
*Projet de Loi de Financement de la
Sécurité Sociale pour 2019*

*Propositions d'amendements de la
Fédération Hospitalière de France*

La Fédération hospitalière de France

Lobby d'intérêt général créé en 1924, la Fédération hospitalière de France (FHF) représente la totalité des établissements du Service Public de santé (pas moins de 1 000 établissements publics de santé) et plus de 3 800 structures médico-sociales. Présidée par Frédéric Valletoux, elle réunit en son sein des femmes et des hommes d'origine et de sensibilités différentes (élus locaux et nationaux, médecins, directeurs, patients), toutes unies par la même vision confiante et responsable pour l'avenir du Service Public.

La diversité, force de la FHF

Dans l'ADN de la FHF, la diversité des établissements représentés est sans nul doute un atout de premier plan qui légitime son action et lui donne sens. La FHF, ce sont ainsi des hôpitaux de proximité, des établissements prenant en charge le handicap, le grand âge mais également des établissements de santé mentale ou encore des hôpitaux universitaires. Une diversité qui a un point commun : celui du service apporté aux patients dans un esprit ouvert, de qualité et de progrès.

Une prise en charge de tous les Français

Le Service public de santé est en engagement quotidien que nous personnels et nos équipes assurent chaque jour, sans discontinuité et sans discrimination d'aucune sorte. Ainsi, l'hôpital public peut aujourd'hui être considéré comme le cœur battant de notre système de santé qui assure :

- 80 % des prises en charge complexes ;
- 98% des patients polytraumatisés ;
- 80% de l'activité psychiatrique ;
- 82% de l'accueil des enfants de moins de 4 ans ;
- 68% de l'accueil des plus de 75 ans ;
- 92% des plus démunis ;
- 90% des gardes médicales ;
- 100% de la réponse aux crises sanitaires.

Des valeurs fortes au cœur de l'engagement de chaque hospitalier public

Pour assurer sa mission de promotion du service public hospitalier, social et médico-social et de contribution à la définition de politiques publiques sanitaires, sociales et médico-sociales conformes aux intérêts de la population et à la santé publique, la FHF s'implique chaque jour en matière :

- D'accompagnement des Fédérations hospitalières régionales et de leurs adhérents dans l'évolution du système de santé et médico-social pour une réponse toujours plus adaptée aux besoins de nos concitoyens,
- De représentation / promotion des établissements au niveau national, européen et international,
- D'information du grand public, afin de mieux faire connaître la spécificité des missions de nos établissements et valoriser l'engagement de leurs personnels.

Dans ce cadre, les valeurs du service public sont plus que jamais les principes qui conduisent les actions de la FHF pour construire le système de santé et d'accompagnement médico-social de demain.

« Les hôpitaux et les établissements médico-sociaux prennent soin de nous, prenons soin d'eux »

TABLE DES MATIERES

I. POUR UNE POLITIQUE DE SANTÉ COHÉRENTE, FAISANT SENS ET ASSUMÉE.....5

Mise en place d'une obligation de chiffrage et de la publication des mesures catégorielles
5

Mise en place d'une obligation d'évaluation de l'impact du PLFSS sur la qualité de vie au travail des professionnels de santé 6

Organiser au niveau national une réflexion quant au juste équilibre entre impératif d'efficacité économique, qualité de soins et qualité de vie au travail 7

Réalisation d'une évaluation préalable au déploiement de la facturation individuelle des établissements de santé, pour les prestations hospitalières facturables à l'assurance maladie obligatoire autres que les actes et consultations externes 8

Mise en place du caractère paritaire de la commission de contrôle statuant pour avis auprès du directeur général de l'agence régionale de santé en matière de contrôles T2A
9

II. POUR FAVORISER LA PERTINENCE, LA RECHERCHE, L'INNOVATION ET L'INVESTISSEMENT DANS UNE LOGIQUE TERRITORIALE REAFIRMÉE..... 10

Création d'un sous-objectif spécifique au sein de l'ONDAM permettant de sanctuariser le financement de la recherche et de l'innovation10

Création de fonds régionaux d'investissement financés par le reversement des économies générées par les hôpitaux publics11

Favoriser les parcours de soins en permettant l'accès à tous à un hébergement temporaire non médicalisé dans les établissements de santé12

Modification de l'article 27 du projet de loi intitulé « Extension du dispositif de paiement à la qualité des établissements de santé »13

Modification de l'article 27 du projet de loi intitulé « Extension du dispositif de paiement à la qualité des établissements de santé »14

Modification de l'article 27 du projet de loi intitulé « Extension du dispositif de paiement à la qualité des établissements de santé »15

Participation au comité technique de l'innovation en santé des différents co-financeurs de l'action médico-sociale16

Accessibilité au financement dans le cadre des accompagnements de l'article 51 de la LFSS 2018 aux fédérations hospitalières17

Création d'un dispositif financier d'accompagnement des pharmacies à usage intérieur afin de se conformer aux obligations issues du Règlement délégué (UE) 2016/161 fixant les modalités des dispositifs de sécurité figurant sur l'emballage des médicaments à usage humain18

III. POUR UNE NOUVELLE APPROCHE DU RÔLE DES ACTEURS DANS UNE LOGIQUE DE PARCOURS, DE COOPÉRATION ET D'OUVERTURE, IMPLIQUANT ÉGALEMENT LA CONVERGENCE DES DROITS ET DES DEVOIRS 19

Conditions de mise en réserve prudentielle sur le risque de crédits d'assurance-maladie, afin de mieux équilibrer le poids des mesures prudentielles en associant à leur assiette l'enveloppe de la médecine de ville19

Mise en place d'un dispositif de gel des évolutions tarifaires pesant sur les dépenses de soins de ville, en cas de risque de dépassement du sous-objectif soins de ville20

Suppression du transfert de charges transports sanitaires21

Financement équitable des actes et consultations externes entre la ville et l'hôpital ...22

Concier les fédérations hospitalières dans le cadre de l'élaboration des conventions annexes et avenants conclus entre l'UNCAM et les professionnels de santé libéraux ...	23
Etude d'impact sur les activités hospitalières et médico-sociales, publiques et privées des dispositions conventionnelles proposées à l'agrément du Ministre de la Santé et des Affaires Sociales	24
Rééquilibrage du débasage-rebasage de l'ONDAM 2019.....	25
Rééquilibrage du débasage-rebasage de l'ONDAM 2018.....	26
Pour un effort partagé de participation à la permanence des soins	27
Compensation de l'impact budgétaire de l'indemnité de compensation de la hausse de contribution sociale généralisée (CSG)	28
Prise en charge du coût de connexion à l'Espace Numérique Commun.....	29
Instauration d'une compensation pour tenir compte des charges de service public associées à l'aide sociale des Ehpad	30
Suppression des modalités d'application du forfait global dépendance	31
Financement protection des majeurs protégés hébergés dans un établissement médico-social	32
Suppression de la réforme du modèle de financement des soins critiques	33
Suppression de l'objectif commun de dépenses des soins de suite et de réadaptation (SSR).....	34

I. POUR UNE POLITIQUE DE SANTÉ COHÉRENTE, FAISANT SENS ET ASSUMÉE

Mise en place d'une obligation de chiffrage et de la publication des mesures catégorielles

Après l'article 29 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, il est inséré un article additionnel rédigé comme suit :

« Conformément à l'esprit de l'article 27 de la loi de programmation des finances publiques 2014-2019 exigeant une évaluation prévisionnelle pour chaque exercice du coût des mesures catégorielles, le chiffrage des mesures relatives au personnel médical et non médical ayant un impact sur l'exercice concerné est annexé à la loi de financement de la sécurité sociale ou publié, et présenté lors de la consultation des instances nationales de dialogue social sur ces mesures. »

Exposé des motifs

L'article 27 de la loi de programmation des finances publiques 2014-2019 vise à améliorer l'information et le contrôle du Parlement sur l'évolution des dépenses de personnel des établissements de santé. Dans ce cadre, il prévoit que le gouvernement présente annuellement un rapport sur l'évolution des dépenses de personnels des établissements de santé, en détaillant notamment les sous-jacents de cette évolution.

Dans l'esprit de l'article 27 de cette loi, cet amendement vise d'une part à annexer à la loi de financement de la sécurité sociale le chiffrage des mesures catégorielles relatives aux personnels médical et non médical et d'autre part, à présenter ce chiffrage lors de la consultation des instances nationales de dialogue social.

Mise en place d'une obligation d'évaluation de l'impact du PLFSS sur la qualité de vie au travail des professionnels de santé

Après l'article 29 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, il est inséré un article additionnel rédigé comme suit :

« Une étude d'impact sur la qualité de vie au travail des professionnels de santé des dispositions du projet de loi de financement de la sécurité sociale est présentée en annexe au projet de loi. »

Exposé des motifs

L'objectif de cet amendement est d'évaluer l'impact du PLFSS sur la qualité de vie au travail des professionnels.

Organiser au niveau national une réflexion quant au juste équilibre entre impératif d'efficacité économique, qualité de soins et qualité de vie au travail

Après l'article 29 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, il est inséré un article additionnel rédigé comme suit :

Le dernier alinéa de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique est modifié comme suit :

1° Supprimer les mots « à l'exclusion des projets de loi de financement de la sécurité sociale et de loi de finances ».

2° Après les mots « système de santé », insérer les mots : « et les citoyens. Concernant les projets de loi de financement de la sécurité sociale, cette concertation fait l'objet d'une conférence nationale de consensus pluriannuelle qui traite de l'équilibre entre la qualité des soins, l'efficacité économique et la qualité de vie au travail des professionnels de santé. Les recommandations issues de cette concertation font l'objet d'un suivi présenté en annexe au projet de loi de finances de la sécurité sociale ».

Exposé des motifs

La FHF appelle à l'organisation d'une concertation sur le juste équilibre entre impératif d'efficacité économique, qualité de soins et qualité de vie au travail. Quand le Parlement examine le PLFSS, il examine chiffres et budgets. Cet examen doit se faire en ayant à l'esprit la meilleure prise en charge de nos concitoyens, dans le secteur sanitaire comme médico-social, mais également la qualité de vie au travail des professionnels.

Il est donc nécessaire de mener une réflexion transparente sur l'équilibre entre ces trois dimensions dans le cadre d'un débat qui rassemblera parlementaires de toutes les sensibilités politiques, usagers, médecins, directeurs, citoyens et chercheurs avec le soutien de la Haute Autorité de Santé.

Le présent amendement vise à associer les citoyens à cette concertation organisée dans le cadre d'une conférence nationale de consensus pluriannuelle et dont les recommandations seront suivies en annexe au PLFSS à venir afin de s'assurer que le cap donné est respecté.

Réalisation d'une évaluation préalable au déploiement de la facturation individuelle des établissements de santé, pour les prestations hospitalières facturables à l'assurance maladie obligatoire autres que les actes et consultations externes

Après l'article 29 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, il est inséré un article additionnel rédigé comme suit :

Le III de l'article 65 de la LFSS pour 2018 est ainsi rédigé :

« La dérogation prévue au II peut prendre fin au plus tôt au 1er mars 2022 après transmission au Parlement d'un bilan d'évaluation de la prise en charge par l'assurance maladie des prestations d'hospitalisation prévues au 1° des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 et réalisées dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c du même article, des médicaments et produits et prestations mentionnés aux articles L. 162-22-7, L. 162-22-7-3 et L. 162-23-6, selon les dispositions de l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale. »

Exposé des motifs :

Introduite par l'article 54 de la LFSS pour 2009, l'expérimentation de facturation directe à l'assurance maladie (FIDES), des établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 a connu une montée en charge progressive.

Ce mode de facturation directe, substitutif d'un envoi mensuel à l'ATIH, semble adapté aux actes et consultations externes qui représente une faible part de l'activité hospitalière. Au regard des risques financiers, organisationnels et techniques inhérents au déploiement de FIDES aux séjours hospitaliers, la FHF sollicite une évaluation globale préalable. Dans un contexte global de simplification administrative, l'ampleur des impacts suscités par ce changement de mode de facturation exige la plus grande prudence.

La FHF souhaite ainsi maintenir la dérogation de facturation directe à l'assurance maladie des prestations d'hospitalisation, médicaments, produits et prestations, dans l'attente de la communication d'une évaluation de ce mode de facturation.

Mise en place du caractère paritaire de la commission de contrôle statuant pour avis auprès du directeur général de l'agence régionale de santé en matière de contrôles T2A

Proposition conjointe de la FEHAP, de la FHP, d'Unicancer et de la FHF

Après l'article 49 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, il est inséré un article additionnel rédigé comme suit :

L'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Rédiger ainsi la deuxième phrase du second alinéa :

« Le directeur général de l'agence prononce la sanction après avis d'une commission de contrôle présidée par un magistrat et composée à parité de représentants de l'agence et de représentants des organismes d'assurance-maladie et du contrôle médical, d'une part, et de représentants des fédérations hospitalières représentatives publiques ou privées, d'autre part. »

Exposé des motifs :

Le dispositif de contrôle de la tarification à l'activité est marqué d'imperfections significatives et de déséquilibres sérieux dont la presse professionnelle livre régulièrement des exemples. Cette situation nourrit de très nombreux contentieux et alimente en permanence des discussions intenses entre les fédérations hospitalières publiques et privées, d'une part, et les pouvoirs publics d'autre part.

Le présent amendement a pour objet d'apporter une contribution apaisante au débat, en prévoyant – parallélisme des formes avec le même cas de figure pour les professionnels de santé libéraux – que la commission de contrôle compétente pour avis soit constituée à parité de représentants des financeurs, d'une part, et de représentants des fédérations hospitalières publiques et privées d'autre part. Tel est en effet le cas pour la commission visée au V de l'article L 162-1-14 du code de la sécurité sociale, qui prévoit dans sa deuxième phrase : « Lorsqu'est en cause une des personnes mentionnées au 3° du I, des représentants de la même profession ou des établissements concernés participent à cette commission ».

Il faut mesurer la complexité des classifications et de leurs règles de codage pour comprendre le désarroi ou le sentiment d'injustice devant la définition de certains « indus » qualifiés de « fraudes » et le poids des sanctions parfois infligées de manière disproportionnée. Le rééquilibrage logique de la commission de contrôle permettrait d'établir un cadre commun et utile de discussion des situations, assurant une meilleure évolutivité et acceptabilité du dispositif.

La présente proposition d'amendement vise à assurer une composition paritaire des commissions de contrôle de la tarification à l'activité, entre représentants des financeurs et des fédérations hospitalières publiques et privées, à l'instar du dispositif existant pour les professionnels de santé libéraux, afin de favoriser la compréhension et la diffusion optimale de l'information entre les parties prenantes, tout en garantissant tant la justesse que la légitimité des avis produits.

II. POUR FAVORISER LA PERTINENCE, LA RECHERCHE, L'INNOVATION ET L'INVESTISSEMENT DANS UNE LOGIQUE TERRITORALE REAFIRMÉE

Création d'un sous-objectif spécifique au sein de l'ONDAM permettant de sanctuariser le financement de la recherche et de l'innovation

A la fin de l'article 53 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, il est rajouté un alinéa rédigé comme suit :

« Il est procédé à la création d'un nouveau sous-objectif destiné à sanctuariser le financement de la recherche et de l'innovation sans baisse tarifaire associée. Ce sous-objectif est créé par transfert de crédits du sous-objectif de dépenses relatives aux établissements de santé »

Exposé des motifs

Le financement de la recherche et de l'innovation au sein des établissements publics de santé est actuellement confronté à des difficultés voire à de véritables impasses de financement.

Le financement de la recherche et de l'innovation, à travers des crédits fléchés MERRI (missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation) dont les montants n'ont parfois pas évolué depuis des années, voire ont été ponctionnés par des gels devenus définitifs, ne permet plus d'atteindre son objectif de donner de la lisibilité et de la sérénité à des missions nécessitant des projections sur le moyen et long terme.

Ces enveloppes, distribuées à des établissements de plus en plus nombreux au fil des années, sont parfois utilisées à d'autres fins que la recherche ou l'innovation. Ainsi, l'enveloppe MERRI destinée à financer les actes de biologie et d'anatomo-pathologie, finance, en l'attente de leur intégration dans la NABM, des actes devenus courants parfois depuis des années, ce qui génère une impasse de financement de l'ordre de 400 M€ et freine, au lieu de le favoriser, le développement de l'innovation.

Afin d'éviter que ces crédits fléchés recherche et innovation ne servent de variable d'ajustement de l'ONDAM, la FHF souhaite que ces crédits fassent l'objet d'un financement sanctuarisé à travers un sous-objectif spécifique de l'ONDAM.

Le présent amendement vise à garantir le financement et l'évolution du financement des missions de recherche et d'innovation au sein des établissements publics de santé.

Création de fonds régionaux d'investissement financés par le reversement des économies générées par les hôpitaux publics

Après l'article 4 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, il est inséré un article additionnel rédigé comme suit :

« Il est procédé à la création de fonds d'investissement financés par le versement d'une partie des économies générées par les établissements publics de santé »

Exposé des motifs

Les établissements publics de santé sont confrontés depuis plusieurs années à une baisse très conséquente de leurs dépenses d'investissement. En 2011 elles se montaient à 6 Mds€. Depuis 2012, elles ne cessent de diminuer et sont même passées en 2017 sous le seuil de 4 Mds€. La dette des hôpitaux publics s'est certes stabilisée autour de 30 Mds€ mais au prix d'une diminution drastique de leurs investissements, ce qui pose la question de leur avenir, de la maintenance, de l'entretien et de la rénovation de leurs locaux, du renouvellement des équipements médicaux et hôteliers et du financement de l'innovation technologique. Cette diminution continue de l'investissement risque de plus de générer un retard qu'il sera difficile de combler par la suite. La baisse des investissements pose également des difficultés en termes d'attractivité médicale, déjà mise à mal par les différences de rémunération et de conditions d'exercice entre le secteur libéral et le secteur public.

Le secteur hospitalier est de plus soumis à d'importants efforts d'économies, chaque année étant marquée par des plans d'économies aux montants très conséquents. Ainsi, les économies demandées aux établissements de santé entre 2005 et 2017 se montent à 7 Mds€, se traduisant par des ponctions sur le sous-objectif de l'ONDAM. Ce sous-objectif de l'ONDAM est d'ailleurs respecté depuis 2011, la sous-exécution de l'enveloppe hospitalière étant utilisée pour combler le dépassement de l'enveloppe de ville depuis 2015.

D'où un sentiment de profonde injustice au sein de la communauté hospitalière dont les réels efforts pour respecter l'enveloppe votée par le parlement, au prix de réorganisations, de restructurations et de changements de pratiques, servent à financer les dépassements des autres secteurs. Ces mécanismes de ponction des économies générées par les uns pour combler les dépassements des autres génèrent une véritable perte de sens dans les établissements.

Il est donc proposé d'utiliser une partie significative des économies générées par les établissements publics de santé afin d'abonder des fonds régionaux d'investissement permettant de financer des projets d'investissement ciblés comme prioritaires au sein des territoires.

Le présent amendement vise à garantir le financement de l'investissement au niveau des territoires.

Favoriser les parcours de soins en permettant l'accès à tous à un hébergement temporaire non médicalisé dans les établissements de santé

Après l'article 33 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, il est ajouté un article additionnel 33 bis ainsi rédigé :

I. Au premier alinéa de l'article L160-8, modifié par LOI n°2015-1702 du 21 décembre 2015 - art. 74 (V), du code de sécurité sociale après les mots « des frais d'hospitalisation », sont insérés les mots « d'hébergement temporaire non médicalisé ».

II. Après le deuxième alinéa de l'article L6111-1, modifié par LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 1 (VT), modifié par LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 99 (V) du code de santé publique, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé : " Ils proposent le cas échéant à leurs patients une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé, en amont ou en aval de leur hospitalisation, en pouvant déléguer cette prestation."

Exposé des motifs

Le gouvernement souhaite accompagner les transformations nécessaires du système de santé afin notamment de préparer l'hôpital de demain qui devra être plus ambulatoire et recentré sur ses missions d'expertise et techniques.

Le développement d'hébergements temporaires non médicalisés, ou hôtels hospitaliers, dans les établissements de santé est une illustration de cette tendance. Cette innovation organisationnelle représente une alternative forte à l'hébergement hospitalier médicalisé, conventionnel. Elle permet aux établissements de santé, tout en renforçant le confort des patients, de se concentrer sur leurs activités de plateaux techniques et de notablement diminuer leurs durées moyennes de séjour.

La dissociation entre l'hébergement et les soins, induite par la notion d'hébergement non médicalisé, permettrait d'apporter de sensibles améliorations en termes de qualité des soins, de restructuration de l'hôpital et d'économies de dépenses d'hospitalisation.

Si tous les bénéfices attendus des hôtels hospitaliers, notamment en termes de diminution de l'exposition au risque d'infection nosocomiale, sont connus, il existe cependant des freins à la mise en œuvre de leur actuelle expérimentation nationale (issue initialement de l'article 53 de la Loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014). Au premier chef, le frein de l'absence de modalité claire de prise en charge des nuitées induit un problème majeur d'inégalité d'accès à ce dispositif prescrit par les équipes soignantes dans les nouveaux parcours de soins.

Le présent amendement vise à lever ce frein en rajoutant la couverture des frais d'hébergement temporaire non médicalisé à la liste des autres frais couverts par la protection sociale contre le risque et les conséquences de la maladie et de rajouter cette prestation à la liste des missions des établissements de santé.

Modification de l'article 27 du projet de loi intitulé « Extension du dispositif de paiement à la qualité des établissements de santé ».

Proposition conjointe de la FEHAP, d'Unicancer et de la FHF

L'article 27 du projet de loi est ainsi modifié :

I – A la fin du premier alinéa du II prévu par le 4° sont ajoutées les phrases suivantes :

« Le directeur général de l'agence prononce la pénalité après avis d'une commission composée à parité de représentants de l'agence et de représentants des fédérations hospitalières représentatives publiques ou privées. La motivation de la pénalité indique, le cas échéant, les raisons pour lesquelles le directeur général n'a pas suivi l'avis de la commission. »

II – Le 6° est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Une phrase est ajoutée au dernier alinéa : "Cet arrêté est publié avant le 31 décembre de l'année précédant l'année civile considérée »

Exposé des motifs

L'article 27 du PLFSS tend au développement du financement par la qualité. Dans ce cadre, il prévoit la possibilité pour les directeurs généraux d'ARS, à compter de 2020, de sanctionner les établissements « dont les résultats n'atteignent pas pendant trois années consécutives un seuil minimum pour certains des critères liés à la qualité et de la sécurité des soins ».

Deux ajouts à cet article sont proposés.

Le premier consiste à établir un parallèle avec les prérogatives des directeurs généraux d'ARS en matière de sanctions T2A (art. L. 162-22-13 du CSS). Ces dernières ne peuvent, en effet, être valablement notifiées qu'après avis d'une commission régionale de contrôle. Il est proposé un dispositif équivalent pour les futures pénalités pour non-respect des critères de qualité.

Le second tend à élever au niveau législatif une disposition figurant à l'article R. 162-36-2 du Code de la sécurité sociale. Car, si les autorités ministérielles compétentes ont, en vertu de cet article, jusqu'au 31 décembre de l'année précédant l'année civile considérée pour prendre leur arrêté conjoint, il s'avère qu'en pratique cet arrêté est effectivement pris un an trop tard, en décembre de l'année considérée... Cet état de fait n'est pas digne des ambitions qui sont celles du PLFSS en matière de financement par la qualité ; raison pour laquelle l'exigence de célérité dans la publication des arrêtés ministériels en cause, qui conditionnent la bonne application du dispositif, doit être portée au niveau législatif.

Modification de l'article 27 du projet de loi intitulé « Extension du dispositif de paiement à la qualité des établissements de santé »

L'article 27 du projet de loi est ainsi modifié :

I – Il est ajouté un 7° ainsi rédigé :

« Les indicateurs qualité permettant de ventiler l'enveloppe qualité intègrent des indicateurs de résultats et non seulement de procédure, y compris des indicateurs de mesure de la satisfaction des usagers. Ces indicateurs, communs à l'ensemble des établissements, sont évalués en tenant compte de la typologie d'activité de ces établissements. »

Exposé des motifs

L'article 27 du PLFSS tend au développement du financement par la qualité, l'enveloppe dédié à ce financement étant augmentée en 2019.

Force est de constater toutefois que les indicateurs actuellement utilisés dans le cadre du dispositif existant IFAQ sont essentiellement des indicateurs de procédure et non des indicateurs de résultats, seuls à même de mesurer la qualité des prestations de soins. Par ailleurs, ces indicateurs de procédure favorisent les structures de petite taille et/ou les structures mono-activité et pénalisent les établissements multi-activités qui ont les plus grandes difficultés, du fait de la complexité de leurs organisations, et sans que soit en cause la qualité de leurs prestations, à satisfaire à ces indicateurs et à émarger aux enveloppes qualité.

Il convient donc, et ce dès 2019, de faire évoluer ces indicateurs et d'intégrer des indicateurs de résultats, y compris des indicateurs de mesure de satisfaction des usagers. Il convient également de veiller à ce que la mesure et l'évaluation de ces indicateurs ne favorisent pas indument des catégories d'établissements afin de garantir l'équité et l'égalité des chances de toutes les structures, quels que soient leurs statuts et leurs activités.

Le chantier de la pertinence sera également à engager sans délais, indissociable du sujet de la qualité des prestations.

Cet amendement vise à garantir, par des dispositions législatives, l'équité du dispositif de financement à la qualité.

Modification de l'article 27 du projet de loi intitulé « Extension du dispositif de paiement à la qualité des établissements de santé »

Proposition conjointe de la FEHAP, de la FHP et de la FHF

L'alinéa 13 de l'article 27 est ainsi modifié :

*« Le 1er janvier **2020** pour le 1° »*

Exposé des motifs

La psychiatrie et la santé mentale ont été élevées au rang de priorités dans le plan gouvernemental « Ma santé 2022 », autour de la nécessité de donner de nouvelles impulsions à ce secteur majeur de la santé pour améliorer l'accès des patients aux soins psychiatriques.

L'amélioration en continu de la qualité de la prise en charge des patients est évidemment au cœur des préoccupations des acteurs de la psychiatrie.

En cela, l'intégration de la psychiatrie dans le dispositif IFAQ dès 2020 (et non pas 2021) est totalement en cohérence avec le volontarisme prôné en la matière par les récentes annonces du Président de la République.

Participation au comité technique de l'innovation en santé des différents co-financeurs de l'action médico-sociale

Proposition conjointe de la FEHAP et de la FHF

Après l'article 29, il est ajouté un article additionnel rédigé comme suit :

Le III de l'article L. 162-31-1 du Code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1) Le 3^e alinéa est ainsi rédigé :

« Un comité technique composé de représentants de l'assurance maladie, de l'assurance vieillesse, des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé, des agences régionales de santé, des conseils départementaux et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie émet un avis sur ces expérimentations, leur mode de financement ainsi que leurs modalités d'évaluation et détermine leur champ d'application territorial ».

2) Après le 3^e alinéa, il est ajouté un alinéa supplémentaire ainsi rédigé :

« Pour chaque projet d'expérimentation permettant, conformément au 1^o du I du présent article, participent aux délibérations du comité technique le représentant de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et le représentant des conseils départementaux au conseil stratégique dont la composition est fixée par les dispositions de l'article R. 162-50-3 du présent code ».

3) Avant le dernier alinéa, il est ajouté un alinéa supplémentaire ainsi rédigé :

« Pour chaque projet d'expérimentation permettant, conformément au 1^o du I du présent article, l'émergence d'organisations innovantes dans le secteur médico-social, le comité technique saisit pour avis la conférence financeurs mentionnée à l'article L. 233-1 du Code de l'action sociale et des familles compétente en fonction de la territorialité du projet. Un décret en Conseil d'État précise la liste des dispositions auxquelles il ne peut être dérogé qu'après avis de la conférence financeurs et le délai dans lequel son avis est rendu ».

Exposé des motifs

L'article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 a opportunément permis la création d'un dispositif d'expérimentations dérogatoires au droit commun du secteur sanitaire et médico-social, favorisant ainsi l'innovation dans le système de santé.

Au niveau national, c'est ce que l'article R. 162-50-2 du code de la sécurité sociale appelle le « comité technique de l'innovation en santé » qui émet un avis sur ces expérimentations, leur mode de financement ainsi que leurs modalités d'évaluation et détermine leur champ d'application territorial.

Or, la composition de ce comité ne fait aucune place aux représentants des différents co-financeurs de l'action médico-sociale, qu'il s'agisse des conseils départementaux, des caisses d'assurance retraite et de santé au travail, de la conférence des financeurs mentionnée à l'article L. 233-1 du Code de l'action sociale et des familles, etc.

L'objet de cet amendement, eu égard aux enjeux que représentent les prises en charges médico-sociales en termes d'innovation, est donc d'associer les différents co-financeurs de l'action médico-sociale aux travaux du comité technique de l'innovation en santé, au même titre que les représentant de l'assurance maladie et des services des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé.

Accessibilité au financement dans le cadre des accompagnements de l'article 51 de la LFSS 2018 aux fédérations hospitalières

Proposition conjointe de la FEHAP, de la FHP, d'Unicancer et de la FHF
Après l'article 29, il est ajouté un article additionnel rédigé comme suit :

Le III de l'article L. 162-31-1 du Code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Avant le dernier alinéa, un nouvel alinéa est ainsi rédigé :

« Eu égard à leur fonction d'appui et de soutien auprès de leurs adhérents, les fédérations hospitalières les plus représentatives peuvent être porteurs de projets d'expérimentation entrant dans le champ défini au I dans des conditions précisées par arrêté des ministres en charge de la sécurité sociale et de la santé ».

Exposé des motifs

L'article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 a opportunément permis la création d'un dispositif d'expérimentations dérogatoires au droit commun du secteur sanitaire et médico-social, favorisant ainsi l'innovation dans le système de santé.

Il se trouve que les premiers mois d'application de cette réforme laissent apparaître une impossibilité pour les fédérations hospitalières les plus représentatives de candidater comme porteur de projet au sens des dispositions R. 162-50-5 et suivantes du Code de la sécurité sociale.

Or, de nombreux établissements adhérents à ces fédérations trouveraient un intérêt certain à ce qu'elles-mêmes puissent, pour leur compte, candidater à un projet d'expérimentation. Cela favoriserait le succès du dispositif comme son appréhension par les acteurs du système de santé.

L'objet de cet amendement est donc d'offrir cette possibilité, dont les modalités sont renvoyées à un arrêté ministériel de sorte que le gouvernement puisse établir un mécanisme conforme aux aspirations de la réforme.

Création d'un dispositif financier d'accompagnement des pharmacies à usage intérieur afin de se conformer aux obligations issues du Règlement délégué (UE) 2016/161 fixant les modalités des dispositifs de sécurité figurant sur l'emballage des médicaments à usage humain

Proposition conjointe de la FEHAP, de la FHP, d'Unicancer et la FHF

Après l'article 32, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

La deuxième phrase du premier alinéa de l'article L.162-22-13 du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

« Cette dotation participe notamment au financement de la recherche, de la formation des professionnels de santé et du personnel paramédical à l'exception des formations prises en charge par la région en application des articles L. 4151-9, L. 4244-1 et L. 4383-5 du code de la santé publique, des engagements relatifs à la mise en œuvre des orientations du schéma régional de santé, de ceux visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités nationales, locales ou européenne en matière de politique sanitaire, notamment la création de groupements hospitaliers de territoire, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-1-7 du présent code, et de ceux relatifs à la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements. »

Exposé des motifs

Le 9 février 2016 a été publié au Journal officiel de l'Union européenne le Règlement délégué (UE) 2016/161 du 2 octobre 2015 complétant la directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil en fixant les modalités des dispositifs de sécurité figurant sur l'emballage des médicaments à usage humain. Ce texte prévoit lui-même son entrée en vigueur sur l'ensemble du territoire de l'Union le 9 février 2019.

Le 8 février 2018 le ministère des Solidarités et de la Santé a pris une note d'information n° DGS/PP2/DGOS/PF2/2018/27 « *visant à rappeler aux pharmacies d'officine et aux établissements de santé leurs obligations prévues par le règlement délégué (UE) 2016/161* ». Cette note d'information énonce ainsi que « *la mise en œuvre du règlement délégué nécessite des adaptations techniques et informatiques, voire organisationnelles qu'il est nécessaire d'anticiper dès maintenant pour sa mise en application effective à partir du 9 février 2019 (...)* La vérification des dispositifs de sécurité constituera une opération nouvelle pour les pharmaciens d'officine et de PUI. Elle impose que les pharmacies d'officine et les établissements de santé soient équipés d'un système permettant de vérifier l'identifiant unique de chaque boîte de médicaments ».

Aussi, la mise en œuvre du Règlement délégué (UE) 2016/161 du 2 octobre 2015 va nécessiter des réorganisations d'ampleur dans la plupart des établissements concernés, générant un surcoût important.

C'est pourquoi il importe que ce surcoût soit en tout ou partie compensé par une dotation financière adaptée au titre des aides à la contractualisation.

Toutefois, l'article L.162-22-13 du code de la sécurité sociale ne mentionnant pas expressément la mise en œuvre des politiques européennes en matière sanitaire comme pouvant donner lieu à compensation au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé, cette proposition d'amendement vise à élargir en ce sens la portée de ce texte.

III. POUR UNE NOUVELLE APPROCHE DU RÔLE DES ACTEURS DANS UNE LOGIQUE DE PARCOURS, DE COOPÉRATION ET D'OUVERTURE, IMPLIQUANT ÉGALEMENT LA CONVERGENCE DES DROITS ET DES DEVOIRS

Conditions de mise en réserve prudentielle sur le risque de crédits d'assurance-maladie, afin de mieux équilibrer le poids des mesures prudentielles en associant à leur assiette l'enveloppe de la médecine de ville

Proposition conjointe de la FEHAP, de la FHP, d'Unicancer et de la FHF

Après l'article 29 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, il est ajouté un article additionnel ainsi rédigé :

I- Le 1° de l'article L.1435-9 du code de la santé publique est rédigé comme suit : après les mots « en fonction de l'objectif de dépenses d'assurance-maladie », sont ajoutés les mots « ainsi que d'une mise en réserve constituée sur le sous-objectif relatif aux dépenses de soins de ville, dans les conditions définies à l'article L.1435-10 du même code ; »

II- La deuxième phrase de l'article L.1435-10, est remplacée par les dispositions suivantes « La répartition régionale des crédits, ainsi que les modalités de constitution et d'utilisation de la mise en réserve visée au 1° de l'article L.1435-9 du même code, sont fixées chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis du conseil national de pilotage des agences régionales de santé et au regard de l'avis mentionné au sixième alinéa de l'article L.114-4-1 du code de la sécurité sociale ».

Exposé des motifs :

L'objet de cette proposition législative est de faire en sorte que les mises en réserve prudentielles du PLFSS, elles-mêmes issues de la Loi de programmation des finances publiques, portent de manière équilibrée sur les différents sous-objectifs susceptibles de connaître un dépassement (« les enveloppes ouvertes »), notamment l'enveloppe de ville au regard de son importance.

Le respect de l'ONDAM s'inscrit en effet dans une nécessité dont les contraintes doivent être partagées par l'ensemble des sous-objectifs qui le constituent. La Cour des Comptes, dans son rapport d'octobre 2018 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, réitère son appel à "une mise à contribution de l'ensemble des secteurs de l'offre de soins afin d'en assurer le respect, y compris les soins de ville qui en ont été à ce jour exemptés pour l'essentiel".

Aujourd'hui, seul un mécanisme prudentiel est mis en œuvre sur les sous-objectifs hospitaliers soit par des mises en réserve soit par des annulations de crédits.

Lorsque les efforts sont partagés par tous, ils s'avèrent alors moins lourds et disproportionnés pour chacune des composantes sous ONDAM.

Mise en place d'un dispositif de gel des évolutions tarifaires pesant sur les dépenses de soins de ville, en cas de risque de dépassement du sous-objectif soins de ville

Proposition conjointe de la FEHAP, d'Unicancer et de la FHF

Après l'article 29 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, il est ajouté un article additionnel ainsi rédigé :

Le II de l'Article L162-14-1-1 est ainsi rédigé :

« II. — Lorsque le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement des sous-objectifs mentionnés au 3° du D du I de l'article LO 111-3 comprenant les dépenses de soins de ville, l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation au cours de l'année des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 ou des rémunérations mentionnées par les conventions ou accords prévus aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-32-1 et L. 322-5-2 est suspendue, après consultation des parties signataires à la convention nationale concernée. A défaut d'un avenant fixant à nouveau une date d'entrée en vigueur des revalorisations compatible avec les mesures de redressement mentionnées à l'article L. 114-4-1, l'entrée en vigueur est reportée au 1er janvier de l'année suivante. »

Exposé des motifs :

Depuis plusieurs années, la maîtrise insuffisante des dépenses des soins de ville conduit à une mobilisation des mises en réserve des dépenses des établissements de santé. Les efforts d'efficience des établissements de santé sont ainsi absorbés par le dynamisme immodéré des dépenses de soins de ville. L'ONDAM exécuté s'avère ainsi éloigné de celui initialement soumis à l'approbation du Parlement.

Comme l'a constaté la Cour des comptes dans son rapport d'octobre 2018 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la progression toujours vive des dépenses de soins de ville rend nécessaire l'adoption de mécanismes de régulation propres aux dépenses de ce sous-objectif, actuellement inexistants à l'exception des dépenses de médicaments.

La Cour des comptes a ainsi réitéré sa recommandation d'instauration de dispositifs plus complet de suivi et de régulation infra-annuels des dépenses de soins de ville.

Dans cette optique, la FHF souhaiterait introduire un mécanisme de régulation au sein de la sous-enveloppe des soins de ville : les augmentations tarifaires en cours d'exercice pourraient être différées en cas de non-respect de l'objectif prévisionnel de dépenses des soins de ville. Ce mécanisme de gel permettrait de contenir l'accroissement des dépenses et ne pas propager la tension de la maîtrise du sous objectif soins de ville, aux autres sous-objectifs.

Suppression du transfert de charges transports sanitaires

Proposition conjointe de la FHP et de la FHF

Après l'article 29 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

L'Article L162-21-2 du code de sécurité sociale est abrogé.

Exposé des motifs :

Cet article vise à laisser à la charge de l'enveloppe des soins de ville les dépenses de transports inter-établissements.

L'objectif affiché d'un transfert de charge de l'enveloppe des soins de ville vers l'enveloppe établissements de santé était de clarifier une réglementation peu limpide et sujette à interprétation. Ce motif nous apparaît discutable dans la mesure où aucun contentieux n'a été porté à la connaissance de la FHF.

A l'inverse, la situation au 1^{er} octobre 2018, date de transfert effectif aux hôpitaux de la gestion et de la charge de ces transports inter-établissements, est révélatrice des très grandes difficultés auxquelles ils se heurtent : absence de réponses des sociétés d'ambulances aux appels d'offres, réponses concertées de non réponses aux appels d'offres, réponses à des tarifs prohibitifs très supérieurs aux tarifs assurance maladie générant des surcoûts importants ou des déclarations sans suite aux procédures de marchés publics, négociations difficiles d'avenants aux marchés et conventions existantes entraînant des situations d'incertitudes juridiques, projets d'internalisation des transports se heurtant aux refus d'étendre les autorisations de véhicules sanitaires, impossibilité pour les prestataires (voire refus dans certains cas) d'assurer les transports générant des délais d'attente pour les patients...

Ces difficultés nouvelles viennent s'ajouter aux problématiques déjà remontées à de nombreuses reprises depuis deux ans : incertitudes et flou sur le calibrage des enveloppes transférées et la fixation des tarifs, nécessité de fortes adaptations en matière de système d'information et d'interfaces entre les différents logiciels concernés, coûts de gestion transférés aux établissements en termes de gestion de marchés, de commandes, de factures, de litiges...

Au regard des enjeux financiers pour les établissements, au regard également du flou qui entoure son périmètre comme ses conditions d'application, la Fédération Hospitalière de France est défavorable à l'application de cette mesure. La communauté hospitalière ne peut accepter un transfert de charges de l'enveloppe de soins de ville vers l'ONDAM hospitalier au seul motif que les dépenses de ville ne sont actuellement pas maîtrisées et qu'il est plus aisé de réguler l'ONDAM par le biais de réserves et de gels de dotations.

Financement équitable des actes et consultations externes entre la ville et l'hôpital

Proposition conjointe de la FEHAP et de la FHF

Après l'article 58 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, il est inséré un article additionnel rédigé comme suit :

Création d'un article dans le code de la sécurité sociale :

Les tarifs et majorations déterminés en application des articles L.162-5, L. 162-17 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à l'activité de consultation et actes externes des établissements de santé, prévue à l'article à L. 162-26.

Exposé des motifs :

Cette proposition législative vise à établir une égalité de traitement entre la ville et l'hôpital en ce qui concerne le financement des actes et consultations externes.

Imputés sur les enveloppes de dépenses hospitalières, les actes et consultations externes (ACE) sont réalisés par les praticiens exerçant dans les établissements de santé contribuant ainsi à densifier l'offre de soins. Ils représentent 4 milliards de dépenses remboursées par l'assurance maladie en 2016.

L'activité externe n'est pas le cœur de métier de l'hôpital public. Pourtant, cette activité s'accroît de plus en plus, l'hôpital agissant en subsidiarité d'une carence de l'offre de ville.

Cette activité diversifiée (consultations spécialistes, consultations généralistes, actes de biologie etc.) est de même nature que celle réalisée par les praticiens libéraux en cabinet de ville. Elle ne concerne que les hôpitaux publics et les établissements de santé privés d'intérêt collectif, puisque dans les établissements de santé privés lucratifs, l'activité externe relève du champ libéral.

Les tarifs de ces actes et consultations externes à l'hôpital sont déterminés de façon exogène par les conventions liant l'assurance maladie aux professionnels de santé libéraux. Cependant, actuellement, les majorations tarifaires issues de ces conventions ne sont pas applicables en l'état aux établissements de santé. Un dispositif réglementaire limite nominativement les majorations transposables à l'activité d'ACE des établissements de santé.

Cette asymétrie de traitement entre la ville et l'hôpital entraîne une dévalorisation de cette activité à l'hôpital, largement sous rémunérée selon un récent rapport de l'IGAS¹. Les consultations externes à l'hôpital jouent un rôle important en termes d'accès aux soins et sont complémentaires à l'activité libérale sur certains pans de l'activité. A l'heure où le financement au parcours est un élément constitutif de la stratégie nationale de santé, les établissements de santé sollicitent un financement équitable de leur activité d'actes et de consultations externes, par rapport à la ville. Une application comparable des majorations, en ville et à l'hôpital est ainsi souhaitée.

¹ Rapport « Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux » (TOME 1) établi par Établi par Pierre-Louis BRAS, Jean-Luc VIEILLERIBIERE Membres de l'Inspection générale des affaires sociales Pierre LESTEVEN, conseiller général des établissements de santé, mars 2012.

Concier les fédérations hospitalières dans le cadre de l'élaboration des conventions annexes et avenants conclus entre l'UNCAM et les professionnels de santé libéraux

Proposition conjointe de la FEHAP, de la FHP, d'Unicancer et de la FHF

Après l'article 36 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

1° L'article L 162-33 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Après les mots « les organisations syndicales reconnues représentatives au niveau national par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale », sont ajoutés les mots « les fédérations nationales représentatives des établissements et services sanitaires et médico-sociaux, publics et privés ».

Exposé des motifs :

La présente proposition de modification législative vise à soumettre pour avis préalable aux fédérations hospitalières publiques et privées, les mesures conventionnelles, qui ont des répercussions significatives sur le pilotage et la gestion des établissements de santé, dans le cadre des concertations précédant le mécanisme d'approbation tacite ou d'opposition expresse du ministre chargé de la Sécurité sociale.

La loi du 13 août 2004 confie aux représentants des médecins libéraux et à l'UNCAM le soin de hiérarchiser et de fixer les tarifs des actes médicaux. Les fédérations hospitalières ne sont pas consultées, ni même parfois informées des discussions engagées dans ce cadre alors qu'elles sont directement concernées par les résultats de ces négociations. En effet, elles ont un impact dans la construction du PMSI et sa valorisation dans le cadre de la tarification à l'activité (qui repose sur la classification commune des actes médicaux (CCAM)).

En outre, la valorisation des actes médicaux a des conséquences directes sur les choix d'exercice des médecins entre une pratique dans le secteur libéral et une pratique à l'hôpital public. Ceci est d'autant plus vrai que la loi HPST du 21 juillet 2009 permet aux médecins libéraux d'être employés dans les établissements publics de santé.

Dans ce contexte, il importe que les fédérations hospitalières puissent être concertées en amont de l'élaboration des conventions annexes et avenants conclus entre l'UNCAM et les professionnels de santé.

Etude d'impact sur les activités hospitalières et médico-sociales, publiques et privées des dispositions conventionnelles proposées à l'agrément du Ministre de la Santé et des Affaires Sociales

Proposition conjointe de la FEHAP, d'Unicancer et de la FHF.

Après l'article 29 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, il est ajouté un article additionnel ainsi rédigé :

Après la première phrase du premier alinéa de l'article L 162-15 du code de la sécurité sociale, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Cette transmission est accompagnée d'une étude d'impact des dispositions sur les activités hospitalières et médico-sociales publiques et privées. »

Exposé des motifs :

Dans le cadre des concertations précédant le mécanisme d'approbation tacite ou d'opposition expresse des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, il importe que les mesures conventionnelles qui ont des répercussions importantes pour le pilotage et la gestion des établissements sanitaires ou médico-sociaux puissent faire l'objet d'une étude d'impact préalable.

Au-delà des multiples exemples passés démontrant l'intérêt qu'aurait pu avoir cette disposition, notamment concernant la CCAM et ses évolutions, les années récentes ont donné à nouveau de parfaits exemples des difficultés issues de l'absence de vision d'ensemble et de coordination au plan national, en amont des négociations (intégration des actes de la télémédecine dans le droit commun).

L'actualité nous apporte régulièrement des exemples de cette absence de mise en perspective globale des décisions conventionnelles (pertinence et adaptation tarifaire en biologie et radiologie).

Ce sujet est d'autant plus important qu'une bonne coopération entre services sanitaires et médico-sociaux, notamment à domicile, et professionnels de santé libéraux est indispensable pour la bonne couverture des zones périurbaines et rurales excentrées. Cette bonne qualité de relations et leur équilibre ne doivent pas être périodiquement remis en question par des accords nationaux négligeant leur impact sur ces coopérations indispensables.

Prévoir une étude d'impact sur les établissements et services sanitaires et médico-sociaux potentiellement concernés, préalablement à l'agrément du Ministre chargé de la Santé et de la Sécurité Sociale, tel est l'objet de la présente proposition d'amendement. L'enjeu est ainsi d'élargir la nature des concertations éclairant le processus de la décision d'agrément ministériel des accords conventionnels.

Rééquilibrage du débasage-rebasage de l'ONDAM 2019

Proposition conjointe de la FEHAP, de la FHF, d'Unicancer et de la FHP.

L'article 53 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 est ainsi modifié :

- Dans le tableau et sur la ligne « Dépenses de soins de ville », le montant de 91,5 est rectifié à 90,9 » (milliards d'euros)
- Dans le tableau et sur la ligne « Dépenses relatives aux établissements de santé », le montant de 82,7 est rectifié à 82,9 » (milliards d'euros)
- Dans le tableau et sur la ligne « Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées », le montant de 9,4 est rectifié à 9,5 » (milliards d'euros)
- Dans le tableau et sur la ligne « Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées », le montant de 11,3 est rectifié à 11,4 » (milliards d'euros)
- Dans le tableau et sur la ligne « dépenses relatives au Fonds d'Intervention Régional », le montant de 3,5 est rectifié à 3,6 (milliards d'euros)
- Dans le tableau et sur la ligne « autres prises en charge », le montant de 1,9 est rectifié à 2 (milliards d'euros)

Exposé des motifs :

La nouvelle convention médicale conclue en 2016 se traduit par des augmentations importantes des charges. Cette évolution est en cohérence avec le virage ambulatoire annoncé, mais il reste à s'assurer que ces dépenses nouvelles auront des effets restructurants réels, réorganisateurs, limitant véritablement les hospitalisations évitables, et ne se cantonnant pas à de simples mais très coûteux effets revenus additionnels.

De ce point de vue, il manque encore un dispositif prudentiel sur la médecine de ville, à la hauteur de la sur-exécution de l'ONDAM 2016, de 2017, de 2018 déjà annoncée et par construction à prévoir pour 2019.

Pour autant, il n'y a pas lieu que les efforts qui ne sont pas demandés à la médecine de ville soient consentis en totalité par les établissements de santé publics, privés non lucratifs et privés de statut commercial :

- qui se verraient privés ainsi complètement d'une possibilité de percevoir une part des crédits mis en réserve en début d'année 2018
- dont les tarifs se verront diminuer en fonction du débasage appliqué en 2018 et en 2019

Ce sont les raisons pour lesquels la présente proposition d'amendement conjointe propose un rééquilibrage de l'article 53 (comme de l'article 6), pour un partage plus équilibré de l'effort.

Rééquilibrage du débasage-rebasage de l'ONDAM 2018

Proposition conjointe de la FEHAP, de la FHF, d'Unicancer et de la FHP.

L'article 6 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 est ainsi modifié :

- Dans le tableau et sur la ligne « Dépenses de soins de ville », le montant de 89.5 est rectifié à 88,9 » (milliards d'euros)
- Dans le tableau et sur la ligne « Dépenses relatives aux établissements de santé », le montant de 80.5 est rectifié à 80.7 » (milliards d'euros)
- Dans le tableau et sur la ligne « Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées », le montant de 9,2 est rectifié à 9,3 » (milliards d'euros)
- Dans le tableau et sur la ligne « Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées », le montant de 11,1 est rectifié à 11,2 » (milliards d'euros)
- Dans le tableau et sur la ligne « dépenses relatives au Fonds d'Intervention Régional », le montant de 3,3 est rectifié à 3,4 (milliards d'euros)
- Dans le tableau et sur la ligne « autres prises en charge », le montant de 1,7 est rectifié à 1,8 (milliards d'euros)

Exposé des motifs :

La nouvelle convention médicale conclue en 2016 se traduit par des augmentations importantes des charges. Cette évolution est en cohérence avec le virage ambulatoire annoncé, mais il reste à s'assurer que ces dépenses nouvelles auront des effets restructurants réels, réorganisateurs et limitant véritablement les hospitalisations évitables, et ne se cantonnant pas à de simples mais très coûteux effets revenus additionnels.

De ce point de vue, il manque encore un dispositif prudentiel sur la médecine de ville, à la hauteur de la sur-exécution de l'ONDAM 2016, de 2017, de 2018 déjà annoncée et par construction à prévoir pour 2019.

Pour autant, il n'y a pas lieu que les efforts qui ne sont pas demandés à la médecine de ville soient consentis en totalité par les établissements de santé publics, privés non lucratifs et privés de statut commercial :

- qui se verraient privés ainsi complètement d'une possibilité de percevoir une part des crédits mis en réserve en début d'année 2018
- dont les tarifs se verront diminuer en fonction du débasage appliqué en 2018 et en 2019

Ce sont les raisons pour lesquels la présente proposition d'amendement conjointe propose un rééquilibrage de l'article 6 (et de l'article 53), pour un partage plus équilibré de l'effort.

Pour un effort partagé de participation à la permanence des soins

Après l'article 29 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, il est ajouté un article additionnel ainsi rédigé :

Le I de l'article L. 1435-5 du code de la santé publique est modifié comme suit :

Entre les termes « *organise* » et « *des conditions définies par décret en Conseil d'Etat* », sont ajoutés les termes : « *équitablement entre professionnels exerçant en établissements publics de santé et professionnels libéraux et selon...* »

Exposé des motifs

La tension sur les effectifs médicaux hospitaliers n'a jamais été aussi forte. Elle justifie du renforcement par la loi d'une participation équitable de tous les médecins à la prise en charge de la permanence de soins, en renforçant la participation des médecins libéraux à la PDSA afin de désengorger les services d'urgence hospitaliers.

Les services d'urgence des hôpitaux pallient en effet souvent la garde libérale après minuit, et continuent d'accueillir des patients qui se présentent spontanément à leurs portes pour des cas qui ne relèvent pas de la médecine d'urgence. Cette participation assure que, même en cas de défaillance de la garde libérale, une réponse peut toujours être apportée à la population.

Dans une logique de permanence des soins de territoire, le présent amendement propose d'affirmer le principe de répartition équitable de la charge de participation à la permanence des soins, notamment dans le cadre des prises en charge en médecine ambulatoire afin de participer au désengorgement des services d'urgence en établissements de santé.

Compensation de l'impact budgétaire de l'indemnité de compensation de la hausse de contribution sociale généralisée (CSG)

Après l'article 29 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, il est ajouté un article additionnel ainsi rédigé :

Au I de l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique, il est ajouté un 4° rédigé comme suit :

« 4° les charges résultant pour les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 du paiement de l'indemnité de compensation de hausse de la contribution sociale généralisée »

Exposé des motifs

Lors du rendez-vous salarial de la fonction publique du 16 octobre 2017, le principe de sa compensation intégrale pour les employeurs de l'indemnité compensatrice de la hausse de la CSG a été annoncé. Le décret n° 2017-1890 du 30 décembre 2017 a modifié le taux de cotisation d'assurance maladie applicable aux fonctionnaires hospitaliers à compter du 1^{er} janvier 2018 désormais fixé à 9,88 %, soit moins 1,62 point.

Toutefois, seul le taux des cotisations patronales d'assurance maladie du régime de sécurité sociale des fonctionnaires a été revu, alors que la structure des emplois dans la fonction publique hospitalière intègre également des professionnels contractuels et des personnels médicaux (praticiens hospitalo-universitaires, praticiens hospitaliers, médecins contractuels, internes, étudiants).

Une étude d'impact a été menée par la FHF sur un échantillon représentant 44,2% des équivalents temps plein du secteur sanitaire à l'issue du premier trimestre d'application de la réforme. Il en ressort un impact, certes hétérogène selon la structure d'emploi des établissements, mais important, estimé à 54 millions d'euros en année pleine sur l'ensemble du secteur sanitaire, équivalent à 1350 emplois.

Afin d'atteindre l'objectif annoncé de neutralité budgétaire pour chaque employeur hospitalier public, cet amendement permet de mobiliser le fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) afin de compenser le surcoût induit directement auprès de chaque établissement concerné.

Prise en charge du coût de connexion à l'Espace Numérique Commun

Après l'article 29 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, il est ajouté un article additionnel ainsi rédigé :

Au I de l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique, il est ajouté un 5° rédigé comme suit :

« 5° Les charges résultant pour les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 de la connexion au dispositif prévu par l'article 2 de l'ordonnance n°2017-543 du 13 avril 2017 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière »

Exposé des motifs

L'article 2 de l'ordonnance n°2017-543 du 13 avril 2017 sur la mobilité prévoit une plus grande accessibilité des créations ou des vacances de postes au sein d'un espace numérique commun aux trois versants de la fonction publique.

Pris en application des dispositions de l'ordonnance précitée, ce projet de décret répond au double objectif :

- d'instaurer une obligation de publication sur l'espace numérique commun aux administrations
- d'harmoniser les modalités de publication entre les trois versants en vue de faciliter la mise en œuvre de ce nouvel outil numérique

Cette nouvelle obligation aura un coût pour les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, qu'il s'agit de compenser. En effet, les établissements disposent déjà de l'outil mis à disposition par la FHF.

Le présent amendement permet de mobiliser le fonds pour l'emploi hospitalier afin de compenser le surcoût induit directement auprès de chaque établissement concerné.

Instauration d'une compensation pour tenir compte des charges de service public associées à l'aide sociale des Ehpad

Après l'article 41 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, il est inséré un article additionnel rédigé comme suit :

L'article L. 14-10-6 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

Le 2° du I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'attribution de cette seconde part est majorée en fonction du nombre de places habilitées à l'aide sociale dans les établissements mentionnés au I de l'article L.313-12, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat. »

Exposé des motifs :

Cette proposition de disposition législative vise à mettre en place une compensation tenant compte des charges de service public associés à l'aide sociale des EPHAD.

La réforme de la tarification des Ehpad implique, selon une évaluation opérée auprès des établissements médico sociaux publics, une perte de plus de 200 millions euros, pour ces établissements, sur la section dépendance. Les 163 millions d'euros de gain chiffrés par la CNSA n'équilibrent pas les pertes. Près de 700 établissements sont déficitaires sur les deux sections ou sans bénéfice sur la section soin.

C'est pourquoi, afin de compenser l'écart entre la perte de ressources sur la dépendance et la valorisation du forfait soins, il est proposé d'asseoir une majoration de service public sur l'habilitation à l'aide sociale des Ehpad.

Les établissements habilités à l'aide sociale effectuent non seulement une mission d'accessibilité aux plus vulnérables mais également au plus grand nombre. Ces missions doivent être défendues et valorisées financièrement. La tarification non libéralisée du secteur est en effet la garantie d'un reste à charge maîtrisé pour les personnes âgées et leurs familles, en adéquation avec les principes d'égalité et d'accessibilité propres au service public.

Cette particularité implique des moyens de fonctionnement nettement plus contraints que dans le secteur à tarification libre et ne doit pas être pénalisé financièrement, au risque de voir les déshabilitations se multiplier.

Suppression des modalités d'application du forfait global dépendance

Après l'article 41 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, il est inséré un article additionnel rédigé comme suit :

L'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

Au 2°, après le mot : « résidents », sont supprimés les mots : « dans des conditions précisées par décret en Conseil d'Etat ».

Exposé des motifs :

La présente proposition législative vise à supprimer le renvoi, par l'article 58 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, au pouvoir réglementaire le soin de fixer les modalités d'application du forfait global dépendance.

En effet, les dispositions réglementaires ont mis en place un point GIR départemental qui va conduire à une perte de 200 millions d'euros pour les Ehpad publics.

Ainsi, la suppression de la référence au pouvoir réglementaire permet de conserver l'esprit de la loi d'adaptation de la société au vieillissement qui ne prévoyait pas l'instauration d'un point GIR unique.

Financement protection des majeurs protégés hébergés dans un établissement médico-social

Après l'article 41 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, il est inséré un article additionnel rédigé comme suit :

L'article L361-1 du Code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Le 1° du III est supprimé

2° Il est inséré un IV ainsi rédigé :

« IV - Déduction faite de la participation financière du majeur protégé en application de l'article L 471-5, les services mentionnés au 14° du I de l'article L312-1 gérés par un établissement ou un service relevant des 6° et 7° de ce même article ou de l'article L 313-12 ou les personnes mentionnées à l'article L472-6 du même code, bénéficient d'un forfait annuel.

Ce forfait annuel est calculé sur la base des dépenses constatées et acceptées lors du dernier exercice clos.

Le financement de ce forfait annuel est réparti entre les différents financeurs visés au 1°, 2° et 3° du I du présent article. »

Exposé des motifs :

Cette disposition législative propose de financer les services et préposés mandataires à la protection judiciaire dans les établissements et services médico-sociaux publics comme les autres services. Le financement de cette mesure se ferait par redéploiement au sein du budget opérationnel.

La loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs a affirmé que « lorsque le financement ne peut être intégralement assuré par la personne protégée, il est pris en charge par la collectivité publique, selon les modalités de calcul communes à tous les mandataires judiciaires à la protection des majeurs et tenant compte des conditions de mise en œuvre de la mesure, quelles que soient les sources de financement... ». Cette même loi a cependant créé un régime dérogatoire à cette règle dans les établissements médico-sociaux, ce qui entraîne des difficultés majeures de financement dans ces établissements.

En outre, cette inégalité de financement entre les services de protection des majeurs entraîne une inégalité de traitement des citoyens devant la loi : les personnes protégées suivies par un service de protection juridique de droit privé n'ont pas de frais supplémentaires à payer alors que celles qui sont suivies par un service de protection des majeurs de droit public rattaché à un établissement ou service médico-social doivent payer dans leur tarif hébergement le coût lié à ce service.

En effet, en l'absence d'un financement uniformisé, les coûts des mandataires judiciaires à la protection des majeurs dans les établissements et services médico-sociaux pèsent directement sur le tarif hébergement des structures donc directement sur le reste à charge dont s'acquittent les résidents et/ou leur famille. Or, ce reste à charge est déjà élevé puisqu'il s'élève en moyenne à 2 200 €/mois alors que le niveau moyen des retraites n'est que de 1 200 €/mois.

Suppression de la réforme du modèle de financement des soins critiques

Après l'article 28 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, il est inséré un article additionnel rédigé comme suit :

L'article L.162-22-8-3 du code de la sécurité sociale est abrogé.

Exposé des motifs :

L'article L. 162-22-8-3 du code de la sécurité sociale, introduit par la LFSS pour 2017, fixe un nouveau modèle de financement des activités de soins critiques sous la forme de tarifs nationaux de prestations et dotation complémentaire.

Cet article fige un cadre de financement avant même les conclusions des travaux visant à mettre en cohérence l'organisation des activités de réanimation et de soins critiques et l'évolution du financement.

En outre, la mission sur la réforme du financement lancée par la ministre des solidarités et de la santé sera sans doute amenée à se prononcer sur ce sujet.

Dans l'attente des conclusions, il est indispensable qu'aucun modèle ne soit figé au préalable, qui pourrait à l'inverse être une contrainte à la réflexion sur les organisations.

L'amendement vise à supprimer cette disposition.

Suppression de l'objectif commun de dépenses des soins de suite et de réadaptation (SSR)

Après l'article 29 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, il est ajouté un article additionnel ainsi rédigé :

L'article 162-23 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« Chaque année, sont définis deux objectifs de dépenses d'assurance maladie afférents aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 qui sont exercées d'une part par les établissements de santé mentionnés au a,b,c l'article L. 162-22-6 et d'autre part au d et e de l'article L. 162-22-6. Ces objectifs sont constitués du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de ces objectifs est défini par décret. »

Le montant de ces objectifs est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Ils prennent en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés, pour tout ou partie, sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment les conversions d'activité. Ils peuvent être corrigés en fin d'année pour prendre en compte les évolutions intervenues en cours d'année.

Ils distinguent les parts afférentes :

1° Aux dépenses relatives au financement de la liste des spécialités pharmaceutiques définie à l'article L. 162-23-6 ;

2° A la dotation nationale définie à l'article L. 162-23-8.

II.-Un décret en Conseil d'Etat précise les éléments pris en compte pour la détermination de ces objectifs ainsi que les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminés les éléments mentionnés aux 1° à 6° de l'article L. 162-23-4 compatibles avec le respect de l'objectif, en prenant en compte à cet effet, notamment, les prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours, mesurée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 2° de l'article L. 162-23-4 du présent code peuvent être déterminés, en tout ou partie, à partir des données afférentes au coût relatif des prestations, issues notamment de l'étude nationale de coûts définie à l'article L. 6113-11 du code de la santé publique. »

Exposé des motifs :

La réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) vise à mettre en place un modèle de financement plus équitable, commun aux secteurs public et privé, et adapté aux spécificités de ces prises en charge.

L'article 78 de la LFSS pour 2016 a instauré au nouveau modèle de financement des activités de soins de suite et de réadaptation. L'article 82 de la LFSS pour 2017 instaure une année de transition allant du 1er mars 2017 au 28 février 2018 avant l'entrée dans le nouveau modèle.

L'article 48 du PLFSS pour 2018 prolonge de 2 ans supplémentaires le dispositif transitoire.

La combinaison des financements, essentiellement au prix de journée pour le privé, en dotations historiques pour le public nous conduit à demander la suppression d'un objectif de dépenses commun alors même que les principes du modèle, tels que décrits à l'article 78 de la LFSS pour 2016, suscitent de la part des pouvoirs publics des interrogations pouvant remettre en question le schéma futur.