

**Article 45**

I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 162-22-8-2 est abrogé ;

2° L'article L. 162-23-4 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, avant les mots : « Chaque année », il est inséré un : « I » ;

b) Au 2°, après les mots : « catégories d'établissements », sont insérés les mots : « , notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical » ;

c) Après le dernier alinéa, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« II. - Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 sont fixés par l'État. » ;

3° Après l'article L. 162-23-14, il est inséré un article L. 162-23-15 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-23-15. - Par dérogation aux articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 du présent code, les activités de médecine ou de soins de suite et de réadaptation exercées par les hôpitaux de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique bénéficient d'un financement mixte sous la forme de recettes issues de leur activité et d'une dotation forfaitaire, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. » ;

4° A l'article L. 174-1-1, après le 7°, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« 8° Les activités de soins dispensés par les maisons d'enfants à caractère sanitaire mentionnées à l'article L. 2321-2 du code de la santé publique. »

II. - L'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa du II, après le mot : « médecine », sont insérés les mots : « ou de soins de suite et de réadaptation » ;

2° Au second alinéa du II, les mots : « n'excède pas un seuil défini » sont remplacés par les mots : « ou celui de leur activité de soins de suite et de réadaptation n'excède pas un seuil défini, qui peut être différencié pour chacune de ces activités, » ;

3° Au III, il est ajouté une phrase ainsi rédigé : « La liste distingue les établissements reconnus comme hôpitaux de proximité au titre de leur activité de médecine ou de soins de suite et de réadaptation. » ;

III. - L'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est ainsi modifié :

1° Au A du III, après les mots : « code de la sécurité sociale », sont ajoutés les mots : « , à compter du 1<sup>er</sup> mars 2018 » ;

2° Au premier alinéa du B du III, après les mots : « code de la sécurité sociale » sont ajoutés les mots : « , à compter du 1<sup>er</sup> mars 2018 » et au deuxième alinéa, l'année : « 2017 » est remplacée par l'année : « 2018 » ;

3° Après le C du III, il est ajouté les dispositions suivantes :

« D. - A compter du 1<sup>er</sup> mars 2017 et au plus tard jusqu'au 1<sup>er</sup> mars 2022, afin de prendre en compte le niveau de spécialisation de chaque établissement, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1, prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-3 du même code, sont affectées d'un coefficient de majoration.

« Ce coefficient est réduit chaque année et doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1<sup>er</sup> mars 2022.

« Les modalités de détermination de ce coefficient sont définies par décret en Conseil d'État.

« E. - Par dérogation aux articles L. 162-23 à L. 162-23-13 du code de la sécurité sociale, les activités de soins de suite et de réadaptation, mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 sont financées selon les modalités suivantes :

« 1° Du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 28 février 2017, elles demeurent financées selon les modalités antérieures à la publication de la présente loi sous réserve des exceptions prévues au 3°ci-après ;

« 2° Du 1<sup>er</sup> mars 2017 au 28 février 2018, elles sont financées par deux montants cumulatifs :

« a) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement antérieures à la présente loi.

« En application du précédent alinéa, les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale des établissements mentionnés au *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du même code sont affectés d'un coefficient. La valeur de ce coefficient est égale à la valeur de la fraction mentionnée au précédent alinéa ;

« b) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement prévues au 1° de l'article L. 162-23-2 du code de la sécurité sociale .Ce montant peut être affecté d'un coefficient de transition défini selon des modalités de calcul fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

« 3° Les financements complémentaires prévus au 2° de l'article L. 162-23-2 du code de la sécurité sociale sont applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2017 sauf en ce qui concerne :

« a) Le financement complémentaire, mentionné au *a* du 2° de l'article L. 162-23-2, prenant en charge les molécules onéreuses, applicable à compter du 1<sup>er</sup> mars 2018 ;

« *b*) Le financement complémentaire, mentionné au *b* du même article, prenant en charge les plateaux techniques spécialisés, applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 ;

« 4° La prise en charge des actes et consultations externes pour les activités de soins de suite ou de réadaptation, définie à l'article L. 162-26, est applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2017 à hauteur d'une fraction dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

« 5° Du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2017, l'objectif de dépenses prévu à l'article L. 162-23 est constitué :

« *a*) Des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22, dans les conditions prévues au 1° et au 4° du E pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 28 février 2017 ;

« *b*) Des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22, dans les conditions prévues au 2° et au 4° du E pour la période du 1<sup>er</sup> mars 2017 au 31 décembre 2017 ;

« 6° Du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 31 décembre 2018, l'objectif de dépenses prévu à l'article L. 162-23 du code de la sécurité sociale est constitué :

« *a*) Pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 28 février 2018, des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 dans les conditions prévues au 2° et au 4° du présent E ;

« *b*) Pour la période du 1<sup>er</sup> mars 2018 au 31 décembre 2018, des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 telles que prévues par l'article L. 162-23.

« F. - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, du 1<sup>er</sup> mars 2017 au 28 février 2018, le montant forfaitaire prévu au *b* du 2° du E n'est pas facturé par les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2.

« Ces établissements transmettent leurs données d'activité à échéances régulières à l'agence régionale de santé, au titre de leurs activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22.

« Ces établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.

« L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, du montant forfaitaire prévu au *b* du 2° du E et arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2.

« L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice de l'article L. 162-23-13, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.

« Les modalités d'application du F sont définies par décret en Conseil d'État.

« G. - Dans les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, par exception au 2° de l'article L. 162-23-4 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation du patient, jusqu'à la date mentionnée au II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

« Les conditions et modalités de la participation du patient aux tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 162-23-1 du même code sont fixées par voie réglementaire.

« L'augmentation de la base de calcul de cette participation ne peut excéder la limite maximale fixée par le décret mentionné au II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

« Les tarifs servant de base au calcul de la participation de l'assuré servent également à l'exercice des recours contre tiers, à la facturation des soins de patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, à l'exception de ceux affiliés au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte ou de ceux relevant d'un des régimes de la protection sociale généralisée de la Polynésie Française, ainsi qu'à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale, et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État ou de la prise en charge des soins urgents en application des articles L. 251-1 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles. » ;

4° Au V, l'année : « 2017 » est remplacée par l'année : « 2018 » ;

5° Après le V, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« VI. - Du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 28 février 2018, par dérogation au 8° de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les activités de soins dispensées par les maisons d'enfants à caractère sanitaire mentionnées à l'article L. 2321-2 du code de la santé publique, exercées par les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, demeurent financées selon les modalités antérieures à la présente loi. »

### **Exposé des motifs**

A la suite de l'adoption de l'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 consacré au nouveau modèle de financement des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR), des travaux complémentaires ont été menés afin d'accompagner la mise en œuvre de la réforme. Ces travaux, corroborés par les recommandations formulées par le Dr. Olivier Véran dans le cadre de sa mission sur l'évolution du modèle de financement des établissements de santé, ont mis en lumière deux points:

- d'une part, il est apparu essentiel de prendre en considération dans le modèle de financement des activités de soins de suite et de réadaptation le rôle et la spécificité des hôpitaux de proximité, dans la droite ligne de la réforme engagée en LFSS pour 2015 sur le champ de la médecine ;

- d'autre part, dans le cadre des concertations et des travaux techniques qui ont été menés pour mettre en œuvre le modèle de financement des activités de soins de suite et de réadaptation, il est apparu nécessaire d'apporter quelques ajustements concernant la montée en charge de la réforme de manière à garantir sa mise en œuvre dès 2017 dans les meilleures conditions. En particulier, la mesure prévoit la mise en place d'une année de transition (du 1<sup>er</sup> mars 2017 au 28 février 2018), combinant les modalités antérieures de financement et le dispositif prévu par la réforme et permettant ainsi de garantir une mise en œuvre progressive de la réforme.