



LETTRE DU PLFSS 2019

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

LETTRE #1

Octobre 2018



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE



« LETTRE DU PLFSS DE LA FHF » : DECRYPTAGE DU PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE (PLFSS) POUR 2019

INTRODUCTION

Avec l'édition 2018 de sa série de « Lettres du PLFSS », la FHF entend apporter un éclairage sur le contexte et les enjeux – pour les établissements qu'elle représente – du PLFSS 2019, PLFSS qui s'inscrit dans la trajectoire de la Loi de Programmation des Finances Publiques 2018-2022. Elle fera également le point sur les positions et la trentaine de propositions de la FHF pour défendre et promouvoir les intérêts des établissements de santé et médico-sociaux publics.

Ce PLFSS 2019 aurait dû être décisif eu égard au contexte. Contexte financier extrêmement contraint pour les établissements – leurs personnels comme leurs organisations – mais aussi contexte politique alors que le président de la République a annoncé en septembre une grande réforme du système de santé : « Ma Santé 2022 ». Dans ce cadre et alors que des mesures de transformation sont annoncées pour le moyen-long terme, la FHF porte haut l'important besoin d'oxygène des établissements publics – de santé et médico-sociaux. Son action répétée auprès des parlementaires vise à ce que ce PLFSS n'occulte pas les enjeux immédiats des établissements et ne soit pas un rendez-vous manqué compte tenu des ambitions affichées par les pouvoirs publics.

Cette première « Lettre du PLFSS » de 2018 précise les **principaux éléments de cadrage du PLFSS 2019** (1), détaille **les dispositifs du PLFSS impactant les établissements de santé et médico-sociaux** (2) et reprend **les principaux amendements que les FHF souhaite faire porter** (3). De prochains numéros, à travers le suivi des discussions et du vote des parlementaires, viendront renforcer notre engagement serviciel auprès de vous, adhérents.

1 PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE CADRAGE DU PLFSS 2019

FOCUS SUR LES DERNIERS ONDAM

Les dépenses de l'ONDAM en 2017 se sont élevées à 190.7 Md€, inférieures de 25 M€ à l'objectif rectifié :

- Les dépenses de soins de ville ont progressé de 2.2 %, en dépassement de 350 M€ par rapport à leur sous-objectif.
- Les dépenses hospitalières ont progressé de 1.9 %, en sous-exécution de 395 M€ par rapport à leur sous-objectif. Cette sous-consommation provient d'une diminution des recettes des établissements publics par rapport à l'objectif.
- L'ONDAM médico-social a progressé de 3.1 % en sous-exécution de 80 M€ par rapport à l'objectif global de dépenses (OGD).

NB : Le déficit du régime général et du FSV s'est élevé à 5.1 Md€, en amélioration de 2.7 Md€ par rapport à 2016.

Les dépenses de l'ONDAM 2018 ont été fixées à 195.2 Md€ en évolution de 2.3 %.

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

- Un dépassement des dépenses de soins de ville de 560 M€, en évolution de 2.7 % par rapport à 2017 lié à l'effet report de la sur-exécution de 2017 et à la dynamique des dépenses de médicaments, d'indemnités journalières et de dispositifs médicaux.
- Une sous-exécution des dépenses hospitalières de l'ordre de 105 M€ liée à une moindre dynamique des dépenses de médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus.

La Commission des Comptes de la Sécurité Sociale conclut sur l'hypothèse d'un ONDAM global respecté du fait du montant des crédits mis en réserve (625 M€) en début d'année.

NB : Le déficit du régime général et du FSV serait de 0.4 Md€, en amélioration de 4.7 Md€ par rapport à 2017.

LES CHIFFRES CLÉS DE L'ONDAM 2019

Avant toute mesure nouvelle, le déficit du régime général et du FSV s'établirait à 2.9 Md€, en dégradation de 2.6 Md€ par rapport à 2018.

L'ONDAM 2019 (article 53 du PLFSS) d'un montant de 200 Md€, progressera de 2,5% par rapport à 2018, ce qui représente 4,9 Md€ 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	TAUX DE PROGRESSION 2018
SOINS DE VILLE	91.5	2.5%	2.4%
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	82.6	2.4%	2.2%
ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX	20.8	2.2% (2.7% OGD)	2.6% (2.4% OGD)
FONDS D'INTERVENTION RÉGIONAL	3.5	4.8%	3.1%
AUTRES PRISES EN CHARGE	1.9	6.3%	4.3%
TOTAL	200.3	2.5%	2.3%

Le taux d'évolution de l'ONDAM au regard de l'évolution tendancielle des charges, estimée à 4.5 %, conduit à un effort d'économies d'environ 3.9 Md€.

ACTUALITÉ PARLEMENTAIRE DU PLFSS 2019

Calendrier d'examen :

- Commission des affaires sociales (Assemblée) : semaine du 15 octobre
- Séance publique (Assemblée) : semaine du 22 octobre
- Commission des affaires sociales (Sénat) : semaine du 5 novembre
- Séance publique (Sénat) : semaine du 12 novembre

2

PRINCIPALES MESURES DU PLFSS POUR 2019 AYANT DES IMPACTS SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX

DIVERSIFICATION DES MODES DE TARIFICATION

- **Article 28** : 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.

L'objectif est de financer, pour les activités concernées, l'ensemble des établissements de santé, non plus via les tarifs des GHS et des actes en consultation mais via un forfait annuel versé à chaque établissement

- **Article 27** : extension du dispositif de paiement à la qualité des établissements de santé

L'enveloppe finançant la qualité sera portée à 300 M€ (60 M€ aujourd'hui) par transfert des moyens consacrés au financement à l'activité.

Cette incitation financière sera attribuée sur la base d'indicateurs de qualité transversaux, entre 7 et 10, contre 35 actuellement.

En 2019 sont concernés les établissements MCO, SSR et HAD ; la mesure devrait s'étendre aux établissements psychiatriques en 2021.

A compter de 2020, une pénalité, plafonnée à 0.5 % des recettes annuelles d'assurance maladie, serait appliquée aux établissements dont les résultats pour certains des critères n'atteignent pas un seuil minimum.

FACILITATION DE L'ÉMERGENCE DES ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES DE DEMAIN

- **Article 29** : réécriture du dispositif d'expérimentation des innovations organisationnelles (article 51 du PLFSS 2018)

Dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins, un praticien pourra réaliser, sans dépassement d'honoraires, une activité libérale hors de l'établissement où il est nommé ou exercer à titre principal son activité.

Une autre dérogation permettra la redistribution d'un intéressement collectif aux membres d'un groupement de coopération sanitaire (GCS).

Internalisation possible de la prestation de transport soumise à agrément auprès de l'ARS et autorisation de mise en service délivrée dans le respect d'un quota départemental.

(Afin d'élargir le champ de l'article 51 de la LFSS 2018, la 1ère version du PLFSS pour 2019 proposait aux établissements d'un même GHT plusieurs dérogations aux conditions techniques de fonctionnement : mise en commun de la trésorerie, programme d'investissement et plan global de financement pluriannuel uniques, relations contractuelles avec l'ARS unifiées. La possibilité était également offerte d'adapter ou d'unifier tout ou partie de leurs instances représentatives ou consultatives : cet élargissement a été supprimé dans la 2ème version du PLFSS après passage devant la section sociale du Conseil d'Etat).

PRODUITS DE SANTÉ

- **Article 42** : renforcement de l'accès précoce à certains produits de santé innovants et modification du système de fixation de leurs prix

Élargissement des dispositifs d'accès précoce à l'innovation (ATU) : alors qu'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.

L'article prévoit également que les Ministres puissent 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 43** : génériques et biosimilaires

Moindre remboursement en cas de refus non médicalement justifié du recours aux médicaments génériques et biosimilaires au 1er janvier 2020.

Inciter les établissements de santé à l'achat de biosimilaires notamment pour les traitements des maladies chroniques pour lesquels les médicaments sont disponibles en ville.

Mise en place progressive d'un nouveau registre des médicaments hybrides.

- **Article 32** : renforcer l'usage du numérique et le partage d'information sur les médicaments et les dispositifs médicaux dans les établissements de santé.

Les prescripteurs des établissements de santé publics et privés doivent être identifiés sur les prescriptions par leur numéro adeli et l'identifiant de l'établissement.

La prescription et la dispensation des médicaments et, nouvellement, des dispositifs médicaux, permettra la traçabilité qui sera obligatoire en 2020. Une accélération de la diffusion du dossier pharmaceutique dans les établissements est souhaitée.

AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS

- **Article 35** : exonération du ticket modérateur sur les soins de ville pour les personnes modestes à Mayotte à compter du 1er mai 2019 afin de désengorger le centre hospitalier qui dispense des soins gratuits aux Mahorais.

- **Article 36** : gestion et financement des dispositifs de prise en charge exceptionnelle par l'Assurance maladie
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 40** : prise en charge de l'intervention précoce pour l'autisme et les troubles du neuro-développement.
Mise en place d'un parcours de bilans et soins précoces des jeunes enfants, en amont du diagnostic, pour les troubles du neuro-développement.

RÉPONSE AUX BESOINS DES PERSONNES ÂGÉES DANS LES EHPAD

- **Article 41** : accélération de la convergence tarifaire des forfaits soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). L'objet de la mesure est de réduire le délai de convergence tarifaire de 7 à 5 ans (article 58 de la loi d'Adaptation de la société au vieillissement)

AUTRES ARTICLES À CARACTÈRE FINANCIER ET/OU ORGANISATIONNEL POUVANT IMPACTER LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

- **Article 4** : suppression du Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP)
Cette mesure vise à simplifier les circuits de prise en charge des dépenses de médicaments et est sans conséquence sur la dynamique de l'ONDAM.
- **Article 6** : rectification de l'ONDAM 2018 et de ses sous-objectifs.
Les sous-objectifs de l'ONDAM 2018 sont actualisés pour prendre en compte le niveau de dépenses 2017 servant de base de référence.
- **Article 14** : simplification de la procédure de dépôt des demandes de modifications mineures d'autorisation de mise sur le marché des médicaments.
- **Article 15** : simplification et homogénéisation des mécanismes de la clause de sauvegarde pour les produits de santé.
La distinction entre la régulation spécifique en ville (taux « Lv ») et à l'hôpital (taux « Lh ») n'existe plus et est remplacée par un seul agrégat. Le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde est fixé, en 2019, à 0.5 % du chiffre d'affaires.
- **Article 30** : simplification de l'exercice libéral à titre accessoire pour les médecins remplaçants.
- **Article 31** : extension de l'objet des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (Sisa) aux pratiques avancées.
- **Article 34** : refonte des dispositifs de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide à la couverture complémentaire santé (ACS).
- **Article 51** : dotation FMESPP = 647 millions.

3 LES GRANDES PROPOSITIONS DE LA FHF

Devant un PLFSS 2019 décevant car très insuffisant pour les établissements de santé et contradictoire avec l'ambition des objectifs et mesures annoncées dans le plan « Ma Santé 2022 » (parce qu'ils ne produiront des effets que dans plusieurs années), la FHF a transmis aux parlementaires près d'une trentaine d'amendements. Ces propositions, pour certaines en lien avec d'autres fédérations (FEHAP, FHP, UNICANCER), ont pour objectif de redonner rapidement de l'oxygène aux établissements.

DERNIERE MINUTE / Examen en commission des affaires sociales à l'Assemblée nationale :

- Un amendement du rapporteur général, Olivier Véran, a été adopté visant à inciter les services d'urgence à renvoyer les patients vers les médecins généralistes. L'amendement propose notamment la création d'un forfait de réorientation et, d'autre part, d'un forfait de consultation aux urgences, ce dernier étant d'ordre réglementaire.
- Pour la FHF, l'amendement d'Olivier Véran sur la réorientation des patients depuis les urgences de l'hôpital vers les médecins est une bonne idée qui cependant reste illusoire dans un contexte où la réponse de la médecine de ville est insuffisante.
- La FHF soulève **3 points de vigilance** : **1/** La responsabilité médico-légale de la décision de renvoyer un patient vers un médecin, **2/** La compensation financière doit être suffisante pour ne pas fragiliser financièrement les urgences, **3/** La régulation n'est pas du rôle de l'hôpital.

1er AXE : POUR UNE POLITIQUE DE SANTE COHERENTE, TRANSPARENTE ET ASSUMEE

De manière très concrète, la FHF réclame la prise en compte systématique de l'impact négatif des économies sur les personnels hospitaliers. Elle demande ainsi :

- 1) Qu'un chiffrage des mesures catégorielles en matière de ressources humaines médicales et non médicales soit réalisé et rendu public.
- 2) Qu'une étude d'impact en matière de qualité de vie au travail soit réalisée avant toute mesure législative.
- 3) Qu'une réflexion transparente sur l'équilibre entre impératif d'efficacité économique, qualité de soins et qualité de vie au travail soit menée dans le cadre d'un débat qui rassemblera parlementaires de toutes les sensibilités politiques, usagers, médecins, directeurs, citoyens et chercheurs.

2ème AXE : POUR FAVORISER LA PERTINENCE, LA RECHERCHE, L'INNOVATION ET L'INVESTISSEMENT DANS UNE LOGIQUE TERRITORIALE REAFIRMEE

Il s'agit de mettre en place une réelle politique d'investissement dans l'innovation et la recherche. La FHF demande :

- 1) La création au sein de l'ONDAM d'un sous-objectif spécifique permettant de sanctuariser le financement de la recherche et de l'innovation sans baisse tarifaire associée.
- 2) La création de fonds régionaux d'investissement financés par le reversement des économies générées par les hôpitaux publics.
- 3) La prise en charge par l'assurance maladie (et les organismes complémentaires) des nuitées d'hôtels hospitaliers.

3ème AXE : 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

La FHF demande, au préalable, un moratoire sur la baisse des tarifs. Elle réclame également que soient mises en œuvre les mesures d'urgence annoncées pour le secteur de la psychiatrie :

- 1) Un nécessaire partage des efforts de respect de l'ONDAM, par la mise en place de mécanismes de régulation de l'enveloppe de la médecine de ville avec l'enveloppe des établissements de santé, qui supportent actuellement seuls le poids de la régulation.
- 2) Le financement équitable des actes et consultations externes entre la ville et l'hôpital et association des fédérations hospitalières dans le cadre de l'élaboration des conventions annexes et avenants conclus entre l'UNCAM et les professionnels de santé libéraux.
- 3) Le rééquilibrage du débasage-rebasage des ONDAM 2018 et 2019 pour un partage plus équitable des contraintes et des responsabilités en matière de respect de l'enveloppe fermée de l'ONDAM.
- 4) La suppression du transfert de charges sur l'hôpital des transports sanitaires.

Pour le secteur de l'autonomie et du grand-âge, la FHF – qui représente 3 800 établissements médico-sociaux dont 3 350 Ehpad – demande :

- 1) Une vigilance sur la suppression des modalités d'application du forfait global dépendance.
- 2) Une compensation des charges de service public associées à l'aide sociale des EHPAD qui effectuent non seulement une mission d'accessibilité aux plus vulnérables mais également au plus grand nombre.
- 3) Le financement de la protection des majeurs protégés hébergés dans un établissement médico-social.

**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 2018 pour le prochain numéro de notre « Lettre du PLFSS ».

