



# LA LETTRE LFSS 2020

LE POINT SUR LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2020

LETTRE #3



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

# LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2020 A ÉTÉ ADOPTÉE EN LECTURE DÉFINITIVE PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE LE 03 DÉCEMBRE 2019

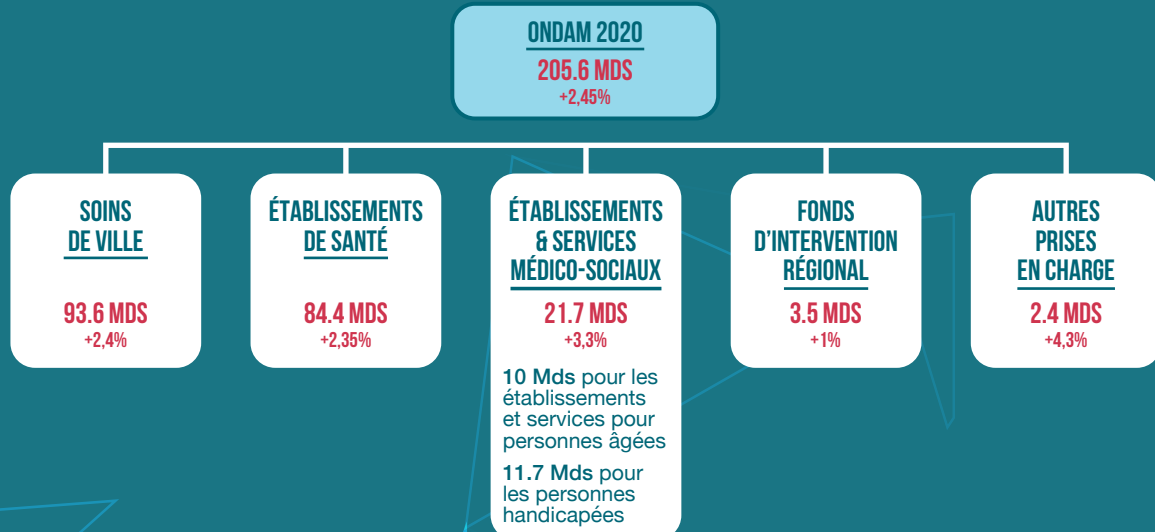
## INTRODUCTION

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2020 a été adoptée en lecture définitive par l'Assemblée Nationale le 03 décembre 2019. **La loi 2019-1446 du 24 décembre 2019 compte désormais 94 articles.**

Le solde prévisionnel du régime général de sécurité sociale serait déficitaire de 3.3 milliards en 2020 après 3 Mds en 2019 et 0.7 Md en 2018. Ce texte poursuit la déclinaison des mesures annoncées dans le cadre de la stratégie nationale « **Ma Santé 2022** ».

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 CLÉS DE LA LFSS POUR 2020



En nouvelle lecture, **les députés ont rectifié à la hausse l'ONDAM pour 2020** passant de 205.3 Mds à 205.6 Mds afin de tenir compte du plan de soutien à l'hôpital public.

Les ressources assurance maladie affectées aux établissements de santé progressant de + 2.35 % et l'évolution prévisionnelle des dépenses étant estimée à + 3.7 %, l'effort d'économies est 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 attendues des établissements de santé sur les axes suivants : Le programme PHARE / la structuration des parcours de soins efficaces / Les adaptations tarifaires des actes de biologie et d'imagerie.

# 1

## LES DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2019

- **ARTICLE 4 : CLAUSE DE SAUVEGARDE DES MÉDICAMENTS**

Le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde des médicaments initialement porté à 0.5% est relevé à 1% pour 2019 compte tenu de la baisse du chiffre d'affaires du médicament en 2018.

*60 M de moindre recette pour l'assurance maladie en 2019.*

- **ARTICLE 6 : RECTIFICATION DES SOUS-OBJECTIFS POUR 2019**

Transfert de 130 millions du sous-objectif des soins de ville vers celui des établissements et services pour personnes âgées.

# 2

## DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2020

- **ARTICLE 23 : CRÉATION D'UNE CLAUSE DE SAUVEGARDE POUR LES DISPOSITIFS MÉDICAUX**

Le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus est fixé à 3 % en 2020.

- **ARTICLE 24 : CLAUSE DE SAUVEGARDE POUR LES MÉDICAMENTS**

Le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde des médicaments est fixé à 0.5 % en 2020.

# 3

## LES DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2020

### RÉFORMER LE FINANCEMENT DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

- **ARTICLE 32 : VISION PLURIANNUELLE DES RESSOURCES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

**Création d'un protocole de coopération entre l'Etat et les fédérations hospitalières**, dans une logique de contractualisation, visant à élaborer une trajectoire pluriannuelle, ne pouvant excéder trois années civiles, des ressources des établissements de santé. L'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, rebaptisé « comité » sera chargé du suivi et de l'application de ce protocole.

## • ARTICLE 33 : RÉFORME DU FINANCEMENT DES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ

Une **garantie de financement pluriannuelle** est mise en place pour le financement de l'activité de médecine tenant 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. **Est instaurée une dotation de responsabilité territoriale** qui favorise l'accès à des consultations spécialisées, des plateaux techniques et équipements de télésanté.

Un rapport sur le financement des établissements hospitaliers d'Outre-mer et de Corse sera remis dans un délai d'un an au Parlement afin d'évaluer les coefficients géographiques liés aux facteurs spécifiques de ces territoires et les différents modes de financement dont ils font l'objet.

*Coût pour l'assurance maladie : 40 M en 2020 et 100 M en 2021.*

## • ARTICLE 34 : RÉFORME DU FINANCEMENT DE LA PSYCHIATRIE ET ÉVOLUTION DU MODÈLE CIBLE DE FINANCEMENT DES SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION (SSR)

### PSYCHIATRIE

Le nouveau modèle de financement doit entrer en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2021. Chaque année est défini un objectif de dépenses qui comprend :

- **Une dotation populationnelle**, dont le montant tient compte de la démographie, des caractéristiques et besoins de la population, des caractéristiques de l'offre de soins hospitalière et extrahospitalière et des projets de développement de nouvelles activités.
- **Des dotations complémentaires**, dont le montant tient compte de l'activité hospitalière et extrahospitalière des établissements et de leurs missions spécifiques.
- **Une dotation incitative à la qualité.**

*Coût pour l'assurance maladie : 30 M en 2020 puis en 2021 puis en 2022.*

### SSR

Fixé au 1<sup>er</sup> janvier 2021, **le modèle cible de financement est mixte** sous forme de recettes issues directement de l'activité et d'une dotation forfaitaire visant à sécuriser de manière pluriannuelle le financement des activités de SSR. La prise en charge des médicaments relevant des régimes des ATU ou post-ATU est étendue aux SSR, à condition que le traitement ait débuté dans une structure de court séjour.

*Coût assurance maladie : 50 M en 2021 ; 100 M en 2022.*

## • ARTICLE 35 : RÉFORME DU TICKET MODÉRATEUR À L'HÔPITAL

Mise en place progressive, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, **d'une nomenclature simplifiée des tarifs journaliers nationaux** de prestations distingués par catégories d'établissements et de séjours, servant de base au calcul du ticket modérateur. Ces nouvelles modalités de calcul seront appliquées à tous les champs qui font référence aux tarifs journaliers de prestations, notamment les patients bénéficiant de la coordination européenne en matière de sécurité sociale, les patients relevant de l'aide médicale d'État, du dispositif des soins urgents ou pour l'exercice du recours contre tiers. Les effets revenus de cette réforme seront lissés sur trois ans par le biais des dotations MIGAC. **Cette nomenclature sera également applicable aux activités de psychiatrie et SSR.**

## • ARTICLE 36 : RÉFORME DU FINANCEMENT DES SERVICES D'URGENCE

Le nouveau modèle de financement doit entrer en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2021. Le financement sera composé :

- **D'une dotation populationnelle** dont le montant par région tiendra compte des besoins de la population et des caractéristiques de l'offre de soins. Cette dotation annuelle allouée à chaque établissement sera déterminée en fonction de critères définis au niveau régional après avis des représentants en région des établissements de santé et des professionnels exerçant cette activité. Ces critères pourront faire l'objet d'un encadrement au niveau national.
- **De recettes liées à l'activité et tenant compte de l'intensité de la prise en charge.**
- **D'une dotation complémentaire** allouée selon des critères liés à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des prises en charge.



## ● ARTICLE 37 : FINANCEMENT ET ÉVOLUTION DES MISSIONS DE RECHERCHE ET D'INNOVATION (MERRI)

Dans un délai de six mois, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le financement et l'évolution du financement des MERRI au sein des établissements publics de santé.

## ● ARTICLE 38 : RÉVISION DE LA NOMENCLATURE DES ACTES DE VILLE

- L'inscription d'un acte ou d'une prestation à caractère innovant peut être provisoire et faire l'objet d'une révision en respectant une durée de 3 ans renouvelable une fois.
- **Un Haut Conseil des nomenclatures est créé.** Il est composé d'un nombre égal de médecins libéraux et de praticiens hospitaliers et de personnes qualifiées. Il est chargé :
  - ➔ **De proposer** à la commission, compétente pour chacune des professions, une méthodologie de description et de hiérarchisation des actes et prestations.
  - ➔ **D'étudier** les actes et prestations qui lui sont soumis par l'UNCAM en vue de les décrire et les hiérarchiser.

Ce Haut Conseil remet chaque année un rapport d'activité qui sera rendu public.

*Coût pour l'assurance maladie : 10 M en 2020 ; gain de 10 M en 2021 puis en 2022 puis en 2023.*

## ● ARTICLE 39 : PRISE EN CHARGE DES DISPOSITIFS MÉDICAUX

Prise en charge de certains dispositifs médicaux, en particulier les fauteuils roulants, remis en bon état d'usage respectant les conditions de sécurité sanitaire. Le patient doit être informé de l'existence d'un tel produit par le distributeur.

**Introduction d'une nouvelle procédure de « référencement sélectif »** pour le remboursement de certains dispositifs médicaux par l'assurance maladie obligatoire. La période de référencement maximale est de deux ans prorogeable un an sous certaines conditions. Elle peut conduire à exclusion de la prise en charge, sur la même période, des produits ou prestations comparables les moins avantageux mais sans qu'une entreprise ne puisse se trouver en situation de monopole. La mise en œuvre de cette procédure de référencement **peut impliquer un engagement des exploitants ou distributeurs** à fournir des quantités minimales de produits et prestations sur le marché français afin de garantir une couverture suffisante. Le non-respect de cet engagement peut entraîner une suppression du référencement et la prise en charge des surcoûts éventuels du défaut d'approvisionnement. **Les exploitants et fournisseurs de distributeurs ont obligation de déclarer au CEPS les prix de vente.** L'absence de déclaration peut entraîner une pénalité financière.

*Gain assurance maladie : 10 M en 2020 ; 25 M en 2021 ; 40 M en 2022 puis en 2023.*

## ● ARTICLE 40 : RÉVISION DU DISPOSITIF D'ACCÈS PRÉCOCE AUX DISPOSITIFS MÉDICAUX

Un exploitant peut, pour certains produits et prestations et pour une indication particulière, **faire une demande de prise en charge transitoire** par l'assurance maladie. Dans le cas d'un dispositif médical, le produit doit disposer d'un marquage « CE » dans l'indication considérée. La prise en charge est valable un an avant le dépôt d'une demande d'inscription sur la LPP. Cette prise en charge est subordonnée à l'engagement de l'exploitant d'assurer la continuité des traitements initiés. Le manquement aux obligations peut entraîner une pénalité financière.

## ● ARTICLE 41 : RAPPORT AU PARLEMENT SUR LES REMBOURSEMENTS DES DISPOSITIFS MÉDICAUX

Rapport sur le montant consolidé de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie résultant du remboursement des dispositifs médicaux dans **un délai de six mois** à compter de la publication de cette LFSS.

## ● ARTICLE 42 : MESURES DIVERSES SUR LES PRODUITS DE SANTÉ

Clarification des règles de prise en charge applicables aux médicaments faisant l'objet de distribution ou d'importation parallèle. **Ces spécialités seront fixées par arrêté.** Fixation d'un prix plafond pour certains médicaments intra GHS :

- En cas de risque de dépenses injustifiées notamment au regard d'une augmentation significative des prix de vente constatés ou au regard des prix des produits de santé comparables.
- Dans le cas de produits de santé qui, à titre unitaire ou compte tenu de leur volume global, ont, de manière prévisible ou constatée, **un caractère particulièrement coûteux** pour certains établissements.

**Fixation de règles homogènes** de facturation pour la nutrition parentérale à domicile : constitution de catégories précises permettant de délimiter le périmètre des préparations et modalités de fixation des tarifs adossés. **Abrogation de la substitution de médicaments biologiques** par le pharmacien lors de l'initiation du traitement et possibilité pour les industriels de déposer une demande d'AMM d'un biosimilaire avant l'expiration du brevet du médicament de référence. **Mise en place du Bulletin Officiel des Produits de santé (BOSP)** qui réunira l'ensemble des informations relatives au remboursement et à la prise en charge des produits de santé par l'assurance maladie. Obligation pour les laboratoires pharmaceutiques de **rendre publics les investissements de recherche et développement**.

*Gain assurance maladie : 5 M en 2020 ; 15 M en 2021 ; 25 M en 2022 ; 35 M en 2023.*

- **ARTICLE 43 : EXPÉRIMENTATION DU CANNABIS THÉRAPEUTIQUE**

À titre expérimental, pour une durée de deux ans, l'État peut autoriser l'usage du cannabis dans certaines situations. Un rapport au Parlement, six mois avant la fin de l'expérimentation, étudiera la pertinence d'un élargissement du recours à l'usage du cannabis.

- **ARTICLE 44 : RÉVISION DU DISPOSITIF D'AUTORISATION TEMPORAIRE D'UTILISATION (ATU) DES MÉDICAMENTS**

Les laboratoires bénéficieront d'une meilleure information quant à leurs obligations comptables afin de garantir le recouvrement des remises par l'assurance maladie. Le CEPS aura la possibilité de négocier un calendrier de versement des remises sur une période supérieure à un an.

**Meilleur encadrement des ATU nominatives** : arrêt de la fixation libre par l'industriel du prix d'une ATU nominative au profit d'une compensation déterminée par le Gouvernement. L'ATU ne peut être attribuée que lorsque le produit est susceptible de présenter **une efficacité cliniquement pertinente** et un effet important et que des conséquences graves pour le patient sont fortement probables en l'état des thérapeutiques disponibles. Il est mis fin à la possibilité d'octroyer par dérogation une ATU nominative en cas de refus de la demande d'ATU de cohorte, d'autorisation d'essai clinique ou en cas de risque aggravé pour le patient.

**La recevabilité de la demande d'ATU** : encadrement du nombre maximal d'ATU nominatives - le médicament faisant l'objet de l'ATU ne doit pas disposer d'une première AMM ou d'une ATU de cohorte.

*Gain assurance maladie : 60 M en 2020 ; 120 M en 2021 ; 200 M en 2022 puis en 2023.*

- **ARTICLE 45 : TRANSFERT VERS L'ONDAM DU FINANCEMENT DE L'AGENCE NATIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE (ANSP) ET DE L'AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ DU MÉDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTÉ (ANSM)**

Transfert de 268,6 millions vers le 6° sous-objectif de l'Ondam « Autres prises en charge ». Ces agences étaient jusqu'à lors financées par des crédits État sur le programme 204 « prévention, sécurité sanitaire et offre de soins ».

## AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS

- **ARTICLE 47 : PRISE EN CHARGE INTÉGRALE DES FRAIS LIÉS À LA CONTRACEPTION POUR L'ENSEMBLE DE MINEURES**

*Coût assurance maladie : 0.2 M en 2020 puis 2021 puis 2022 puis 2023.*

- **ARTICLE 48 : RENFORCEMENT DU DISPOSITIF DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LES RUPTURES DE STOCKS DE MÉDICAMENTS**

Obligation pour toute entreprise pharmaceutique exploitant un médicament de **constituer un stock de sécurité de quatre mois**. Ce stock doit être situé sur le territoire européen. 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. **L'ANSM aura la possibilité de fixer des seuils de stock en fonction du type de produits concernés**.

En cas de rupture pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur, l'entreprise pharmaceutique exploitante devra procéder à l'importation de toute alternative au médicament dans la limite de la durée de la rupture.

En cas de manquements, **des sanctions financières sont applicables** à l'entreprise défaillante : versement à l'assurance maladie du différentiel de coût entre la prise en charge du médicament initial en rupture et la prise en charge du médicament alternatif. Une sanction financière par jour de rupture d'approvisionnement peut être prononcée.

**Gain assurance maladie : 6 M en 2020 puis 2021 puis 2022 puis 2023.**

- **ARTICLE 52 : PRISE EN CHARGE DES PARTURIENTES ÉLOIGNÉES DE LA MATERNITÉ**

Pour des motifs de sécurité, les établissements de santé publics et privés autorisés à faire fonctionner une unité de gynécologie obstétrique proposent aux femmes enceintes **une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé** lorsque la situation de leur domicile implique une durée d'accès à une unité adaptée de gynécologie obstétrique supérieure à un seuil. Un décret en Conseil d'État précisera le seuil, la période au cours de laquelle cette prestation est proposée et les modalités de son attribution.

**Coût assurance maladie : entre 7 M et 17 M en 2020 et entre 20 M et 40 M en 2021.**

- **ARTICLE 54 : FINANCEMENT PAR LA CNSA DE L'ACCUEIL D'ADULTES HANDICAPÉS FRANÇAIS EN BELGIQUE**

Financement par la CNSA d'établissements wallons accueillant des adultes handicapés. Le transfert de financement du 6° sous-objectif de l'ONDAM « autres prises en charge » vers le sous-objectif médico-social personnes handicapées n'interviendra qu'en 2021 et correspondra à la somme des dotations des établissements ayant conventionné en 2020. Le Gouvernement remettra au Parlement, avant le 31 décembre 2021, un rapport sur l'état de la prise en charge des patients placés dans ces établissements et les financements qui sont alloués par la CNSA.

- **ARTICLE 55 : CRITÈRES D'APPRÉCIATION DE L'ACTIVITÉ DES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX**

L'activité d'un établissement social ou médico-social ne peut être appréciée exclusivement au regard du taux d'occupation.

- **ARTICLE 56 : EXPÉRIMENTATION D'UN FORFAIT SANTÉ POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP**

Expérimentation à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2020 et **pour une durée de deux ans d'un forfait santé** dans des régions déterminées par le Gouvernement. Ce forfait couvre les dépenses afférentes à la coordination de la prévention et des soins, les soins d'hygiène et de confort permettant de préserver l'autonomie, les soins et actes de réadaptation et d'accompagnement à l'autonomie.

Ce forfait santé relève de l'objectif géré par la CNSA. Les dépenses afférentes aux soins autres que ceux compris dans le forfait seront pris en charge par l'assurance maladie mais ne seront pas comptabilisées dans l'objectif géré par la CNSA. **Le Gouvernement remettra un rapport au Parlement à l'issue de l'expérimentation.**

## RENFORCER LA QUALITÉ, LA PERTINENCE ET L'EFFICIENCE DES SOINS

- **ARTICLE 59 : MISE EN PLACE D'UN PARCOURS POST-CANCER AU FORFAIT**

L'ARS met en place et finance **un parcours soumis à prescription médicale** visant à accompagner les personnes ayant reçu un traitement pour un cancer. Ce parcours comprend un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des consultations de suivi nutritionnels et psychologiques. Le contenu du parcours est individualisé en fonction des besoins identifiés par le médecin prescripteur. **Un dispositif spécifique est proposé pour les cancers pédiatriques.** Le Gouvernement remettra au Parlement, au plus tard deux ans après la promulgation de cette LFSS, un rapport dressant un bilan de ce forfait et les pistes d'amélioration du dispositif.

**Coût assurance maladie : 10 M en 2020 ; 26 M en 2021 ; 31.5 M en 2022.**

● **ARTICLE 60 : EXPÉRIMENTATION D'UN ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE POUR LES PERSONNES ATTEINTES DE SCLÉROSE EN PLAQUES**

Expérimentation **pour une durée de trois ans** sur des territoires définis par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les consultations de psychologues donnent lieu à un financement forfaitaire sur les crédits du FIR. Le Gouvernement remettra un rapport d'évaluation au Parlement à l'issue de l'expérimentation.

● **ARTICLE 62 : ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE OBLIGATOIRE**

L'entretien prénatal précoce est réalisé par un médecin ou une sage-femme dès lors que la déclaration de grossesse a été effectuée. L'objet de cet entretien est de permettre au professionnel de santé d'évaluer avec la femme enceinte ses éventuels besoins en termes d'accompagnement au cours de la grossesse. **Ce dispositif entre en vigueur au 1<sup>er</sup> mai 2020.**

● **ARTICLE 64 : CONTRAT D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE L'EFFICIENCE DES SOINS (CAQES) ET ADAPTATION DU DISPOSITIF IFAQ**

Le CAQES est conclu avec les établissements identifiés par le DGARS selon qu'ils :

- **Relèvent de priorités nationales définies par arrêté**
- **Ne respectent pas un ou plusieurs référentiels de pertinence et d'efficience des actes**, prestations ou prescriptions ou de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie, prévus par un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, déterminé par décret.

**La durée de ce contrat ne peut excéder cinq ans.** Les volets de ce contrat comprennent les objectifs à atteindre et les modalités d'évaluation. Tout refus de conclure, après exposé des observations, entraîne une sanction financière, versée à l'assurance maladie, correspondant à 1 % des produits reçus de l'assurance maladie au titre du dernier exercice clos.

**Une évaluation annuelle des objectifs est réalisée.** En fonction des économies constatées et du degré de réalisation des objectifs, le DGARS alloue un intéressement à l'établissement sous la forme d'une dotation du FIR. À l'issue d'une période de deux ans, l'absence d'amélioration des résultats peut entraîner, pour une durée limitée, un abattement forfaitaire au tarif national pour le nombre d'actes et prestations excédant le nombre cible fixé et une minoration forfaitaire de la part des produits de santé (barème national). Les sommes correspondantes viennent abonder le FIR. Les CAQES déjà signés à la date de publication de cette LFSS, et qui au 1<sup>er</sup> janvier 2021 ne sont pas soumis aux obligations décrites dans cet article, cessent de produire leurs effets à cette date.

**Coût assurance maladie lié à l'intéressement : 10 M en 2021 ; 20 M en 2022.**

**Gain assurance maladie lié à l'abattement tarifaire : 11 M en 2020 ; 25 M en 2021.**

● **ARTICLE 65 : AMÉLIORATION DE LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS DE MÉDICAMENTS**

La mesure prévoit de permettre le recours, et la prise en charge, de médicaments relevant d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) même en cas d'existence d'alternatives thérapeutiques, dès lors que cela permettrait d'augmenter la pertinence des prescriptions ou le nombre d'alternatives thérapeutiques disponibles. Dans ce cadre, la condition imposant que le professionnel de santé doit juger indispensable le recours à l'alternative thérapeutique disposant d'une RTU est supprimée.

**Les établissements de santé sont incités à recourir à l'achat de médicaments efficaces tels que les biosimilaires.** Les conditions de mise en œuvre des demandes d'accord préalable sont assouplies pour permettre notamment la mise en place d'une demande d'accord préalable (DAP) à l'arrivée d'un biosimilaire.

**Gain assurance maladie : 20 M en 2020 ; 80 M en 2021 ; 100 M en 2022 puis en 2023.**

● **ARTICLE 66 : MESURES DIVERSES POUR LE TRANSPORT DES PATIENTS ET EXTENSION DES DÉROGATIONS À L'ARTICLE 51 DE LA LFSS POUR 2018**

Organisation renforcée des transports de patients :

- **Le transport partagé se voit doté d'une base légale** et est envisageable dès lors que le médecin prescrit un transport de patient
- **La mise en service des ambulances de secours et de soins d'urgence (ASSU)** dédiées exclusivement aux transports sanitaires urgents est possible sans limite de quotas



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

Possibilité d'expérimenter, via le dispositif de l'article 51, le concours des chirurgiens-dentistes d'exercice libéral au fonctionnement d'unités participant au service d'aide médicale urgente.

**Gain assurance maladie : 7 M en 2020 ; 26 M en 2021.**

**Gain FIR : 1.3 M en 2020.**

- **ARTICLE 67 : ÉLARGISSEMENT DU CADRE DE LA BIOLOGIE DÉLOCALISÉE**

**Afin de limiter le recours aux urgences**, le cadre de la pratique de la biologie délocalisée est élargie permettant la réalisation des phases pré-analytiques et analytiques en dehors d'un laboratoire de biologie médicale (LABM), y compris en ville et dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient.

- **ARTICLE 71 : MODERNISATION DES STRUCTURES DE RÉADAPTATION DES ACCIDENTÉS DE LA ROUTE**

Le FMESPP peut financer des dépenses d'investissement des établissements médico-sociaux **dans la limite des crédits** qui lui sont alloués dans le cadre de l'engagement du comité interministériel de la sécurité routière.

### DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

- **ARTICLE 86 : DOTATIONS 2020**

FMESPP : **649 millions**

ONIAM : **150 millions**

CNSA aux ARS : **139 millions**

- **ARTICLE 89 : MONTANT DE L'ONDAM 2020 PAR SOUS-OBJECTIFS**

SOUS-OBJECTIFS	OBJECTIF DE DÉPENSES (Mds)
Dépenses de soins de ville	93.6
Dépenses relatives aux établissements de santé	84.4
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	10.0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11.7
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3.5
Autres prises en charge	2.4
<b>TOTAL</b>	<b>205.6</b>

Source : Journal Officiel du 27 décembre 2019. Loi n°2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.