



# LETTRE LFSS 2019

LE POINT SUR LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE 2019

LETTRE #4

Janvier 2019



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE



# LE POINT SUR L'EXAMEN EN PREMIERE LECTURE ET SUR LES PROPOSITIONS DE LA FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE

## INTRODUCTION

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2019 a été adoptée en lecture définitive par l'Assemblée Nationale le 03 décembre 2018 (48 voix pour / 32 voix contre).

La loi 2018-1203 du 22 décembre 2018 compte désormais 88 articles.

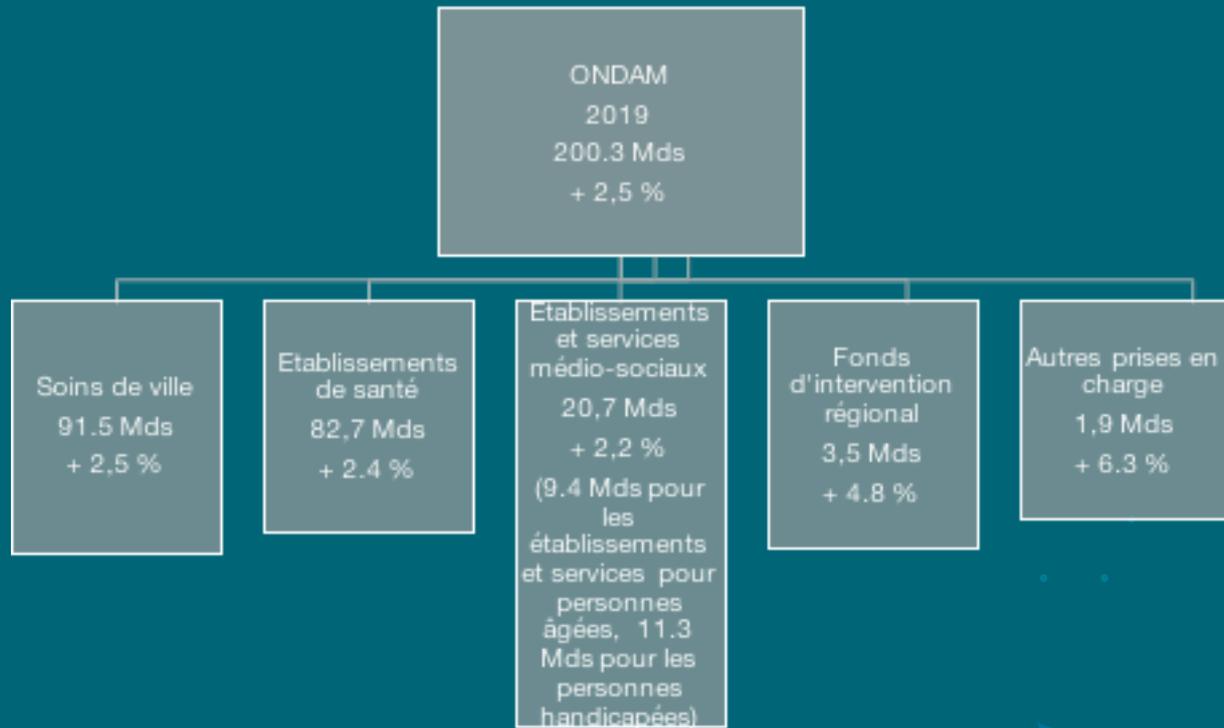
Cette LFSS décline une partie des mesures annoncées par le Président de la République dans le cadre de la stratégie pluriannuelle « Ma santé 2022 » parmi lesquelles :

- La réforme du reste à charge zéro ;
- La fusion de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) et la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ;
- La transformation du système de soins : réforme des ATU, renforcement du recours aux génériques...

Le déficit de l'assurance maladie (tous régimes) serait de 700 millions en 2019 (contre 500 M dans le PLFSS initial) après 900 M en 2018 et 4.9 Md en 2017. Cette lettre a vocation à présenter l'ensemble des articles privilégiant les plus emblématiques et / ou susceptibles d'affecter les établissements publics de santé.

# 1

## LES CHIFFRES CLEFS DE LA LFSS POUR 2019



Les ressources assurance maladie affectées aux établissements de santé progresseront de 1,96 Md soit + 2,4 %. L'évolution prévisionnelle des dépenses a été estimée à + 3,7 %, ce qui se traduit par un effort d'économies de 1 023 M. Ce montant comprend un effort de baisses de prix des médicaments de l'ordre de 360 M.

Concrètement, 663 M d'économies sont attendus des établissements de santé sur les axes suivants :

- Programme PHARE ;
- Structuration des parcours de soins efficaces ;
- Adaptations tarifaires des actes de biologie et d'imagerie.

### LES DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2018

#### Article 4 : suppression du fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP)

Objectif de simplification des circuits de prise en charge des dépenses de médicaments.

#### Article 6 : rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM pour 2018

Les sous-objectifs de l'ONDAM 2018 sont actualisés pour prendre en compte le niveau réel de dépenses 2017 servant de base de référence pour déterminer l'ONDAM 2019 : l'objectif des soins de ville est abondé de 600 M par reprise sur les objectifs suivants : établissements de santé : - 200 millions, personnes âgées - 100 millions, personnes handicapées - 100 millions, FIR - 100 millions et autres prises en charge - 100 millions.

## LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET A L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SECURITE SOCIALE POUR L'EXERCICE 2019

### Article 7 :

Exonération de cotisations salariales sur le recours aux heures supplémentaires et complémentaires

### Article 8 :

Mise en œuvre de la transformation du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) et du crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS) en baisse pérenne de cotisations sociales pour les employeurs

### Article 15 :

Exonération de la taxe sur les salaires pour l'Etablissement français du sang.

### Article 20 :

Simplification de la procédure de dépôt des demandes de modifications mineures d'autorisation de mise sur le marché des médicaments (AMM)

### Article 21 :

Simplification et homogénéisation des mécanismes de la clause de sauvegarde pour les produits de santé.

## LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES ET A L'EQUILIBRE FINANCIER DE LA SECURITE SOCIALE POUR L'EXERCE 2019

### • Transformer le système de soins

#### Article 37 : Extension du dispositif de paiement à la qualité des établissements de santé

Mesure de la qualité et sécurité des soins chaque année au moyen d'indicateurs, qui prennent en compte les résultats et expériences rapportés par les patients. Pour certains indicateurs, un seuil minimum est requis. Lorsqu'un établissement n'atteint pas, pendant trois années consécutives, un tel seuil pour un même indicateur, il fait l'objet d'une pénalité financière. La pénalité globale ne peut excéder 0.5 % des recettes annuelles assurance maladie. L'établissement doit par ailleurs présenter un plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Ces mesures entrent en vigueur au 1er janvier 2020.

Un décret en Conseil d'Etat précisera les modalités de détermination et de mise en œuvre de la dotation complémentaire et de la pénalité financière, les catégories d'indicateurs et seuils minimaux.

Un arrêté sera publié avant le 31 décembre de chaque année fixant la liste des indicateurs, les modalités de calcul de la dotation et de la pénalité.

Les établissements de psychiatrie entrent dans le dispositif IFAQ au 1er janvier 2020, la 1ère année de recueil des indicateurs est une année blanche. Ces mêmes établissements ainsi que les structures d'HAD ne verront qu'à compter du 1er janvier 2021 l'intégration des indicateurs de résultats et expériences rapportés par les patients.

#### Article 38 : financement forfaitaire de pathologies chroniques

En 2019, un modèle de rémunération forfaitaire est mis en place pour la prise en charge hospitalière de deux pathologies : le diabète et l'insuffisance rénale chronique.

### **Article 39 : réécriture du dispositif d'expérimentation des innovations organisationnelles (article 51 de la LFSS 2018)**

Extension du champ d'action au secteur médico-social

Au-delà de la dérogation aux règles de tarification, le dispositif favorise l'innovation organisationnelle. Dans les zones caractérisées par une offre insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins, un praticien peut pratiquer une activité libérale, sans dépassement d'honoraire, hors de l'établissement où il exerce à titre principal ou une activité libérale au sein d'un centre de santé.

Les SISA peuvent adapter leurs statuts pour rendre possible l'encaissement et le reversement des rémunérations des activités de prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale.

Pour la durée de l'expérimentation, possible redistribution d'un intéressement collectif aux membres d'un GCS  
Assouplissement sous certaines conditions visant les pharmaciens d'officine : renouvellement des traitements chroniques ou ajustement des posologies.

### **Article 40 : amélioration de la pertinence des soins**

L'ARS élabore un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, qui définit les domaines d'actions prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins dans la région, précisant notamment les critères retenus pour identifier les établissements de santé devant conclure un volet additionnel au CAQES. Ce plan identifie les écarts significatifs entre le nombre ou l'évolution du nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par les établissements de la région ou les professionnels y exerçant et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable.

### **Article 41 : modification du taux maximal applicable aux nouveaux emprunts structurés**

Les catégories d'emprunts concernés selon définis par arrêté.

### **Article 42 : déploiement des assistants médicaux auprès des médecins**

### **Article 43 : expérimentation d'un forfait de réorientation des urgences vers la ville**

A titre expérimental et pour une durée de 3 ans.

Un décret en Conseil d'Etat précisera les modalités de mise en œuvre, les conditions de désignation des établissements retenus et les conditions d'évaluation en vue d'une éventuelle généralisation.

### **Article 44 : remboursement à l'assurance maladie d'actes effectués au titre d'une activité non autorisée**

Un décret en Conseil d'Etat précisera les modalités de récupération des sommes indûment facturées.

### **Article 46 : réforme du financement du CNG et de l'EHESP**

A compter du 1er janvier 2020 la contribution directe des établissements de santé au CNG et à l'EHESP est supprimée au profit d'un financement par l'Etat et l'assurance maladie.

### **Article 47 : simplification de l'exercice libéral à titre accessoire pour les médecins remplaçants**

Cet article entre en vigueur au 1er janvier 2020.

### **Article 48 : extension de l'objet des SISA aux pratiques avancées**

Les pratiques avancées des auxiliaires médicaux en ville sont étendues aux maisons de santé.

### **Article 49 : amélioration de la qualité de la prise en charge par l'usage renforcé du numérique et le partage d'information.**

L'appartenance d'un médicament au registre des médicaments hybrides doit être indiquée dans les logiciels d'aide à la prescription.

L'absence ou le retard de mise à jour d'un logiciel d'aide à la prescription peut entraîner une pénalité pouvant aller jusqu'à 10 % du CA de l'éditeur.

### **Article 51 : mesures de déploiement du « reste à charge zéro » après intervention des complémentaires santé pour les domaines de l'optique, des aides auditives et des prothèses dentaires.**

## ● Améliorer la couverture des besoins de santé

**Article 52 : refonte des dispositifs de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide à la couverture complémentaire santé (ACS)**

**Article 53 : exonération du ticket modérateur sur les soins de ville pour les personnes modestes à Mayotte**

Entre en vigueur au 1er mai 2019

**Article 54 : gestion et financement par l'assurance maladie des dispositifs de prise en charge des risques et conséquences d'une situation sanitaire exceptionnelle**

Dans certaines situations exceptionnelles générant un risque grave et anormal pour l'état de santé des assurés, des dérogations aux règles de prise en charge de droit commun pourront être mises en œuvre.

**Article 58 : rapport au Parlement sur les dépenses de prévention des addictions**

Au plus tard au 1er juin 2019 est remis au Parlement un rapport relatif aux dépenses de prévention des addictions, notamment celles concernant la prévention de l'alcoolisme, afin d'évaluer l'efficacité des dépenses. Le rapport mettra en avant l'articulation entre les dépenses de prévention et l'évolution des conduites addictives, notamment des hospitalisations et passages aux urgences liés à ces pratiques et les coûts engendrés.

**Article 61 : développement de la vaccination antigrippale chez les professionnels de santé et le personnel des établissements de santé**

A titre expérimental, pour une durée de trois ans et dans deux régions volontaires, financement par le FIR.

**Article 65 : renforcement de l'accès précoce à certains produits de santé innovants et modification du système de fixation de leurs prix**

Elargissement des dispositifs d'accès précoce à l'innovation (ATU) : aujourd'hui le dispositif est réservé uniquement à la première indication thérapeutique demandée, cet article introduit la possibilité de disposer d'une ATU pour les extensions d'indications thérapeutiques.

Possibilité donnée aux Ministres d'autoriser l'accès précoce d'un produit qui n'aurait pas reçu son autorisation temporaire d'utilisation avant l'octroi de son AMM mais qui remplirait toutes les conditions pour un accès précoce (produit de santé indiqué dans une maladie grave ou rare, sans alternative thérapeutique et dont l'efficacité et la sécurité d'emploi sont démontrées).

L'élargissement de l'accès précoce s'accompagne de la création d'un prix temporaire (appelé « compensation ») qui sera valable pendant cette phase d'accès. Le prix net final négocié avec le CEPS sera toutefois appliqué rétroactivement.

Phase de continuité de traitement autorisée (pour les patients déjà initiés) au titre des ATU ou post ATU pour permettre au prescripteur d'adapter la stratégie de prise en charge

Création d'un dispositif d'accès précoce pour les dispositifs médicaux

Après la phase ATU et post ATU, structuration (collecte et analyse des données) souhaitée de l'évaluation clinique des médicaments et dispositifs médicaux innovants (adaptation du prix à la performance en vie réelle des produits de santé)

**Article 66 : moindre remboursement en cas de refus non médicalement justifié du recours aux médicaments génériques et biosimilaires**

Inscription au code de la santé publique de la définition de spécialité hybride.

Pour les spécialités hybrides, il est créé un registre des groupes hybrides comportant les groupes dans lesquels sont regroupés une spécialité de référence et des spécialités qui en sont hybrides.

Ces médicaments entrent dans le cadre de la substitution à condition que le prescripteur n'ait pas exclu cette possibilité par une mention expresse et justifiée portée sur l'ordonnance.

Les établissements de santé exerçant une activité MCO peuvent bénéficier d'une dotation du FIR lorsqu'ils atteignent des résultats évalués à l'aide d'indicateurs relatifs à la pertinence et à l'efficacité de leurs prescriptions de produits de santé, mesurés chaque année.

**Article 67 : renforcement de l'encadrement de certains médicaments innovants**

Certains médicaments innovants sont inclus dans le dispositif, déjà existant, de haut niveau d'encadrement soumis à des règles de bonnes pratiques pour des raisons de santé publique ou susceptibles d'entraîner des dépenses injustifiées.

• Dotations et objectifs de dépenses des branches et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires

**Article 79 : Dotations 2019 :**

• FMESPP : 647 millions

ONIAM : 155 millions

CNSA aux ARS : 137 millions

**Article 82 : montant de l'ONDAM 2019 par sous-objectifs**

<b>SOUS-OBJECTIFS</b>	<b>OBJECTIF DE DEPENSES (Mds)</b>
Dépenses de soins de ville.....	91.5
Dépenses relatives aux établissements de santé.....	82.7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées.....	9.4
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées.....	11.3
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional.....	3.5
Autres prises en charge.....	1.9
<b>Total.....</b>	<b>200.3</b>

Journal officiel du 23 décembre 2018

LOI n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019