

LFSS 2019
UN BUDGET EN
AUGMENTATION MAIS
ASSORTI D'UN PLAN
D'ÉCONOMIES POUR TOUS



INNOVATION
« Nous sommes
les médecins
de la transition... »

Financement

LFSS 2019, une année de changement ?



éditorial
Ségolène
Benhamou

Le budget de la Sécurité sociale sera à l'équilibre pour la première fois depuis 18 ans, une très bonne nouvelle partagée par tous, mais au prix de plans d'économies portés collectivement par les professionnels de santé.

Le budget de la Sécurité sociale sera à l'équilibre pour la première fois depuis 18 ans, une très bonne nouvelle partagée par tous, mais au prix de plans d'économies portés collectivement par les professionnels de santé.

Les moyens sont pourtant là : l'enveloppe allouée par l'État à la santé augmente de 2,5 % en 2019, et porte l'évolution de l'ONDAM à son plus haut niveau depuis sept ans. Pour autant, les établissements de santé ont essuyé ces six dernières années des baisses tarifaires successives.

Notre secteur ne ménage pas sa peine auprès des parlementaires pour réduire les mesures incohérentes préjudiciables à une offre de soins de qualité.

Nous avons ainsi 30 amendements dont les deux-tiers co-signés avec une ou plusieurs fédérations hospitalières.

Pour sa part, la FHP-MCO a transmis 16 propositions techniques de construction et d'adaptation de la campagne tarifaire. L'évolution nécessaire de l'article 80 relatif à la réforme du financement des transports inter-établissements, mal pensée, mal préparée et mal évaluée, fait l'objet notamment d'une requête appuyée.

La grande inconnue de chaque LFSS, le taux d'augmentation du volume d'activité des différents acteurs qui sera *in fine* retenu. Les chiffres transmis a posteriori par les tutelles ont démontré que l'activité de l'hospitalisation privée n'a augmenté en 2017 que de 1,2 %, alors que le volume prévisionnel

retenu sur nos tarifs s'était élevé à 1,9 % : notre secteur s'est ainsi vu infliger une baisse de tarif déguisée supplémentaire de 0,7 %. Une déconvenue partagée avec les autres secteurs hospitaliers.

Pour une bonne compréhension de l'environnement dans lequel notre activité s'inscrit en 2019, il convient de prendre en compte les travaux menés par la *taskforce* sur les nouveaux modes de financement et de régulation, dont des premières mesures pourraient être mises en œuvre dès 2019. En effet, le financement est pour le Ministère de la Santé un des leviers essentiels de la transformation du système de santé. Il offre à la tutelle des moyens pour inciter les acteurs à développer la prévention, la qualité, la pertinence des soins et la coordination des acteurs dans la droite ligne du programme « Ma santé 2022 ».

La prudence sera de mise quant à la traduction dans la campagne tarifaire de l'engagement de l'État d'un financement à la qualité de 300 millions d'euros. Nous espérons que l'enveloppe dédiée ne viendra pas obérer l'évolution tarifaire des actes de soins mais restera un financement incitatif.

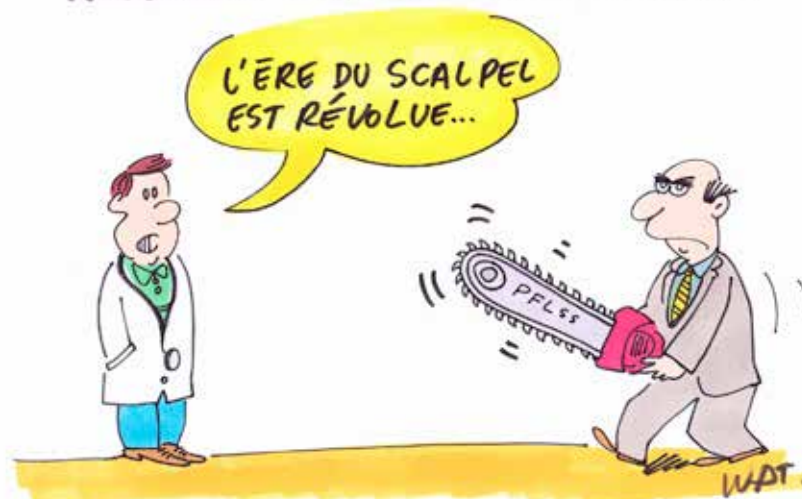
Notre secteur espère que la LFSS 2019 marquera la fin de la politique du rabet tarifaire et entérinera une nouvelle approche du financement des établissements de santé.

ANTI-JARGON

- (P)LFSS (projet de) loi de financement de la Sécurité sociale
- ONDAM objectif national de dépenses d'Assurance maladie
- CITS crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires
- GHT groupement hospitalier de territoire
- CNAM caisse nationale de l'Assurance maladie
- CMU couverture maladie universelle
- DGOS direction générale de l'offre de soins
- CICE crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi
- CSG contribution sociale généralisée

Ségolène Benhamou
Présidente de la FHP-MCO

NOUVELLES COUPES BUDGÉTAIRES





DR JEAN-PHILIPPE MASSON, PRÉSIDENT
DE LA FÉDÉRATION NATIONALE
DES MÉDECINS RADIOLOGUES (FNMR)

LA FEUILLE DE ROUTE NÉGOCIÉE EST RESPECTÉE

Le PLFSS est toujours un grand moment d'incertitude. Nous restons très méfiants car nous ne sommes jamais à l'abri d'un avis défavorable du comité d'alerte.

À la lecture de ce PLFSS, on ne demande pas davantage d'efforts à la radiologie que ce qui était prévu. En effet, les mesures d'économies deman-



J'ai l'impression que les radiologues ont compris l'intérêt de ce deal !

dées correspondent au montant que nous avons négocié avec la CNAM dans le cadre d'un protocole d'accord signé en avril 2018, pour une durée de trois ans. Nous n'avions pas obtenu de revalorisation tarifaire mais nous nous sommes mis d'accord sur un certain nombre de mesures, notamment de pertinence, qui vont générer des économies sur l'enveloppe de radiologie. La principale mesure concerne la lombalgie et vise à réduire le nombre d'examen d'imagerie non pertinents réalisés chez les patients porteurs d'une lombalgie. Outre les économies financières réalisées, les patients subissent ainsi moins d'irradiations. Rappelons que le médecin demandeur de l'examen est co-responsable de l'irradiation du patient.

Cela faisait dix ans que nous demandions une action sur la pertinence. Je pense que l'arrivée d'Agnès Buzyn, elle-même profondément favorable à la pertinence, a débloqué la situation. Donc il est possible d'imaginer que ces mêmes négociations avec la CNAM se réalisent au bénéfice d'autres spécialités que la radiologie.

Pour l'instant, la feuille de route négociée est respectée. Nous disposons de paliers dans les efforts qui doivent être mis en place et vérifions régulièrement avec la caisse que chacun remplit sa part du marché. Dans un contexte de baisse tarifaire, il n'a pas été facile de demander en plus aux radiologues de travailler moins. Mais j'ai l'impression que les radiologues ont compris l'intérêt de ce deal !

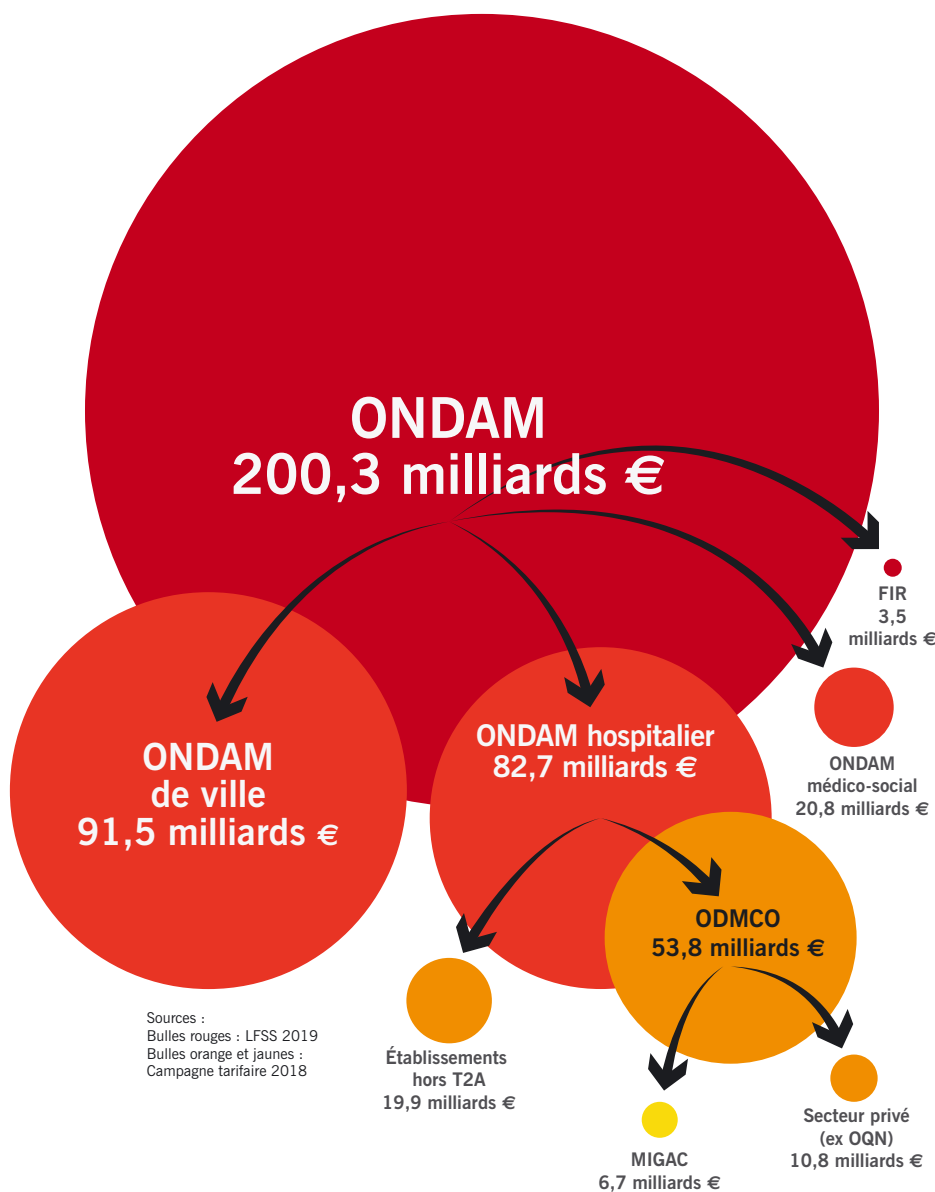
Ensuite dans ce PLFSS, il y a un certain nombre de choses, notamment sur la télé-médecine qui nous laisse un peu dans l'expectative. On parle par exemple de la télé-médecine mais jamais de la télé-radiologie. Depuis plusieurs PLFSS, nous réclamons la publication, soit dans le cadre d'un amendement indexé au PLFSS, soit sous la forme d'une circulaire DGOS, de la charte de télé-radiologie écrite par le Conseil professionnel de la radiologie et signée par le Conseil national de l'ordre des médecins. Nous voulons la mise en application de cette charte pour éviter des dérives commerciales de télé-radiologie qui sont dangereuses et aboutissent à une télé-radiologie *low cost*, source d'une moindre pertinence et d'une multiplication des examens.

LFSS

Dans la continuité

Le budget de la santé augmente en 2019 de 2,5 %, et porte l'ONDAM à son plus haut niveau depuis sept ans. Un plan d'économies est toutefois prévu, impactant collectivement les acteurs de la santé. La traduction de la LFSS sur le terrain sera connue au 1^{er} mars avec la publication des tarifs.

Négociations en amont, en aval sur certains arbitrages, lobbying au fil du process, chacun défend au mieux les intérêts de sa profession.



Sources :
Bulles rouges : LFSS 2019
Bulles orange et jaunes :
Campagne tarifaire 2018

MARTINE WONNER, DÉPUTÉE
LA RÉPUBLIQUE EN MARCHÉ DU BAS-RHIN,
VICE-PRÉSIDENTE DE LA COMMISSION
DES AFFAIRES SOCIALES

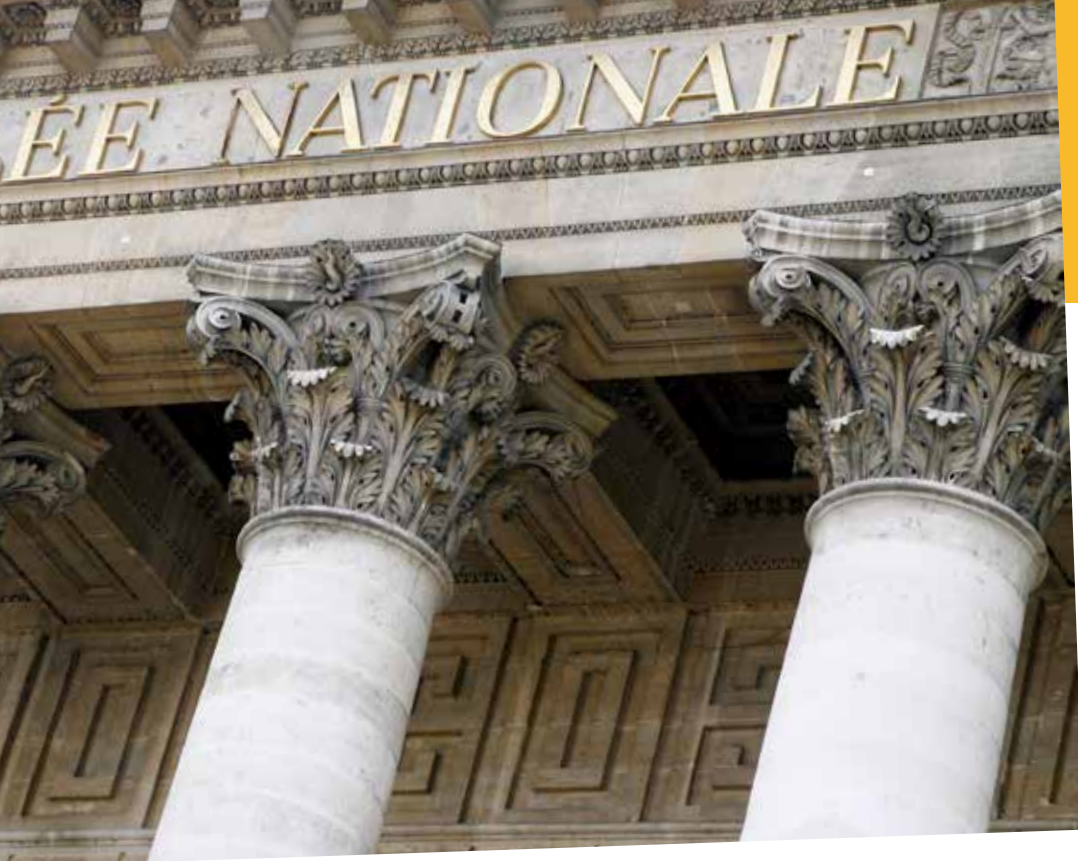
UN PLFSS DE CONCRÉTISATION

Le PLFSS 2019 est plus que satisfaisant, car il répond complètement aux promesses du président, que nous n'avions pas pu illustrer directement dans le premier exercice du PLFSS. Nous sommes cette fois dans le plein exercice, avec un PLFSS qui illustre les promesses à la fois au



On n'a jamais accompagné de cette façon-là un plan de transformation du système de santé, avec 400 millions d'euros alloués chaque année, jusqu'en 2022.

niveau de l'emploi, puisque l'on remet en avant l'idée que l'emploi est une priorité de notre politique, avec toutes les avancées en matière d'exonération des cotisations sociales et la mise en œuvre de la transformation du CICE et du CITS, la mesure du taux réduit de CSG, etc., mais également avec tout ce qui a été prévu pour les plus vulnérables, la majoration de 30 % du complément de mode de garde pour les familles ayant un enfant en situation de handicap, les congés de maternité pour les personnes, notamment les agricultrices et les travailleuses indépendantes, qui étaient en grande difficulté, et qui parfois renonçaient même à avoir des enfants. Ce sont vraiment des mesures qui me réjouissent. Nous sommes dans l'expression attendue d'un éclairage social, après une phase beaucoup plus économique et libérale. Certaines de ces mesures, bien sûr, ne verront leur expression qu'en cours du mandat, dans les 4 ans à venir. Je pense notamment à tout ce qui touche à la transformation du système de santé, avec « Ma santé 2022 » et notamment l'augmentation de l'ONDAM. C'est inédit. On n'a jamais accompagné de cette façon-là un plan de transformation du système de santé, avec 400 millions d'euros alloués chaque année, qui vont se répéter jusqu'en 2022. Je m'en satisfais d'autant plus qu'en tant que parlementaire qui siège au Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, j'ai pu travailler directement sur cette transformation du système de santé. Le rapport que nous avons produit en juin dernier et présenté aux conseil-



lers du premier ministre a été repris très largement. Nous allons vraiment assister à un changement de paradigme. Ce PLFSS est un facteur de réalisation de beaucoup de choses qui étaient dans l'air depuis longtemps : le parcours de soin, le financement à la qualité, et qui prennent une dimension opérationnelle.

Jusqu'à présent, le parcours de soin du patient restait abstrait. Là, on met en place la réalité du patient acteur de ses soins, et d'un réel parcours de soin sur les territoires, avec un accompagnement pour financer la qualité. Une enveloppe de 300 millions d'euros

allouée pour financer la qualité, c'est la reconnaissance d'acteurs qui se mobilisent sur une meilleure organisation des soins et une qualité des prestations. Avec aussi, il faut le dire, ce financement au forfait prévu pour certaines pathologies chroniques, notamment autour du diabète et de l'insuffisance rénale, qui sortent de la tarification à l'activité pour aller vers quelque chose de plus cohérent. Nous ne sommes plus dans la production d'actes, mais bien sur une médecine qualitative et une adéquation beaucoup plus fine avec les besoins des patients.

OLIVIER VÉRAN, DÉPUTÉ LA RÉPUBLIQUE EN MARCHÉ DE L'ISÈRE, RAPPORTEUR GÉNÉRAL DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

UNE POLITIQUE SOCIALE AMBITIEUSE

Ce PLFSS concrétise beaucoup d'engagements pris depuis la rentrée. Nous avons le plus haut niveau d'ONDAM depuis 7 ans. Nous avons annoncé 2,3 % et nous arrivons à 2,5 %. C'est rarissime. La mesure la plus emblématique du PLFSS 2019 est le reste à charge zéro, c'est-à-dire la suppression progressive de tout le reste à charge sur les pro-



Pour la première fois depuis 18 ans, le budget est à l'équilibre. Les efforts demandés aux établissements seront moindres d'année en année.

thèses auditives, optiques et dentaires pour tous les Français. Il s'agit d'un engagement très fort du président de la République et les Français l'ont déjà intégré.

L'autre tendance forte est la confirmation du plan Pauvreté, avec beaucoup de mesures en faveur des publics fragiles, comme la transformation de l'aide à la complémentaire santé en CMU complémentaire contributive, qui va permettre à un million et demi de Français d'avoir accès à une complémentaire de qualité pour un coût moindre. C'est un effort de plusieurs centaines de millions d'euros de la part de l'État, et c'est une mesure qui améliore vraiment la couverture de soins pour les Français.

Nous poursuivons également la transformation du financement des établissements de santé, avec la création du financement au forfait pour certaines maladies chroniques comme le diabète ou l'insuffisance rénale,

qui vient compléter le dispositif voté l'année dernière, avec l'article 51. On retrouve aussi la prise en charge précoce de tous les soins qui n'étaient pas remboursés jusqu'ici pour les enfants atteints de troubles neuro-développementaux, notamment l'autisme, et des mesures pour les retraités les plus fragiles qui n'auront plus à subir la hausse de la CSG.

Il s'agit donc d'un PLFSS qui mène une politique sociale ambitieuse.

Sur la question du médicament, je reconnais que nous demandons un haut niveau de contribution à l'industrie pharmaceutique, à hauteur d'un milliard d'euros. Mais un engagement fort a été pris : l'État garantit que le chiffre d'évolution d'activité des laboratoires ne soit pas inférieur à plus 0,5 %.

Par ailleurs, les transformations du CICE en cotisations patronales, avec un allègement de charges et une année double pour les entreprises l'année prochaine permet de pronostiquer une année qui arrive plutôt positive.

Pour la première fois depuis 18 ans, le budget de la Sécurité sociale est à l'équilibre. Si l'on rembourse notre dette sociale, les efforts demandés aux établissements seront moindres d'année en année. Notre problème est que toutes les enveloppes de soins du système de santé sont fermées, à l'exception de l'enveloppe de ville, qui augmente fortement. Pour la première fois, dans ce PLFSS, on a une première enveloppe de prudentiel à hauteur de 120 millions d'euros pour la médecine de ville. La ville va commencer aussi à contribuer à l'équilibre général du système de santé. C'est une étape à noter.

JEAN-CARLES GRELIER, DÉPUTÉ LES RÉPUBLICAINS DE LA SARTHE, MEMBRE DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

CE PLFSS EST NON SEULEMENT TIMIDE, MAIS DÉLÉTÈRE

Plus d'un milliard d'euros d'économies demandées encore au système d'hospitalisation français, qu'il soit public ou privé, quand on connaît la situation des établissements ! Une clinique privée, quand elle perd trop d'argent, doit mettre la clé sous la porte. Et un milliard d'euros d'économies supplémentaires demandées au monde du médicament, quand on sait qu'en 2017, 180 officines



Il faut arrêter de considérer la santé sous cet angle exclusivement budgétaire et financier, comme on le fait depuis 25 ans.

de pharmacie ont dû fermer, une tous les deux jours, alors même que les pharmaciens sont souvent les derniers professionnels de santé à rester sur les territoires ruraux ! Il faut arrêter de considérer la santé sous cet angle exclusivement budgétaire et financier, comme on le fait depuis 25 ans. Aucune autre politique publique n'est soumise à tel traitement. Qui s'interroge sur la part du déficit de l'État créée par l'éducation nationale ? Aujourd'hui, les cotisations sociales ne sont plus la source unique de financement de la santé, comme c'était le cas en 1945, au moment de la création de l'Assurance maladie. Elle est aussi financée par l'impôt et de plus en plus, par des deniers privés. Arrêtons donc cette différenciation et cette gestion bicéphale avec d'un côté le ministère qui fixe des grandes orientations, et de l'autre la CNAM qui tient les cordons de la bourse. Essayons d'unifier les choses. Le paradoxe de la santé aujourd'hui, c'est que tout le monde est d'accord sur le constat : « Ça ne marche plus. »

Pourtant, tous vous disent : « On va continuer quand même, et avec les mêmes personnes. »

Une autre problématique est bien l'entre-soi administratif dans lequel fonctionne la santé. Regardez qui sont les cadres qui, aujourd'hui, administrent le ministère de la Santé : les mêmes se partagent toutes les fonctions depuis 25 ans. Un coup à l'ARS, un coup à la CNAM, un coup au cabinet de la ministre, un coup à l'Igas... Ils ont bâti un corps doctrinal qui édicte que la santé ne peut être gérée que par et pour l'hôpital public. Le ministre de la Santé n'a de cesse depuis des lustres que d'appliquer ce corps de doctrine, de tenir à l'écart de l'organisation des soins et des cartes sanitaires l'hospitalisation privée, – regardez ce qui s'est fait avec les GHT notamment –, et de tenir aussi à l'écart la médecine libérale. Il faut que la classe politique prenne conscience que la santé ne doit pas être un sujet de technicien réservé à des techniciens. Le ministre de la Santé n'a pas vocation en permanence à être un praticien hospitalier. Il faut une vraie politique, un ministre qui ait le poids et la carrure politiques nécessaires pour modifier ce corpus idéologique qui domine Avenue de Ségur, de manière à enfin avoir une politique de santé pensée sur des bases différentes. C'est à mes yeux une réforme indispensable. L'heure n'est plus à replâtrer le système de santé en France, il est à le repenser et à le reconstruire entièrement, dans une société de confiance. Il faut laisser de l'initiative au terrain, aux professionnels de santé et aux établissements qui sont le plus souvent, contrairement à ce que pense l'État, parfaitement responsables et parfaitement garants de la bonne utilisation des deniers de l'Assurance maladie.

LA SANTÉ N'EST PAS L'AFFAIRE DE TOUS

POUR VOUS ASSURER, FAITES CONFIANCE À UN SPÉCIALISTE DE LA SANTÉ !

beah 
Bureau Européen d'Assurance Hospitalière

L'assurance des établissements dédiée à l'hospitalisation privée.
www.beah.fr - 04 82 25 01 63
claphama@beah.fr

UNE COUVERTURE DES RISQUES OPTIMALE ET SUR-MESURE

HYGIERISK
Exercez (r)assuré

L'assurance RC professionnelle des praticiens du plateau technique lourd.
www.hygierisk.fr - 03 81 26 10 10
bonnetg@beah.fr

DEMANDE DE DEVIS EN LIGNE

RETENUES

54

candidatures d'établissements hospitaliers ont été retenues parmi les 180 reçues cet été.

PRIVÉES

7

cliniques privées figurent dans les 25 établissements sélectionnés pour travailler sur le financement à l'épisode de soins.

DÉPOSÉS

450

porteurs publics et privés ont déposé auprès de leur ARS un projet d'expérimentation organisationnelle.

Source : ministère de la Santé

INNOVATION



« Nous nous sommes centrés sur des messages courts, graphiques, pas trop pontifiants, et nous nous sommes tournés vers la BD et le motion design. »
Dr Jean Halligon



INTELLIGENCE ARTIFICIELLE

Pays de la Loire

DE NOUVEAUX OUTILS PÉDAGOGIQUES

BD ou vidéos pour éviter les préjugés sur les patients traceurs, QualiREL santé se dote de nouveaux outils pour communiquer avec les usagers et les personnels de soin.

Madame Toulemonde, une brune sympathique, crayonnée d'un trait agile et efficace, tremble de fièvre dans son lit, elle a attrapé une bactérie multirésistante. Madame Toulemonde, cette fois, est une personne âgée habitant dans un Ehpad. Elle part pour un examen à l'hôpital, mais à son retour, on a perdu son dossier de liaison... Ces scénarios sont extraits des bandes-dessinées de Marie Duvoisin, qui donnent un visage aux risques et aux événements indésirables au sein des établissements de santé dans les Pays de la Loire, et sont développées par QualiREL santé, la structure d'appui à la qualité et à la sécurité des soins des Pays de la Loire. Grâce à des scénarios développés par les professionnels, qui ne pointent jamais du doigt les erreurs personnelles, mais font ressortir les dynamiques collectives, les BD permettent de mieux comprendre les événements indésirables. Pour le Dr Jean Halligon, responsable médical de QualiREL Santé et ancien président de la CNPCMEHP, cette campagne est née à l'initiative des établissements. « Dans notre région, beaucoup ont à la fois du sanitaire et du médico-social. Les enjeux de bientraitance sont extrêmement présents. Nous avons donc commencé à réfléchir à de nouveaux

formats pour sensibiliser les professionnels. » Depuis plusieurs années, les formations classiques avec powerpoint et les conférences ont révélé leurs manques.

QualiREL Santé, en partenariat avec l'OMEDIT PDL1, le CPIAS PDL2, l'EREPL3 et Fas PDL44, a donc commencé une recherche systématique de nouveaux outils. « Nous nous sommes centrés sur des messages courts, graphiques, pas trop pontifiants, et nous nous sommes tournés vers la BD et le motion design. » 15 films très courts, petites pastilles animées, permettent de lever les ambiguïtés qui gênent la diffusion de la méthode des patients traceurs. « Les patients traceurs correspondent vraiment à ce que les professionnels attendent : l'évaluation de leur métier dans ce qu'il apporte au patient. Mais en pratique, certaines idées reçues gênent la mise en œuvre. Nous avons voulu rappeler ce qu'un patient traceur peut apporter concrètement. »

QualiREL santé est maintenant dans une phase de généralisation de ses nouveaux outils, avec également des affiches mode d'emploi pour le travail en équipe, sur le thème inattendu... du western. Les retours sont très positifs. Peut-être y aura-t-il, dès la saison prochaine, une recrudescence de patients traceurs dans les Pays de la Loire ?

15 films très courts, petites pastilles animées, permettent de lever les ambiguïtés qui gênent la diffusion de la méthode des patients traceurs.

UBU DANS LES TRANSPORTS

Les établissements de santé, les soignants, les sociétés de transports, les usagers découvrent, « en marchant », la complexité des nouvelles règles de la réforme du financement des transports inter-établissements (article 80). L'information auprès des patients, la pédagogie auprès des professionnels de terrain et l'accompagnement auprès des établissements sont totalement absents. Le ministère a décidé d'autoriser de confier une partie de l'épineux dossier du coût des transports aux établissements de santé qui n'ont pas de compétence en la matière. La FHP-MCO a appelé la tutelle à une simplification de ce nouveau modèle dès le 1^{er} mars 2019, pour le rendre plus compréhensible et opérationnel.

DES MÉDECINS DE TRANSITION...

La troisième révolution industrielle a démarré. Comment faire de l'IA un nouvel allié ?

Dans le champ des innovations, nous constatons trois évolutions majeures. La première est le « sans fil ». Nous allons être envahis d'outils de plus en plus petits et faciles à utiliser qui permettront au médecin de travailler mieux et vite, et au patient d'être acteur de sa maladie en apprenant à mieux se surveiller puis à se soigner. Il y a déjà un vrai « bruit de fond » dans les consultations produit par les mesures de santé apportées par les patients qui auront l'impression qu'en possédant la donnée, ils sont capables de se soigner. Demain, le médecin disposera de ces signaux, mais aussi d'autres informations qui *in fine* seront regroupés sur des plateformes de signaux accessibles en temps réel par le patient et le soignant.

La grande révolution est l'arrivée des données biologiques : le séquençage du génome pour moins de 1000 \$ et la possibilité de dépister des mutations de manière très aisée. Mais la prédiction de tests biologiques a une sensibilité et une spécificité parfois médiocres. C'est en faisant converger une donnée biologique vers le recueil de paramètres cliniques, que nous augmenterons les capacités de prédiction et d'optimisation de la prise en charge des affections.



Le Pr Atul Pathak intervenait au colloque « Innovation et numérique en santé » de Santé Cité le 16 nov. 2018.

Analyser l'afflux d'informations

Demain, les médecins auront des données apportées par la technologie sans fil et les données de biologie et se retrouveront devant un tableau qu'il faudra analyser, personnaliser, comprendre. Le médecin a été formé selon une approche binaire : maladie présente ou absente, marqueur biologique normal ou perturbé. L'accumulation de ces données nécessitera une analyse plus fine et complexe, c'est la révolution non seulement de l'accumulation des données mais de leur gestion. Nous sommes au balbutiement de la troisième révolution industrielle. Sommes-nous prêts ? Je ne le crois pas. Il faut d'abord créer ces outils d'aide à la décision, les valider, exercer vis-à-vis d'eux un regard critique tout en modifiant le mode d'exercice actuel de la médecine. L'intelligence artificielle pourra un jour administrer et aider le médecin à gérer cette masse d'informations. Les premières avancées reposent sur l'apprentissage par les machines d'informations apportées par l'homme, dans un second temps la machine va apprendre elle-même puis potentialiser ses performances à l'aide du travail machine/machine. La question n'est plus de savoir qui de la machine ou de l'homme gagnera car la machine a déjà gagné, la question est plutôt : que ferons-nous de ces nouveaux alliés ? Comment allons-nous gérer la sécurité, l'accès ou l'éthique des données ? Nous sommes les médecins de cette transition.