

# LFSS 2018

#5

LA LETTRE

Le projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2018 a été adopté en lecture définitive par l'Assemblée Nationale, le 04 décembre 2017. (43 voix pour, 13 voix contre)

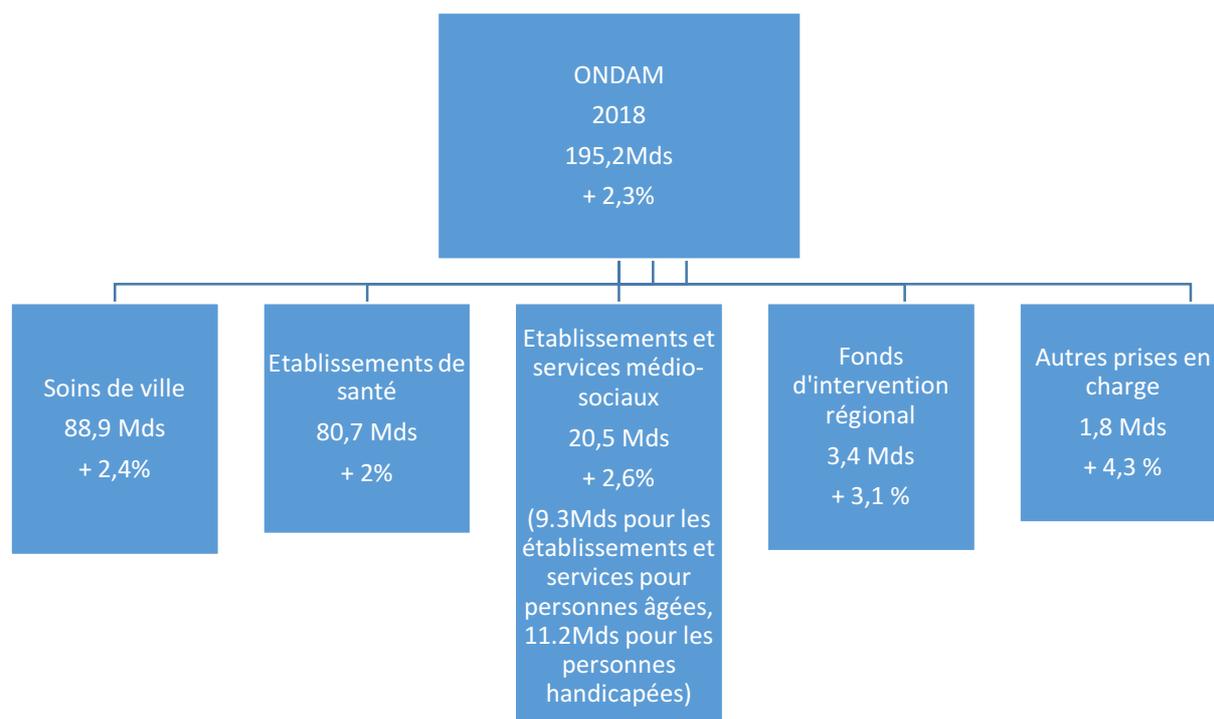
Cette LFSS 2018 s'inscrit dans un contexte de maîtrise de la dépense sociale afin de permettre une baisse du déficit public et un retour à l'équilibre de l'ensemble des comptes de la sécurité sociale en 2020.

Plusieurs ambitions sont ainsi poursuivies :

- Le soutien à l'activité économique et au pouvoir d'achat ;
- Le développement de la prévention et de l'innovation pour des soins plus pertinents, (en cohérence avec la nouvelle stratégie nationale de santé) ;
- La prise en compte des besoins des plus fragiles, l'accompagnement des familles.

La LFSS 2018 compte désormais 78 articles. Cette lettre a vocation à présenter l'ensemble des articles qui affectent les établissements publics de santé et médico-sociaux, privilégiant les plus emblématiques.

1/ Rappel des chiffres clefs de la LFSS 2018 : Une progression maîtrisée de l'ONDAM en dépit d'un tendancier de dépenses fort :



Les ressources assurance maladie affectées aux établissements de santé progresseront de 2%.

La rigueur imposée au secteur de la santé se traduit par 4,165 Mds d'économies attendues en 2018, dont 1,6 Mds pour les établissements de santé dont 200 millions au titre de l'augmentation du forfait journalier hospitalier (FJH) qui devrait être neutre pour les établissements de santé. Cette mesure se traduit par une diminution du taux de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (recettes de titre 1) et une augmentation du taux de prise en charge des assurances complémentaires (recettes de titre 2).

## 2/ Les articles emblématiques de la LFSS 2018 :

Première partie : dispositions relatives à l'exercice 2016

Article 7 : rectification de l'Ondam et des sous-Ondam pour 2017

- ⇒ Un transfert de 200 millions, des établissements de santé vers la ville, a été réalisé afin de corriger la construction de l'ONDAM compte tenu des montants définitifs de réalisation 2016.

Troisième partie : dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale pour l'exercice 2018

Article 8 : mesures de pouvoir d'achat en faveur des actifs

Suppression de certaines cotisations sociales en contrepartie de la hausse de la contribution sociale généralisée (CSG) à partir du 1er janvier 2018.<sup>1</sup>

Article 9 : transformation du CICE et du CITS en baisse pérenne de cotisations sociales pour les employeurs

Renforcement des allègements généraux en contrepartie de la suppression du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi à partir du 1er janvier 2019.

Branche Maladie

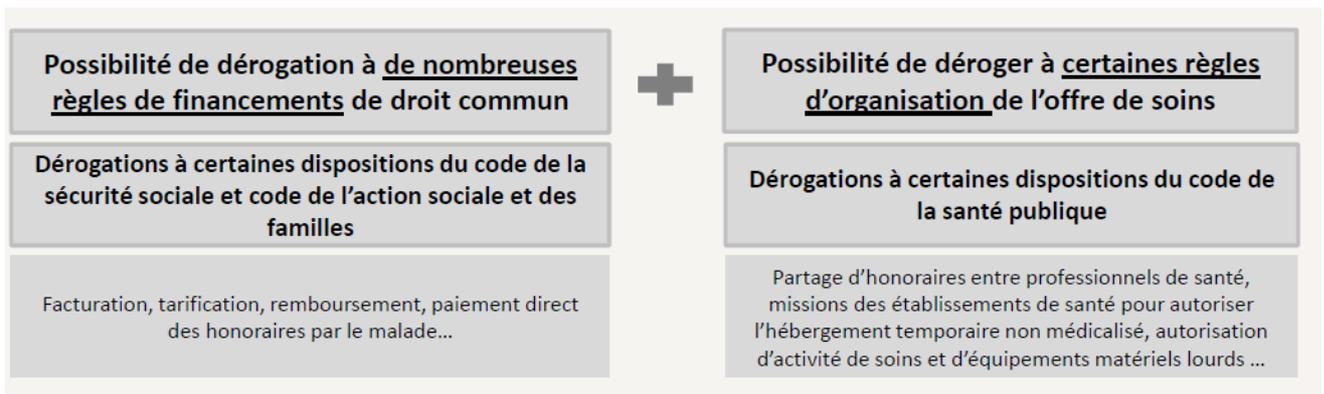
Article 50 : Dans le cadre d'une consultation unique de prévention des cancers du col de l'utérus et du sein pour les femmes de 25 ans, la participation de l'assurée peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article 51 : cadre pour les expérimentations organisationnelles innovantes du système de santé

Ces expérimentations, d'une durée maximale de 5 ans, doivent permettre l'émergence d'organisations innovantes dans le secteur sanitaire et médicosocial. L'article mentionne par ailleurs l'amélioration de la pertinence de la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments ou des produits et prestations.

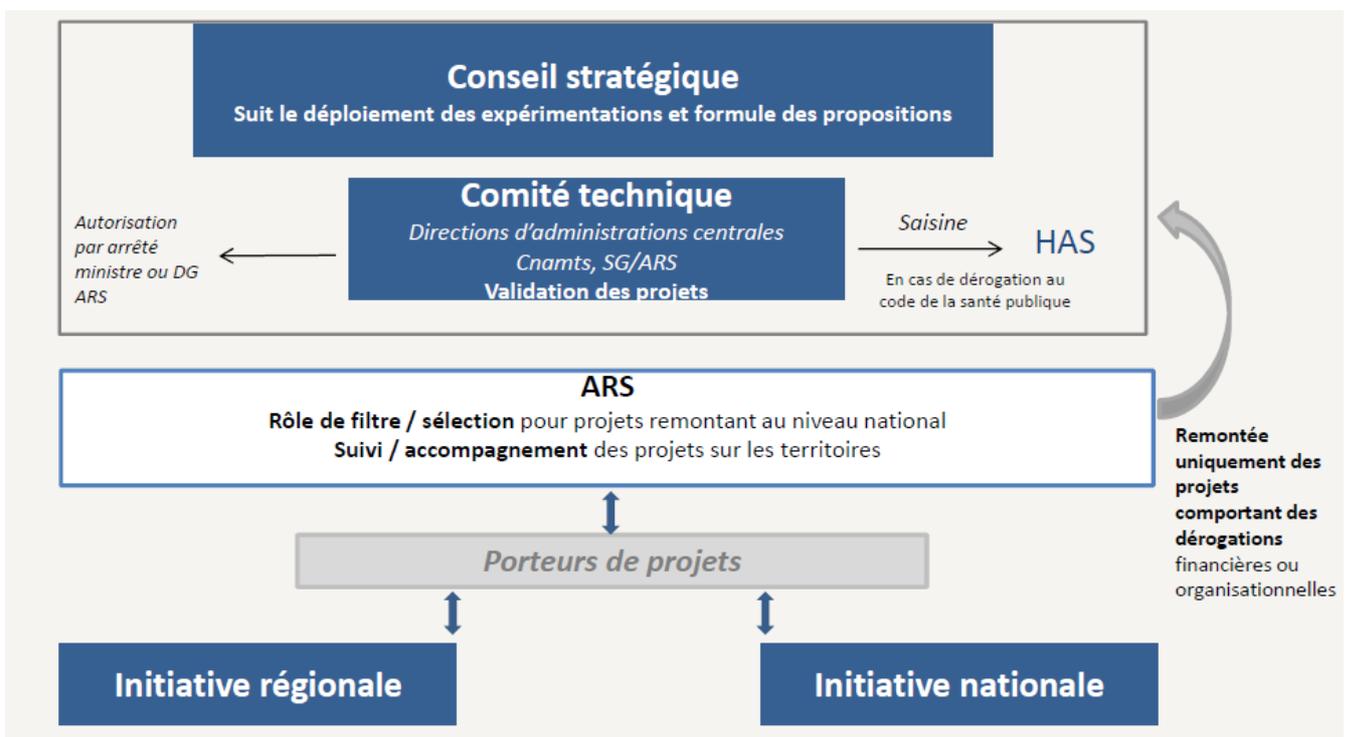
---

<sup>1</sup> Pour plus de détails, nous vous invitons à consulter la note « LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE ET LOI DE FINANCES POUR 2018 ; DISPOSITIONS IMPACTANT LES RESSOURCES HUMAINES HOSPITALIERES » publiée le 08 janvier 2018 au sein de l'espace Ressources Humaines du site internet de la FHF.



Source : DGOS

Gouvernance :



Source : DGOS

Un conseil stratégique national est institué. Il est associé au suivi des expérimentations et formule un avis en vue de leur généralisation. De façon plus générale, il fait des propositions sur les innovations dans le système de santé. Sa composition sera précisée par décret en Conseil d'Etat. Un comité technique (représentants de l'assurance maladie, ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé, ARS) émet un avis sur les expérimentations, leur mode de financement, leur modalités d'évaluation. Il détermine également le champ d'application territorial des expérimentations.

### Financement :

En complément du FIR mobilisé, le financement de tout ou partie de ces expérimentations (y compris son évaluation) est assuré par un fonds pour l'innovation du système de santé, géré par la CNAM. Ce fonds est abondé par une dotation de la branche maladie, maternité, invalidité et décès du régime général, fixée chaque année par arrêté. Il est financé au sein de la sous enveloppe ONDAM « autres prises en charge » et bénéficie initialement de transfert entre les sous enveloppes de l'ONDAM à hauteur de 20 millions d'€ en 2018.

Les expérimentations en cours (liste ci-dessous) peuvent être poursuivies quand leur objet et leur évaluation sont conformes au nouveau cadre d'expérimentation définis par cet article :

- PAERPA (parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie)
- Parcours de soins et prise en charge des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique
- Parcours de soins et prise en charge des personnes atteintes d'affections cancéreuses traitées par radiothérapie externe
- Amélioration du parcours du patient et l'optimisation des prises en charge hospitalières sur la base d'un appel à projets national (notamment une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé, en amont ou en aval de leur hospitalisation)
- Amélioration de la prise en charge et le suivi d'enfants de trois à huit ans chez lesquels le médecin traitant a décelé un risque d'obésité
- Administration par les pharmaciens du vaccin contre la grippe saisonnière aux personnes adultes.
- Amélioration de la prise en charge et le suivi de jeunes de six à vingt et un ans chez lesquels un médecin, notamment médecin généraliste, médecin scolaire, pédiatre ou psychologue scolaire, a évalué une souffrance psychique
- Parcours de soins et prise en charge des personnes souffrant de douleurs chroniques.

Un arrêté fixera la date de fin de chaque expérimentation, qui ne pourra pas être supérieure à 6 ans (à compter de la date de début effective), ni postérieure au 31 décembre 2022.

Si la poursuite n'a pas été autorisée par arrêté avant le 31 décembre 2018, la fin de ces expérimentations est fixée au 31 décembre 2019.

Pour les expérimentations de projets pilotes destinés à améliorer le parcours de soins et la prise en charge des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique ou d'affections cancéreuses traitées par radiothérapie externe, la date de fin est d'ores et déjà fixée au 31 décembre 2018.

#### [article 52: ouverture du dossier pharmaceutique aux pharmaciens biologistes](#)

Sauf opposition du patient, tout pharmacien d'officine est tenu d'alimenter le dossier pharmaceutique à l'occasion de la dispensation. Dans les mêmes conditions, les pharmaciens exerçant dans une pharmacie à usage intérieur et les pharmaciens biologistes pourront désormais consulter et alimenter ce dossier.

#### [Article 54 : Télémédecine](#)

Le tarif et les modalités de réalisation des actes de télémédecine seront définis dans le cadre conventionnel (négociations au sein desquelles les hospitaliers ne sont pas représentés). Le financement de ces actes, jusqu'alors dérogatoire et dans un cadre expérimental, va pouvoir basculer dans le droit commun au 1<sup>er</sup> janvier 2018 pour la télé expertise et la téléconsultation réalisée par vidéo transmission.

L'article renouvelle également le cadre d'expérimentation des actes de télésurveillance pour des patients pris en charge en ville, en établissement de santé ou dans une structure médicosociale. (À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018 et pour une durée maximale de 4 ans).

#### [Article 55 : modification des conditions d'inscription des actes à la nomenclature](#)

L'accélération du processus de hiérarchisation des actes préalable à leur inscription à la nomenclature ne figure pas dans les dispositions finales de cet article.

L'article 55 prévoit de faciliter, via une inscription spécifique, les actes ou prestations réalisés en équipe.

#### [Article 56 : adaptation des conditions de prise en charge des produits hospitaliers - liste en sus](#)

- Conformément à la demande réitérée de la FHF et au vu de son absence d'impact sur le recours à la liste en sus, le mécanisme conduisant à déduire un montant forfaitaire (fixé à 40 euros) de certains tarifs d'hospitalisation dès lors qu'un médicament de la liste en sus est utilisé au cours du séjour (Introduit article 63 de la LFSS 2015) est supprimé.

- Pour les patients relevant d'un régime de sécurité sociale étranger, la facturation des soins est désormais majorée du coût des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations, de la liste en sus.
- Les établissements ne pourront plus acheter de médicaments à un prix d'achat supérieur au prix de cession minoré de la marge (sachant que la marge peut être cependant réduite). Un prix limite de vente des entreprises aux établissements de santé est ainsi introduit afin de les protéger des pratiques tendant à vendre à un prix supérieur au tarif de responsabilité.
- La marge de rétrocession, qui prend en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation des spécialités, peut désormais être réduite compte tenu de la modicité du prix de cession de la spécialité.
- Possibilité pour le CEPS de fixer des tarifs uniques pour des médicaments à l'efficacité équivalente (notamment pour génériques et biosimilaires)  
=> la base de remboursement d'une spécialité pour les établissements de santé serait limitée à ce tarif unifié.
- Le cadre de prise en charge des RTU (Recommandations Temporaires d'Utilisation) est ajusté : actuellement la prise en charge d'une nouvelle indication sous RTU se fait dans les mêmes conditions que celles valant pour les indications prises en charge au titre de l'autorisation de mise sur le marché. Cette article permet une renégociation de prix par le Comité Economique des Produits de Santé.

#### Article 57 : intéressement des établissements dans le cadre des CAQES

Les CAQES, introduits par l'article 81 de la LFSS pour 2016, vont désormais faire l'objet d'un avis des commissions et conférences médicales d'établissement, préalablement à leur conclusion.

En outre, au-delà des sanctions applicables, ils pourront faire l'objet d'un intéressement sous la forme d'une dotation FIR, en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie et du degré de réalisation de l'ensemble des objectifs fixés au contrat.

Dans le cadre des débats relatifs à ce PLFSS, la Ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, a déclaré avoir donné aux ARS l'instruction de ne pas appliquer de sanctions en 2018 et en 2019. La Direction de la Sécurité Sociale a officiellement confirmé à la FHF ce report d'application des sanctions, tout en précisant que les contrats devaient être signés dans le cadre du calendrier initial.

#### Article 58 : amélioration de la pertinence de l'utilisation des produits de santé (information sur les dispositifs médicaux)

La mesure vise à mieux encadrer les pratiques de promotion des dispositifs médicaux :

- en instituant le principe d'un encadrement de la visite médicale et de toutes autres démarches d'information réalisées pour les dispositifs médicaux et les prestations associées, ainsi qu'un mécanisme de certification de ces activités par la HAS, en reprenant les principes qui existent déjà pour le médicament ;
- en prévoyant que le Directeur définit, après avis du président de la CME, les conditions de réalisation et d'encadrement des activités de présentation, d'information ou de promotion des produits de santé ou de formation notamment à leur utilisation, particulièrement en vue du respect des chartes de qualité visées à l'article L 162-17-8 et L 162-17-9.
- L'article prévoit également que la prise en charge par l'assurance maladie de certains produits de santé et prestations associées peut être subordonnée au renseignement sur l'ordonnance, d'éléments relatifs aux circonstances et aux indicateurs de la prestation.
- La certification par la HAS des logiciels, dont au moins une des fonctionnalités est de proposer une aide à l'édition des prescriptions médicales de DM et prestations associées ou une aide à la délivrance, est rendue obligatoire, au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2021 (décret à venir).

#### Article 60 : uniformisation et renforcement du mécanisme de demande d'autorisation préalable

La présente mesure vise à renforcer l'efficacité du mécanisme selon trois axes :

- en instaurant le principe du silence vaut acceptation de la demande par le service du contrôle médical dans des délais fixés par décret ;

- en complétant, clarifiant et sécurisant ses critères de mise en œuvre ;
- en prévoyant l'obligation pour le prescripteur d'inscrire la mention « non remboursable » sur l'ordonnance du produit ou de la prestation prescrite, dès lors que l'accord du contrôle médical n'a pas été sollicité ou n'est pas intervenu.

#### Article 61 : extension de la mise sous objectifs et la mise sous accord préalable à tous les prescripteurs

- Elargissement de ce mécanisme aux prescriptions des professionnels de santé autres que médecins (sages-femmes, masseurs kinésithérapeutes, infirmiers).
- Pas de prise en charge par l'assurance maladie des actes ou prestations délivrées par un établissement de santé sous MSAP, en cas d'absence de demande d'accord préalable. (hors cas d'urgence)

Article 64 : Dans un délai de 6 mois à compter de la promulgation de la Loi, remise d'un rapport au parlement sur l'accès financier aux soins des personnes en situation de handicap et de précarité (restes à charge en santé liés au handicap, niveau des avances de frais, renoncement aux soins pour motif financier...)

Article 65 : déploiement de la facturation individuelle des établissements pour les prestations hospitalières, selon des modalités calendaires fixées par décret et au plus tard le 1<sup>er</sup> mars 2022.

Article 66 : suppression de la dégressivité tarifaire, dont la FHF avait critiqué la déconnexion avec la notion de pertinence. Dans ce contexte, il a été décidé de ne pas récupérer les montants dûs par les établissements de santé au titre des campagnes de dégressivité tarifaire des années 2016 et 2017.

Article 67 : report de l'entrée en vigueur de l'intégration des dépenses de transports inter-établissements dans le budget des établissements de santé (prévue par l'article 80 de la LFSS 2017), du 1<sup>er</sup> mars 2018 au 1<sup>er</sup> octobre 2018.

La FHF a dénoncé les difficultés techniques et financières empêchant l'intégration des dépenses de transports inter-établissements dans le budget des établissements de santé. On peut notamment citer la méthodologie non stabilisée du périmètre du transfert de la dépense, de sa gestion future et ses moyens de régulation.

L'Ondam hospitalier intègre donc 37,5 Millions d'€ de dépenses de transports sanitaires inter-établissements auparavant comptabilisées dans l'ONDAM soins de ville pour la période du 1<sup>er</sup> octobre au 31 décembre 2018.

La règle générale prévoit ainsi que les transports inter hospitaliers ne seront plus facturables mais plusieurs exceptions sont proposées :

- Transports par avion / bateau ;
- Transports par SMUR ;
- Transports prescrits par les SAMU ;
- Transports de patients non hospitalisés (pris en charge aux urgences et transférés à des fins d'admission en hospitalisation).

Un décret d'application devrait préciser ces dispositions.

#### Article 68 : déploiement de la réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation

L'article 78 de la LFSS pour 2016 a introduit un nouveau modèle de financement des activités de SSR.

L'article 68 de la LFSS pour 2018 prolonge jusqu'au 31 décembre 2019 la période transitoire qui combine anciennes et nouvelles modalités de financement. Le modèle cible de financement entrera ainsi en vigueur, dans toutes ses composantes, au 1er janvier 2020.

Toutefois, pour inciter au développement des prises en charge externes en SSR dans le cadre du virage ambulatoire, les actes et consultations externes des établissements ex-DAF pourront, dès le 1er janvier 2018, être facturés à 100%.

La mesure vise également à simplifier certains aspects du dispositif et prévoit la possibilité d'introduire plus de souplesse dans la montée en charge du modèle :

- Elle prévoit de supprimer l'obligation de diminuer chaque année la valeur du coefficient de rééducation-réadaptation, renvoyant ainsi la décision quant à la fixation de son niveau à un arrêté annuel qui sera pris eu égard à l'avancée réelle des travaux classificatoires ;
- Elle offre enfin la possibilité de moduler le rythme de déploiement des nouvelles modalités de financement en fonction des catégories d'établissement, afin de pouvoir adapter, le cas échéant, le rythme de montée en charge de la réforme en fonction des secteurs.

La FHF est satisfaite de la correction apportée au financement des actes et consultations externes. Cependant, la possibilité d'un taux de montée en charge de la DMA différencié par secteurs pose problème dès lors que l'objectif de dépenses assurance maladie est commun et qu'un secteur reste majoritairement en dotation alors que l'autre poursuit son activité quasi exclusivement facturée en prix en journée.

#### [Article 69 : évolution des compétences financières des Agences régionales de santé \(ARS\)](#)

Cet article permet notamment la fongibilité des financements des dispositifs de coordination des parcours.

#### [Article 70 : mesure d'efficacité et d'adaptation de l'offre aux besoins du secteur médico-social](#)

Cet article concerne en premier lieu les autorisations : « Toute autorisation est, totalement ou partiellement, réputée caduque si tout ou partie de l'activité de l'établissement ou du service n'est pas ouverte au public dans un délai et selon des conditions fixées par décret. »

Le décret adopté le 28 novembre 2017 (cf. lettre adhérents) l'était en application de la LFSS 2017. La différence est sémantique : la LFSS 2107 prévoyait que « toute autorisation est réputée caduque si l'établissement ou le service n'est pas ouvert au public dans un délai et selon des conditions fixées par décret.... »

L'article L313-12-2 prévoit que certains établissements déterminés par renvois font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. La LFSS prévoit cependant que certains établissements en seront exclus (« à l'exception des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés aux I et II de l'article L. 313-12 » : l'exclusion concerne les petites unités de vie et les résidences autonomie).

#### [Article 72 : transfert des missions de l'Anesm à la HAS au 1<sup>er</sup> avril 2018](#)

[Article 73 : dotation 2018 de l'assurance-maladie au Fmespp \(448,7 millions €\), à l'Oniam \(105 millions €\), et de la CNSA aux ARS \(131,7 millions €\)](#)

#### [Dispositions communes aux différentes branches](#)

##### [Article 78 : renforcement des dispositifs de lutte contre la fraude](#)

Cet article permet notamment aux sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes de condamner un praticien au reversement des sommes indûment perçues aux organismes de sécurité sociale dans le cas d'actes ou prestations réalisés dans des conditions méconnaissant les règles prévues à l'article L. 162-1-7 du CSS pour leur prise en charge ou leur remboursement par l'assurance maladie.

Les équipes de la FHF sont à votre disposition pour porter des positions fortes pour nos établissements.

Contact :

Michèle Deschamps [M.DESCHAMPS@fhf.fr](mailto:M.DESCHAMPS@fhf.fr)