cet article sur la protection universelle de maladie et de garantir l'effectivité de la prise en charge des frais de santé tout au long de la vie des personnes. La simplification des conditions d'ouvertures de droit ainsi que la suppression de la notion d'ayant droit majeur vont dans le sens d'un droit individuel lié à la personne.

L'indépendance vis à vis de sa couverture maladie permet à la personne le respect de ses choix et de sa stricte intimité

La protection universelle de maladie (PUM) a l'avantage de ne plus discriminer les ex titulaires de la CMU.

Pour l'Uniopss, cet article constitue une avancée réelle, mais tant que l'AME ne sera pas intégrée dans la PUM, l'universalisme sera inabouti.

Article 40

Il prévoit la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme. L'Uniopss est favorable à ces mesures, qui permettent de simplifier la prise en charge des victimes. Les victimes bénéficieront en effet notamment de l'exonération de toute participation (ticket modérateur, forfait journalier hospitalier...) et de l'assouplissement des formalités pour l'attribution des indemnités journalières maladie.

Un point d'attention toutefois : cet article ne prévoit pas l'indemnisation des personnes victimes d'un acte terroriste sur le territoire français, mais qui seraient en situation irrégulière.

Article 41

Cet article garantit le secret et la gratuité des consultations réalisées par le médecin ou la sage-femme ainsi que des examens de biologie réalisés dans ce cadre en vue de la prescription d'un contraceptif pour les mineures.

L'Uniopss est favorable à ces dispositions qui facilitent l'accès à la contraception (et réduisent ainsi les inégalités de santé), et plus globalement s'inscrivent en cohérence avec le renforcement de la prévention annoncé dans le projet de loi de santé.

Article 42

Il promeut un mode d'exercice coordonné entre les ophtalmologistes et les orthoptistes en vue de réduire les délais d'accès aux soins visuels et de renforcer l'accessibilité financière en la matière. L'Uniopss salue ces dispositions, qui permettront de faciliter l'accès de tous aux consultations de soins visuels. Elle souligne l'intérêt de cette mesure, au regard de l'étude récente de la DREES² montrant que le « manque de moyens financiers » ou des « difficultés d'accès aux aides » (CMU, ACS, etc.) peuvent « réduire le recours à l'ophtalmologue » et à l'opticien.

Article 43

Cet article prévoit le lancement d'expérimentations, à partir du 1^{er} juillet 2016, pour prévenir l'obésité chez l'enfant. Celles-ci comprennent notamment la prescription par le médecin traitant de consultations diététiques, de bilans d'activité physique ou de consultations psychologiques, « en fonction des besoins et de la situation de l'enfant et de sa famille ». Un rapport d'évaluation de ces expérimentations sera réalisé par la CNAMTS et transmis au Parlement avant le 30 septembre 2019.

L'Uniopss souligne la cohérence de cet article avec la mesure de prévention de l'obésité en direction de la population générale insérée à l'article 5 du projet de loi de santé, qui prévoit une amélioration de l'information nutritionnelle. Toutefois, elle regrette que ces expérimentations se limitent à la classe d'âge des enfants de 3 à 8 ans. Elle s'interroge sur la pertinence de cette cohorte très restreinte, et veillera à ce que ces avancées soient étendues aux enfants de plus de 8 ans.

² « TROUBLES DE LA VISION », Lucie Calvet (Drees), avec la collaboration de Pauline Delance, Clément Dufaure, Victor Laliman, Benjamin Quevat (Ensaï), juin 2014

Article 44

Il pérennise le dispositif expérimental mis en place en Pays-de-la-Loire en matière de permanence des soins ambulatoires et l'étend à d'autres territoires, confiant à l'ARS la gestion d'une enveloppe globale de financement en la matière.

L'Uniopss se réjouit de cette mesure d'incitation des professionnels de santé à participer à une meilleure permanence des soins ambulatoires. Elle indique qu'à terme, la mise en œuvre effective de la généralisation de cette expérimentation à l'ensemble du territoire, devrait contribuer à une diminution des inégalités territoriales d'accès à la santé. Elle souligne la cohérence de cette mesure avec le projet de loi de santé (dont le titre III, chapitre 3, s'intitule « Innover pour la qualité des pratiques (...) et pour la qualité des soins »).

Article 45

Il pérennise la délégation des actes réalisés entre professionnels de santé, effectuée jusqu'alors de manière dérogatoire. Des protocoles de coopération permettent en effet depuis 2009 de réaliser, dans un cadre sécurisé, des délégations entre professionnels de santé (après validation par la HAS, et avec le soutien des ARS).

L'Uniopss salue la reconnaissance de ces pratiques et actes innovants, et souligne la cohérence de cette mesure avec le titre III, chapitre 3 du projet de loi de santé intitulé « Innover pour la qualité des pratiques (...) et pour la qualité des soins ».

Article 48

Cet article revient sur les échéances mentionnées dans la réforme du financement des établissements de santé, prévue par la LFSS pour 2004. La réforme du calcul du ticket modérateur à l'hôpital est ainsi reportée à 2020 et, dans l'intervalle, une attention particulière est portée au respect des règles de fixation du montant des tarifs journaliers de prestations.

L'Uniopss comprend les raisons de ce recul, qui permettra aux établissements de santé de réaliser des économies dans l'intervalle. Elle précise qu'avec cette mesure, les patients vont continuer à payer en fonction du nombre de jours qu'ils passent dans la structure, alors que l'établissement est remboursé selon le GHS. L'Uniopss signale que les patients ne bénéficiant pas d'une mutuelle paieront ainsi plus cher leur accès aux soins hospitaliers (la Sécurité sociale ne prenant pas en charge l'ensemble de la prestation).

Article 49

Il prévoit la réforme des financements des soins de suite et de réadaptation (SSR). Le nouveau modèle proposé est commun aux secteurs publics, privé non lucratif et privé lucratif.

Il s'agit selon le gouvernement de mettre en place un modèle de financement de dotation modulée à l'activité, qui articule des financements par dotations, permettant aux établissements de disposer d'un socle de ressources garanties et de mettre en œuvre des stratégies pluriannuelles, et des financements tenant compte des prises en charge réalisées par les établissements et de leurs spécificités (financement des molécules onéreuses, des plateaux techniques spécialisés...).

Le nouveau modèle de financement devrait entrer en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017. L'année 2016 sera consacrée à la préparation de la réforme : mise en œuvre des travaux d'adaptation des systèmes d'information des établissements et de formation de leurs personnels.

L'Uniopss observe cette réforme des financements des soins de suite et de réadaptation, qui homogénéise ces structures et leurs ressources, afin de conforter leur mission. Ces services constituent en effet un élément pivot pour la fluidité des parcours de soins : ils sont situés à la charnière du court séjour, en amont et de la prise en charge en ville ou de l'accompagnement dans le secteur médico-social, en aval. Alternatives à l'hospitalisation complète, ces structures sont ainsi de vrais leviers pour assurer des sorties du système sanitaire dans les meilleures conditions d'autonomie. L'Uniopss restera toutefois vigilante quant à la mise en œuvre de cette réforme, notamment s'agissant de la répartition de l'offre de soins SSR compte tenu des disparités existant en régions (entre les SSR polyvalents et les SSR spécialisés). Elle s'interroge également sur l'absence d'étude d'impact chiffrée en amont de cette réforme, qui aurait pourtant permis d'avoir une meilleure visibilité sur ses conséquences budgétaires.

Article 51

Il prévoit la constitution par les ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, d'échantillons d'établissements afin d'atteindre un niveau de représentativité satisfaisant pour les études nationales de coûts (ENC).

Jusqu'alors, la participation aux études nationales de coûts était basée sur le volontariat et il convient de le conserver, il est nécessaire de s'inscrire dans une logique d'incitation et non de contrainte. Pour ces raisons, l'Uniopss souhaite la suppression de l'alinéa 13 de cet article.

Article 9

Le dispositif des zones de revitalisation rurale (ZRR) consiste à mettre en place une exonération dégressive des cotisations sociales patronales de Sécurité sociale jusqu'à 2,4 SMIC. Depuis maintenant trois ans, ce dispositif vient régulièrement dans les textes législatifs pour ce faire raboter. Même s'il peut s'avérer complexe et pourrait être plus efficient, il constitue une réponse à l'implantation des ESSMS dans les territoires ruraux. Ces ESSMS répondent aux besoins des personnes au sein de territoires en difficultés, mais offrent aussi un développement économique local. Il est nécessaire de rappeler que les associations ne bénéficient pas du CICE et qu'elles sont toujours dans l'attente d'un pacte de responsabilité et de solidarité pour les associations. L'Uniopss insiste sur l'importance de ces établissements pour maintenir un équilibre sociale et de cohésion au sein de ces territoires.

Amendements de l'Uniopss

ASSEMBLEE NATIONALE

Amendement n°1

Article N°47

Alinéa 3

Après les mots :

« *Services mentionnés au 2°,* »

Insérer les mots :

« *Au a et* »

Exposé des motifs

Il s'agit d'intégrer les établissements et services d'aide par le travail au dispositif prévu par l'article 47 du PLFSS.

Tel est l'objet du présent amendement.

Amendements de l'Uniopss

ASSEMBLEE NATIONALE

Amendement n°2

Article N°47

Alinéa 16

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

VII – La commission régionale de régulation et de médiation contribue, auprès des établissements et services, des autorités tarifcatrices, à offrir un espace de dialogue et de médiation. Les établissements et services qui font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens peuvent saisir la commission régionale de régulation et de médiation pour obtenir une conciliation. Les autorités tarifcatrices, les établissements et services peuvent s'appuyer sur les recommandations de la commission.

La composition et l'organisation de la commission sont définies par un décret.

Exposé des motifs

Du fait du caractère obligatoire du CPOM, il semble nécessaire, pour garantir aux parties des conditions libres de contractualisation, d'offrir une espace de régulation pour résoudre les conflits. Il est proposé de créer une commission régionale de régulation et de médiation composé d'un membre d'une fédération ou union, d'un représentant de l'Etat sur le territoire et d'une personne qualifiée, tiers neutre, qui présidera cette commission. Celle-ci sera constituée par décret.

Le décret redéfinira les conditions de nominations des membres de la commission, la procédure pour établir auprès du Préfet de région une liste de personnes qualifiées reconnues pour leur indépendance et leur connaissance du secteur.

Tel est l'objet du présent amendement.

Amendements de l'Uniopss

ASSEMBLEE NATIONALE

Amendement n°3

Article N°47

Alinéa 3, troisième phrase

Remplacer les mots :

« concluent »

Par les mots :

« peuvent conclure »

Exposé des motifs

La dimension obligatoire du CPOM est en contradiction avec les principes de contractualisation qui vont lier deux parties.

Tel est l'objet du présent amendement.

Amendements de l'Uniopss

ASSEMBLEE NATIONALE

Amendement n°4

Article N°51

Alinéa 13

Suppression

Exposé des motifs

Les principes de contractualisation ne doivent pas constituer une obligation pour les établissements.

Tel est l'objet du présent amendement.

L'Uniopss

Unir les associations pour développer les Solidarités

Créée en 1947, l'Uniopss* unit, défend et valorise les acteurs privés non lucratifs de solidarité. Elle porte auprès des pouvoirs publics la voix collective des associations sanitaires, sociales et médico-sociales.

L'Uniopss est présente sur tout le territoire au travers de **22 Uriopss** (Unions régionales) et de plus de **100 fédérations, unions et associations nationales** qui représentent **25 000 établissements et services** du monde de la solidarité et qui **mobilisent 750 000 salariés** et plus de **200 000 bénévoles** en équivalent temps plein.

Son expérience, sa connaissance du terrain et ses valeurs humanistes en font un observateur privilégié des besoins sociaux et un acteur majeur des politiques sociales.

**Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux*

**Contact : Ronald MAIRE Conseiller technique Organisation Territoriale
Politiques sanitaires et sociales**

Tél. : 01 53 36 35 21 – email : rmaire@uniopss.asso.fr



Nous réaffirmons les valeurs qui ont présidé à la création de l'Uniopss. Inscrites dans la Charte de 2003, elles constituent le socle de notre engagement et un ferment de changement pour notre société :

- *Primauté de la personne*
- *Non lucrativité*
- *Solidarité*
- *Égalité dans l'accès aux droits*
- *Participation de tous à la vie en société*

Mobilisées au service de la cohésion sociale, ces valeurs sont confirmées et déclinées par les quatre orientations politiques fondamentales qui guident le projet stratégique de l'Uniopss.

Uniopss : 15 rue Albert – CS 21306 – 75214 Paris Cedex 13

Tél : 01 53 36 35 00 – www.uniopss.asso.fr