



LETTRE DU PLFSS 2020

LE POINT SUR LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2020

LETTRE #1



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE



« LETTRE DU PLFSS DE LA FHF » : DECRYPTAGE DU PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE (PLFSS) POUR 2020

INTRODUCTION

Depuis maintenant plusieurs années, la FHF retrace, au travers de lettres PLFSS, les principales mesures contenues dans ce projet de loi de financement de la Sécurité Sociale.

Ce PLFSS 2020 s'inscrit dans la poursuite de la maîtrise des comptes sociaux. Il est construit autour de quatre grands thèmes : encourager les initiatives - renforcer la justice sociale - élargir la protection sociale aux risques d'aujourd'hui et rompre avec la reproduction des inégalités - refonder le financement de notre système de santé et renforcer la place de la pertinence au bénéfice des patients et de l'accès aux soins.

Face aux fortes tensions financières qui pèsent sur les établissements de santé, les attentes des hôpitaux publics étaient grandes pour répondre aux enjeux de transformation du système de santé. Force est de constater qu'une fois de plus ce PLFSS est à contre-courant des besoins avec un effort d'économie très important et une évolution de l'ONDAM hospitalier bien en deçà de celui de la ville. Si la hausse de l'ONDAM médico-social est un signe encourageant, la question du financement à long terme du plan Grand Age reste posée.

Cette première lettre apporte un éclairage sur les principaux éléments de cadrage du PLFSS 2020 (1), les principales mesures impactant les établissements de santé (2) et les priorités et propositions de la FHF (3).

La Fédération a d'ores et déjà déposé un certain nombre d'amendements que nous suivrons à travers les discussions et vote des parlementaires et détaillerons dans les prochains numéros.

1 PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE CADRAGE DU PLFSS 2020

FOCUS SUR LES DERNIERS ONDAM

Les dépenses de l'ONDAM en 2018 se sont élevées à 195,2 Md€, inférieures de 160 M€ à l'objectif rectifié.

- Les dépenses de soins de ville à hauteur de 89,3 Md€ ont progressé de 2.4 %, inférieures de 250 M€ à leur sous-objectif rectifié (pour rappel l'enveloppe des soins de ville a été abondée de 600 M€ en 2018 par transfert des enveloppes Etablissements de santé, médico-sociales et FIR).

- Les dépenses hospitalières à hauteur 80,4 Md€ ont progressé de 2 %, inférieures de 35 M€ à leur sous-objectif rectifié.

L'intégralité des crédits hospitaliers mis en réserve ont été dégelés et restitués aux établissements ainsi que la sous-exécution de 300 millions constatée en fin d'année compte tenu d'une activité moins dynamique que celle retenue dans la fixation des tarifs intégrant une régulation prix / volume.

- L'ONDAM médico-social a progressé de 1,9 %, soit 20,4 Md€. L'enveloppe personnes âgées, à hauteur de 9,2 Md€, a progressé de 2%, celles pour les personnes handicapées, de 11,1 Md€, a progressé de 1,8 %.

Les dépenses de l'ONDAM 2019 ont été fixées à 200,3 Md€ en évolution de 2.5 %.

Au vu des données dont elle dispose, la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale prévoit :

- Une sous-exécution des dépenses de soins de ville de 125 M€ soit une évolution de 2.6 % par rapport à 2018 essentiellement liée au report en 2019 de la sous-exécution constatée en 2018.

- Une sous-exécution des dépenses hospitalières de l'ordre de 45 M€ sous l'hypothèse d'un dégel intégral des crédits mis en réserve.

LES CHIFFRES CLÉS DE L'ONDAM 2020

En 2020 et avant toutes mesures nouvelles, le déficit de la Sécurité Sociale augmenterait de près de 9 Md€ par rapport à 2019 pour atteindre 11.3 Md€.

L'ONDAM 2020 (article 59 du PLFSS) d'un montant de 205.3 milliards d'euros, progressera de 2,3% par rapport à 2019, ce qui représente 4,6 milliards d'euros de dépenses nouvelles prises en charge par la collectivité sur le champ de la maladie.

SOUS-OBJECTIFS	NIVEAU DE DÉPENSES PAR SOUS-OBJECTIFS (MD€)	TAUX DE PROGRESSION 2020	TAUX DE PROGRESSION 2019
SOINS DE VILLE	93.6	2.4%	2.5%
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	84.2	2.1%	2.4%
ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX	21.6	2.8% (3.2% OGD)	2.2% (2.7% OGD)
FONDS D'INTERVENTION RÉGIONAL	3.5	1%	4.8%
AUTRES PRISES EN CHARGE	2.4	5.2%	6.3%
TOTAL	205.3	2.3%	2.5%

Le taux d'évolution de l'ONDAM, fixé par le Gouvernement à 2.3 % au regard de l'évolution tendancielle des charges estimée à 4.4 %, conduit à un effort d'économies de 4 Md€.

Cet effort de maîtrise des dépenses s'organise autour de 6 axes :

- La structuration de l'offre de soins
- Des actions sur les tarifs des produits de santé et remises
- La pertinence et la qualité des actes et des prescriptions
- La pertinence et l'efficacité des prescriptions d'arrêts de travail et de transports
- Le contrôle et la lutte contre la fraude
- La gestion dynamique du panier de soins

A ce stade, les économies identifiables dans le champ des établissements de santé sont :

- La structuration des parcours de soins efficaces (chirurgie ambulatoire, alternatives à l'hospitalisation, réduction des hospitalisations évitables...) **215 M**
- L'optimisation des achats des établissements de santé et médico-sociaux **585 M**

2

PRINCIPALES MESURES DU PLFSS POUR 2020

ACCÈS AUX SOINS DANS TOUS LES TERRITOIRES

- **Article 24** : Réforme du financement des hôpitaux de proximité

- Une garantie pluriannuelle de financement pour l'activité de médecine qui tient compte du volume d'activité et des recettes perçues antérieurement par l'établissement au titre de cette activité, des besoins de santé du territoire ainsi que de la qualité de la prise en charge des patients. Un versement complémentaire interviendra si les recettes d'activité sont supérieures au montant du niveau garanti.
- Une dotation de responsabilité territoriale visant à financer la mise en place d'une offre de consultations de spécialités, l'accès à des plateaux techniques et équipements de télésanté et l'indemnisation des médecins libéraux qui y exercent.

- **Article 25** : Réforme du financement de la psychiatrie et du SSR

Psychiatrie :

Un objectif de dépenses assurance maladie défini chaque année pour un modèle de financement commun à l'ensemble des établissements publics et privés.

Un modèle reposant sur :

- Une dotation populationnelle tenant compte des besoins de la population, des caractéristiques de l'offre et des projets de nouvelles activités
- Des dotations complémentaires tenant compte de l'activité des établissements et de leurs activités spécifiques
- Une dotation IFAQ
- Une valorisation de leur activité de recherche.

L'entrée en vigueur de ce nouveau modèle est prévue en 2021.

SSR :

Report au 1er janvier 2021 du nouveau modèle de financement mixte : recettes issues de l'activité et dotation forfaitaire.

Prolongation au 1er mars de diverses dispositions notamment les coefficients de transition et majoration.

- **Article 37** : Prise en charge des parturientes éloignées de la maternité

Offre d'hébergement temporaire non médicalisé aux femmes enceintes lorsque que leur lieu de résidence nécessite un temps d'accès supérieur à un seuil à risque (défini par décret).

- **Article 40** : Mise en place d'un parcours post-cancer au forfait

Un parcours individualisé en fonction des besoins, qui comprend un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des consultations de suivi nutritionnels et psychologiques.

QUALITÉ - PERTINENCE DES SOINS ET DES ACTES

- **Article 27** : Révision des nomenclatures des actes de ville

Examen de l'ensemble des actes médicaux et paramédicaux en vue d'une nouvelle hiérarchisation dans un délai de cinq ans afin d'accompagner le développement de la qualité et pertinence des soins.

- **Article 42** : Amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins et adaptation du dispositif du financement à la qualité.

Evolution du CAQES recentré sur des priorités axées sur la pertinence, associant un dispositif d'intéressement renforcé et ciblé sur les établissements à plus fort enjeu.

Approche territoriale : les ARS sont dotées d'un nouveau levier leur permettant de déroger aux tarifs nationaux dès lors que les pratiques s'écartent en nombre et en évolution des moyennes régionales ou nationales.

- **Article 43** : Amélioration de la pertinence des prescriptions de médicaments

Inciter les industriels à revoir le conditionnement de certains médicaments pour répondre aux besoins en fonction des posologies.

Inciter financièrement les établissements à acheter des médicaments qui bénéficieront globalement au système de santé (prescriptions en sortie d'hospitalisation).

Précisions sur les conditions d'octroi des ATU.

Aménagement de la pénalité financière à l'encontre des professionnels qui ne modifient pas leur pratique après de nombreuses mesures d'accompagnement tels que MSO/MSAP.

PRODUITS DE SANTÉ

- **Article 15** : Clause de sauvegarde des dispositifs médicaux

Le mécanisme de sauvegarde relatif aux dépenses de médicaments est dupliqué sur les dispositifs médicaux de la liste en sus.

- **Article 16** : Clause de sauvegarde des médicaments

Le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde est fixé à 0,5 % du chiffre d'affaires pour 2020.

L'article 4 rectifie le taux pour 2019 et le relève de 0,5 % à 1%.

- **Article 28** : Négociation des prix des dispositifs médicaux en cas de concurrence

Modification des conditions de prise en charge de certains produits et prestations dans le but de diminuer le reste à charge pour le patient et favoriser la réutilisation de dispositifs médicaux (ex : fauteuils roulants)

Elargissement des outils de négociation à la disposition du CEPS notamment mise à disposition des données relatives aux prix pratiqués entre les intermédiaires.

- **Article 29** : Prise en charge des médicaments particuliers

Définition des règles applicables à la prise en charge de médicaments commercialisés par des distributeurs parallèles (achetés dans un autre pays européen et revendus en France).

Clarification des conditions de délivrance des médicaments biosimilaires.

Précisions sur les modalités de prise en charge des préparations de nutrition parentérale.

Mise en place d'un site internet unique « Bulletin officiel des produits de santé ».

- **Article 30** : Garantie de la soutenabilité financière du dispositif d'ATU

Afin de garantir le recouvrement par l'assurance maladie de certaines remises, les laboratoires bénéficieront d'une meilleure information quant à leurs obligations comptables. Le CEPS pourra négocier un calendrier de versement des remises sur une période supérieure à un an.

Articulation du dispositif d'octroi des ATU nominatives avec celui des ATU de cohorte (continuité de traitement).

- **Article 34** : Renforcement du dispositif en matière de prévention et de lutte contre les ruptures de stocks de médicaments.

Obligation de constituer quatre mois de stock pour les médicaments et obligation d'importation à la charge de l'entreprise défaillante pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM) les plus importants, en cas de rupture et d'absence d'alternative sur le territoire. Ces obligations sont traduites en terme de sanction financière.

- **Article 26** : Réforme du ticket modérateur à l'hôpital

Le système du calcul du ticket modérateur sur la base des tarifs journaliers de prestations (TJP) est pérennisé (hors les établissements MCO ex OQN)

Une nomenclature nationale des TJP, reflétant le coût du service, sera instituée.

La mise en œuvre est prévue à compter de 2021.

Les effets revenus seront gérés via la dotation Migac jusqu'au 31 décembre 2023.

- **Article 44** : Mesures diverses pour le transport de patients et extension des dérogations de l'article 51 de la LFSS pour 2018.

Sauf avis contraire inscrit dans la prescription, le transport partagé est par défaut.

En complément des dérogations déjà prévues dans le cadre des expérimentations dites de l'article 51 sont ajoutés :

- Le remboursement d'examens de biologie médicale réalisés à la demande du patient sans prescription médicale et l'extension des lieux et conditions de prélèvements et de réalisation de la phase analytique des examens de biologie médicale.
- De nouvelles modalités d'organisation et de répartition entre véhicules sanitaires légers et ambulances ou taxis.

Les expérimentations en matière de garde ambulancière, introduites par l'article 66 de la LFSS pour 2012, sont prolongées d'un an.

3

LES PRIORITÉS ET PROPOSITIONS DE LA FHF POUR CE PLFSS

Pour une organisation plus claire et davantage de transparence

- Diligenter une étude sur la gouvernance du système de santé
- Confier à la conférence nationale de santé l'organisation d'une concertation annuelle sur le juste équilibre entre impératif d'efficacité économique, qualité des soins et qualité de vie au travail.
- Concerter les fédérations hospitalières dans le cadre de l'élaboration des conventions et avenants conclus entre l'UNCAM et les professionnels de santé libéraux.

Pour une meilleure régulation de l'ONDAM

- Pluriannualité de l'ONDAM et des ressources, enveloppes, tarifs et dotations des établissements (Tarifs / MIGAC / Forfaits urgence, greffes.. / IFAQ / Psychiatrie / SSR)
- Intégrer l'ONDAM de ville à l'assiette des réserves prudentielles et instaurer un dispositif de gel des évolutions tarifaires sur le secteur libéral.

Pour des mesures en faveur de la qualité – pertinence des soins et des actes

- Mesurer l'efficacité sanitaire et définir des objectifs régionaux d'assurance maladie
- Restituer aux établissements les ressources dégagées dans le cadre des CAQES.
- Réviser le processus de certification des établissements en tenant compte du case-mix
- Création de fonds régionaux d'investissement financés par le reversement des économies générées par les hôpitaux publics.

Pour des mesures en matière d'attractivité pour les professionnels de santé

- Supprimer le plafond d'exonération du temps de travail additionnel

Pour un meilleur accès aux soins

- Déconnecter le volume d'activité des hôpitaux de proximité à la garantie pluriannuelle de financement
- Répartition équitable de la participation à la permanence des soins.
- Rendre obligatoire les projets territoriaux de santé.

Pour des actions en faveur du secteur médico-social

- Assurer le financement du plan autonomie Grand âge en décalant le remboursement de la dette sociale
- Rétablir le suivi en comptabilité publique de la gestion des fonds des majeurs protégés.
- Harmoniser les allègements de cotisations sociales entre les EHPAD du secteur privé et public.

CONSULTEZ L'INTÉGRALITÉ DES PROPOSITIONS D'AMENDEMENTS DE LA
FHF SUR NOTRE SITE INTERNET

Pleinement à l'écoute de ses adhérents et mobilisée, la FHF porte des positions fortes auprès des parlementaires pour répondre à l'urgence de la situation des établissements et de leurs personnels. L'objectif ? Que ceux-ci puissent continuer à assurer, dans les meilleures conditions, le service rendu aux patients.

La FHF n'a ainsi cessé de remonter la lame de fond de mécontentement qui se fait entendre partout sur les territoires, tout en étant force de propositions afin de contribuer à transformer aussi mais dans un plus long terme l'ensemble du système de santé.

Rendez-vous en novembre 2019 pour le prochain numéro de notre « Lettre du PLFSS ».

