



LETTRE #4



LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2021 A ÉTÉ ADOPTÉE EN LECTURE DÉFINITIVE PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE LE 30 NOVEMBRE 2020

INTRODUCTION

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2021 a été adoptée en lecture définitive par l'Assemblée Nationale le 30 novembre dernier.

La loi compte désormais **111 articles**.

Le **déficit** de la branche maladie du régime général de sécurité sociale devrait atteindre **33,7 Md€ en 2020** et serait toujours de 23,7 Md€ en 2021 alors qu'il était de 1,5 Md€ en 2019.

Ce texte est marqué par **deux hausses successives de l'ONDAM 2020 par rapport au PLFSS initial**, conséquences de la crise sanitaire d'une part pour en couvrir les surcoûts et d'autre part pour y intégrer les mesures Ségur.

Cette lettre a vocation à présenter l'ensemble des articles privilégiant les plus emblématiques et / ou susceptibles d'affecter les établissements publics de santé.

LES CHIFFRES CLEFS DE LA LFSS POUR 2021 RECTIFIANT L'ONDAM 2020

SOUS-OBJECTIFS	ONDAM 2020 LFSS pour 2020 (Mds)	ONDAM 2020 LFSS pour 2021 (Mds)
Dépenses de soins de ville	93.6	93.8
Dépenses relatives aux établissements de santé	84.4	90.0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	10.0	12.0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11.7	12.0
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3.5	3.9
Autres prises en charge	2.4	7.2
TOTAL	205.6	218.9

L'ONDAM initialement rectifié a été porté à 215,7 Md€, **soit une évolution de 7,6 % à champ constant**, puis par amendements du Gouvernement à 218,1 Md€ et in fine à 218,9 Md€. **Cette évolution, sans précédent, intègre les surcoûts exceptionnels liés à la crise sanitaire ainsi que les revalorisations salariales prévues dans le cadre du Ségur.**

| 1^{ÈRE} RECTIFICATION DE L'ONDAM HOSPITALIER

- + 1,2 Md€ prime COVID ;
- + 1,4 Md€ surcoûts dépenses et majorations heures supplémentaires ;
- + 0,3 Md€ tests de dépistage.

| 2^{ÈME} RECTIFICATION DE L'ONDAM HOSPITALIER

- + 1,9 Md€ surcoûts COVID en dépenses et pertes d'exploitation, majorations heures supplémentaires et indemnités de congés non pris.

| 3^{ÈME} RECTIFICATION DE L'ONDAM HOSPITALIER

- + 0,1 Md€ tests de dépistage.

| RECTIFICATION DE L'ONDAM MÉDICO-SOCIAL

- + 0,7 Md€ surcoûts COVID et pertes de recettes hébergement ;
- + 0,8 Md€ prime COVID et majorations heures supplémentaires ;
- + 0,4 Md€ complément surcoûts dépenses et pertes de recettes.

LES CHIFFRES CLEFS DE L'ONDAM 2021 (ARTICLE 97)

SOUS-OBJECTIFS	OBJECTIF DE DÉPENSES (Mds)
Dépenses de soins de ville	98.9
Dépenses relatives aux établissements de santé	92.9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	13.6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	12.4
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3.8
Autres prises en charge	3.8
TOTAL	225.4

LES PRINCIPAUX ARTICLES DE LA LFSS

AU TITRE DE L'ANNÉE 2020 ■

Article 3 : CONTRIBUTION ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES

Contribution exceptionnelle des organismes complémentaires, à hauteur de 2,6 %, à la prise en charge des dépenses liées à l'épidémie de COVID.

► *L'impact financier est estimé à 1 Md€ de recettes pour l'assurance maladie.*

Article 11 : RECTIFICATION DES SOUS-OBJECTIFS POUR 2020

Rectification des sous-objectifs pour prendre en compte les surcoûts de la crise sanitaire et intégrer les mesures du Ségur.

Article 12 : RECTIFICATION DE LA DOTATION DU FMESPP (FMIS)

La dotation FMESPP est diminuée de 200 M€.

AU TITRE DE L'ANNÉE 2021 ■

Article 13 : CONTRIBUTION ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES

Contribution exceptionnelle des organismes complémentaires, à hauteur de 1,3 %, à la prise en charge des dépenses liées à l'épidémie de COVID.

► *L'impact financier est estimé à 500 M€ de recettes pour l'assurance maladie.*

Article 35 : MÉCANISME DE SAUVEGARDE SUR LES PRODUITS DE SANTÉ

Fixation du montant « M » et du montant « Z » au-delà desquels les clauses de sauvegarde médicaments (M) et produits et prestations (Z) se déclencheront pour 2021. Une contrepartie est proposée aux entreprises qui négocient conventionnellement avec le CEPS dans le cadre des plans de baisse de prix entraînant une modulation de leur contribution.

Article 49 : RELANCE DE L'INVESTISSEMENT POUR LA SANTÉ ET CRÉATION DU FONDS POUR LA MODERNISATION ET L'INVESTISSEMENT EN SANTÉ (FMIS)

En cohérence avec le caractère transversal du plan d'investissement issu des conclusions du Ségur de la santé, il est créé un fonds transversal d'investissement dédié à l'accompagnement de la transformation du système de santé. Ce fonds (FMIS) remplace le FMESPP. La création de ce fonds répond à la volonté de financer davantage de projets intégrés ville-hôpital-médico-social, l'élargissant à de nouveaux bénéficiaires (établissements médico-sociaux, structures d'exercice coordonné en ville).

Il financera :

- Les opérations de recomposition et modernisation de l'offre de soins ;
- Les projets de modernisation transversaux hôpital / établissements médico-sociaux ;
- La transformation numérique ;
- La structuration des soins de proximité.

Le COPERMO est supprimé et seuls les projets supérieurs à 100 M€ seront étudiés au niveau national. Un nouveau conseil national de l'investissement en santé, associant des représentants d'élus locaux, fixera les grandes orientations nationales.

L'organisation régionale sera adaptée afin qu'un nombre plus important de projets soient étudiés uniquement au niveau régional.

► *Le plan d'investissement se traduira par 6 Md€ de dépenses assurance maladie, dont 3,9 Md€ au titre des établissements de santé et du numérique qui passeront par le FMIS. Ces 6 Md€ feront l'objet d'une compensation financière dans le cadre plus global du financement du plan de relance par l'Union Européenne. L'impact financier AM / UE est estimé à 967 M€ pour les années 2021 à 2023 et 500 M€ pour 2024 et 2025*

Article 50 : DOTATION AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ASSURANT LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Le Gouvernement, par amendement, a réorienté la reprise de la dette, initialement prévue, vers un soutien à l'investissement et à la transformation de l'offre par le versement d'aides en capital visant à garantir la continuité, la qualité et sécurité du service public hospitalier et sa transformation.

Le montant global de cette dotation ne peut excéder 13 Md€. Le versement de cette dotation est soumis à la conclusion, pour établissement concerné, d'un contrat avec l'ARS avant le 31 décembre 2021.

Le montant de la dotation versée à chaque établissement contractant est fonction de ses ratios d'analyse financière et marges financières nécessaires à l'investissement. **Les contrats sont signés pour une durée maximale de 10 ans** révisibles par voie d'avenant. Ils précisent :

- Le mandat confié à l'établissement en matière de désendettement, investissement, amélioration de la situation financière ;
- Le montant de la dotation et les paramètres retenus pour son calcul ;
- L'échéancier des versements annuels ;
- Les indicateurs de suivi et modalités d'évaluation et de contrôle ainsi que les mécanismes de reprise en cas de surcompensation ou non-respect des engagements.

Un décret en Conseil d'Etat précisera les paramètres servant à déterminer les compensations des obligations de service public hospitalier, les modalités de détermination du montant des dotations, les conditions de mise en œuvre et modalités d'application, les modalités de contrôle et récupération.

► *La mesure se traduira par un accroissement de 13 Md€ de la dette sociale dont l'amortissement est confié à la CADES.*

Article 51 : POURSUITE DE LA RÉFORME DU FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

FINANCEMENT DES URGENCES

La réforme du financement des urgences, introduite par l'article 36 de la LFSS pour 2020 fait suite au pacte de refondation des urgences et repose sur :

- La mise en place progressive de sept forfaits à l'activité qui dépendront de l'âge du patient et de l'intensité de la prise en charge ;
- Une dotation populationnelle ;
- Une dotation qualité.

L'article 51 de la LFSS complète cette réforme par la mise en place d'une participation forfaitaire (FPU) pour les patients en cas de passage aux urgences non suivi d'hospitalisation, en lieu et place du ticket modérateur actuellement exigible.

Sont exonérés les femmes enceintes et les nouveaux nés, les passages en lien avec des circonstances particulières (mineurs victimes de sévices, donneurs d'organes de leur vivant, cas de crise sanitaire ou de terrorisme).

Le tarif forfaitaire sera minoré pour les patients en ALD (tous passages), les invalides au sens du CSS, ATMP et invalides du code des pensions militaires. Ce FPU sera pris en charge par les organismes complémentaires et par l'assurance maladie pour les patients AME/SU.

Par amendement du Gouvernement, le FPU et les forfaits à l'activité entreront en vigueur au 1^{er} septembre 2021 alors que la dotation populationnelle et dotation qualité entrent en vigueur au 1^{er} janvier.

TICKET MODÉRATEUR

La réforme du calcul du ticket modérateur des patients hospitalisés a été initiée par l'article 35 de la LFSS pour 2020 visant à remplacer les tarifs journaliers de prestations déterminés pour chaque établissement par une nomenclature unifiée au niveau national comme base de calcul de la participation des patients.

La réforme, initialement prévue sur le champs MCO à compter du 1^{er} janvier 2021, a été repoussée au 1^{er} janvier 2022 par amendement du Gouvernement. Un coefficient de transition sur les nouveaux tarifs nationaux journaliers de prestations sera mis en place pour les années 2021 à 2023. Ce coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1^{er} janvier 2024.

SSR ET PSYCHIATRIE

La réforme du financement de la psychiatrie et du SSR est repoussée au 1^{er} janvier 2022.

HÔPITAUX DE PROXIMITÉ

Les hôpitaux de proximité qui ne répondraient pas au nouveau cadre juridique fixé par l'article 35 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 continuent de bénéficier en 2021 d'un financement mixte sous la forme de recettes issues de leur activité et d'une dotation forfaitaire.

En 2022, le nouveau modèle de financement reposera, d'une part, sur une garantie pluriannuelle de financement sécurisant les recettes des établissements, et, d'autre part, sur une dotation de responsabilité territoriale visant à financer les missions que les établissements exercent en relation avec les acteurs du territoire.

► *Le coût de la mesure pour l'assurance maladie est estimé à 2 M€.*

CAQES

La mesure vise à reporter l'entrée en vigueur du nouveau CAQES au 1^{er} janvier 2022. L'article 64 de la LFSS 2020 a rénové le format du CAQES en le recentrant sur un nombre de priorités limitées d'amélioration de l'efficacité et de la pertinence des soins. Les dispositions réglementaires des actuels contrats continuent à produire leurs effets jusqu'au 31 décembre 2021.

Article 52 : RENFORCEMENT DES SANCTIONS FINANCIÈRES ASSOCIÉES AU CAQES

Lorsque l'ARS constate que les pratiques d'un établissement ou les prescriptions des professionnels de santé ne sont pas conformes à un ou plusieurs des référentiels arrêtés par l'État ou en application du plan d'actions régional, elle saisit l'établissement et lui enjoint d'élaborer un programme d'amélioration de la pertinence des soins.

Jusqu'alors l'ARS pouvait fixer un nombre d'actes, prestations et prescriptions annuel cible attendu pour l'établissement dès lors que ces actes, prestations et prescriptions présentaient un écart significatif en nombre ou en évolution par rapport aux moyennes régionales ou nationales.

Cet article 52 de la LFSS durcit ce principe en rendant systématique la fixation par l'ARS des objectifs attendus.

Article 53 : CRÉATION D'UNE DOTATION MISSION D'INTÉRÊT GÉNÉRAL (MIG) POUR LES DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES.

Article 54 : RESCRIT TARIFAIRE

Comme initialement prévu lors des travaux sur l'instruction frontière, le dispositif de rescrit tarifaire sur les hôpitaux de jour a été inscrit dans la loi lui conférant une base légale.

Tout établissement confronté à un différend d'interprétation des règles de facturation des prises en charge de moins d'une journée peut solliciter une prise de position formelle de l'administration, par une demande écrite, précise et complète. Cette demande de position formelle peut également être faite par une société savante ou une organisation nationale représentative des établissements de santé. L'administration doit se prononcer dans un délai de trois mois. Le silence gardé par l'administration ne vaut pas prise de position formelle.

Un établissement de santé ne peut pas solliciter une prise de position formelle de l'administration dès lors qu'un contrôle de la tarification à l'activité sur ce séjour a été engagé ou lorsqu'un contentieux en lien avec un contrôle sur ce séjour est en cours.

Article 55 : IFAQ

Par voie d'amendement, le Gouvernement a introduit dans IFAQ un malus en fonction des résultats des établissements en matière d'orientation d'un nombre de patients en dialyse à domicile et autodialyse.

Article 56 : RAPPORT HÔPITAUX DE PROXIMITÉ

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de trois mois à compter de la date de publication de la LFSS, un rapport présentant l'état d'avancement de la mise en œuvre du dispositif de financement des hôpitaux de proximité ainsi que de leur labellisation.

Article 57 : EXPÉRIMENTATION D'UN MODÈLE MIXTE DE FINANCEMENT DES ACTIVITÉS DE MÉDECINE

Cette mesure se décline en deux volets :

UN DROIT D'OPTION À UNE DOTATION SOCLE

L'objectif est de permettre, dès 2021 et sans attendre l'expérimentation populationnelle, une baisse de la part T2A de médecine pour les établissements volontaires via un dispositif transitoire de dotation socle.

Ce droit d'option est ouvert à tous les établissements exerçant une activité de médecine, sauf les hôpitaux de proximité, à compter du 1^{er} janvier 2021 et pour toute la durée de l'expérimentation (5 ans). La dotation socle est un pourcentage des recettes assurance maladie de médecine de n-1. Une contractualisation avec l'ARS sur la qualité des prises en charge sera nécessaire.

UNE EXPÉRIMENTATION À LA DOTATION POPULATIONNELLE sur 5 ans d'un modèle mixte de financement des activités de médecine combinant une dotation reposant sur des caractéristiques populationnelles, un paiement à l'activité et à l'acte et un financement à la qualité.

Cette expérimentation est ouverte à tous les établissements exerçant une activité de médecine. Un appel à manifestation d'intérêt pour identifier les groupes d'établissements volontaires sera lancé fin du 1^{er} semestre 2021. Une phase de co-construction s'engagera alors avec ces établissements pour une mise en œuvre prévue au 3^{ème} trimestre 2022.

Les établissements qui s'engagent dans l'expérimentation populationnelle ne bénéficient plus de la dotation socle : principe de non-cumul.

Article 59 : HÔTELS HOSPITALIERS

Les établissements peuvent mettre en place un dispositif d'hébergement non médicalisé en amont ou en aval d'un séjour hospitalier ou d'une séance pour des patients dont l'état de santé ne nécessite pas d'hébergement hospitalier pour leur prise en charge. Cette prestation peut être déléguée à un tiers par voie de convention.

Seront fixées par décret en Conseil d'État : les conditions d'accès et critères d'éligibilité des patients, les conditions et les modalités de contribution de l'assurance maladie au financement, les conditions de choix et de conventionnement. Un cahier des charges fixera les conditions d'accès à ce financement. Le Gouvernement remettra au Parlement un rapport d'évaluation au plus tard le 31 décembre 2022.

► *Le coût pour l'assurance maladie est estimé à 1,8 M€ chaque année de 2021 à 2023.*

Article 61 : TÉLÉCONSULTATIONS

La participation de l'assuré aux actes de téléconsultation est supprimée jusqu'au 31 décembre 2021.

► *Le coût pour l'assurance maladie est estimé à 65 M€.*

Article 70 : EXPÉRIMENTATION DES IVG INSTRUMENTALES PAR LES SAGES-FEMMES EN ÉTABLISSEMENT

À titre expérimental et pour une durée de trois ans, les sages-femmes ayant réalisé la formation complémentaire obligatoire et justifiant des expériences spécifiques attendues peuvent réaliser des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en établissement de santé.

Un décret précisera les caractéristiques de l'appel à projets national, les éléments relatifs à la formation exigée et expériences attendues, les conditions de financement et d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation.

Un arrêté précisera la liste des établissements retenus pour cette expérimentation au vu de l'appel à projets national.

Article 78 : RÉVISION DES DISPOSITIFS ATU - RTU

La prise en charge des médicaments faisant l'objet d'autorisations ou de recommandations temporaires d'utilisation (ATU/RTU) s'articule désormais autour des notions d'accès « précoce » et « compassionnel ».

- Un « **accès précoce** » pour les médicaments susceptibles d'être innovants pour lesquels le laboratoire s'engage à déposer une AMM rapidement ;
- Un « **accès compassionnel** » pour les médicaments non nécessairement innovants, non destinés à obtenir une AMM mais qui répondent à un besoin thérapeutique.

► *L'économie pour l'assurance maladie est estimée à 60 M€ en 2021, 100 M€ en 2022, 130 M€ en 2023 et 140 M€ en 2024.*

Article 79 : PUBLICATION OBLIGATION PAR LES LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES DES MONTANTS DES INVESTISSEMENTS PUBLICS DE RECHERCHE PERÇUS POUR L'ÉLABORATION DE LEURS PRODUITS

Article 95 : DOTATIONS 2021

- FMIS : 1 032 M€
- ONIAM : 130 M€
- CNSA aux ARS : 141,44 M€

Article 97 : MONTANT DE L'ONDAM 2021 PAR SOUS-OBJECTIFS

Source : *Journal officiel du 15 décembre 2020.*

LOI n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042665307>