

# ARTICLE 45 - Soins de suite et de réadaptation : intégration dans la réforme « hôpitaux de proximité » et adaptation du modèle de financement

## I. Présentation de la mesure

### 1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

La mesure proposée permet d'adapter un certain nombre de paramètres de la réforme du financement des établissements de SSR :

#### a) Concernant l'extension de la réforme des hôpitaux de proximité aux activités de soins de suite et de réadaptation remplissant un certain nombre de critères :

Les travaux techniques réalisés à la suite de l'adoption de l'article 78 de la LFSS pour 2016, corroborés par le rapport du comité du Dr Olivier Véran, ont mis en lumière la nécessité de prendre en considération les activités de soins de suite et de réadaptation remplissant une mission de proximité. Pour garantir la pérennité de ces structures, il est apparu nécessaire de leur assurer une place spécifique dans l'offre de soins et un mode de financement adapté.

#### b) Concernant les ajustements relatifs à la mise en œuvre du modèle de financement des activités de soins de suite et de réadaptation :

La concertation menée avec les acteurs concernés ainsi que les travaux techniques engagés pour préparer la mise en œuvre de la réforme ont montré la nécessité de prévoir des ajustements au modèle et à sa montée en charge à la fois pour garantir la soutenabilité de la réforme pour les établissements concernés mais également pour répondre aux difficultés techniques relatives à l'adaptation des systèmes d'information.

### 2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

#### a) Mesure proposée

#### **Concernant l'extension de la réforme des hôpitaux de proximité aux activités soins de suite et de réadaptation remplissant un certain nombre de critères propres :**

La mesure a pour objet d'étendre la réforme « hôpitaux de proximité » à l'activité de soins de suite et de réadaptation des établissements de santé dès lors qu'ils remplissent un certain nombre de critères définis par décret. L'objectif de la mesure est tout d'abord organisationnel, puisqu'il permet d'apporter une visibilité dans le positionnement de ces structures dans la gradation des soins ainsi que dans le cadre de la constitution des groupements hospitaliers de territoire. Elle permettra également d'assurer une garantie de financement aux activités de soins de suite et de réadaptation remplissant les critères définis lors des travaux techniques à venir.

Cette extension est prévue pour une entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> mars 2018, permettant de donner de la visibilité aux établissements de santé tout en conservant un délai indispensable à la poursuite des travaux notamment ceux portant sur la définition des critères propres à l'activité de soins de suite et de réadaptation.

#### **Concernant les ajustements relatifs à la mise en œuvre du modèle de financement SSR**

La mesure poursuit deux objectifs principaux dans le cadre de la mise en œuvre du modèle de financement des établissements de SSR dès 2017 :

- **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 :**

L'objectif est de proposer des modalités de mise en œuvre de la mesure en 2017 qui soient compatibles avec le calendrier d'adaptation des établissements de santé et des systèmes d'information de la CNAMTS. Elle a également vocation à limiter les effets revenus pour les établissements de santé. Cette année à faible impact pour les établissements de santé pourra être mise à profit pour simplifier les outils, notamment la classification médico économique sur laquelle se fonde les tarifs et ce, en se confrontant aux remontées des acteurs de terrain qui auront expérimenté ces outils.

La mesure se traduit ainsi par 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 des deux secteurs (c'est-à-dire la dotation globale pour les établissements sous dotation annuelle de financement et les forfaits journaliers pour les établissements financés dans le cadre de l'objectif quantifié national) avec le dispositif prévu par la réforme (à savoir une dotation modulée à l'activité).

Il convient de noter que, dès le 1er janvier 2017, l'ensemble du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation sera régulé à travers un objectif de dépenses SSR commun aux établissements de santé actuellement financés par dotation annuelle de financement et dans le cadre de l'objectif quantifié national.

o **Une montée en charge progressive des différents compartiments composant le modèle de financement**

Le compartiment missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, déjà mis en œuvre en 2016, entrera pleinement en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2017 selon les modalités prévues par l'article 78 de la LFSS pour 2016. De la même manière, conformément aux dispositions de la LFSS pour 2016, le forfait d'incitation financière à la qualité entrera en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Le financement du compartiment plateaux techniques spécialisés (PTS) sera mis en œuvre au 1<sup>er</sup> janvier 2017, par le biais d'une mission d'intérêt général. Afin de permettre un certain nombre d'adaptations techniques, le financement par le forfait annuel « plateaux techniques spécialisés », tel que prévu par l'article L. 162-23-9 du code de la sécurité sociale, s'appliquera à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018.

Les actes et consultations externes des établissements actuellement sous dotation annuelle de financement pourront être facturés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017. La mise en œuvre de cette facturation sera néanmoins progressive, sa montée en charge étant alignée sur le calendrier d'entrée en vigueur du modèle de financement des activités de SSR. En pratique, la facturation des actes et consultations externes sera affectée d'un coefficient dont la valeur sera définie par arrêté (par exemple, 25% pour l'année 2017).

Le compartiment molécules onéreuses entrera pleinement en vigueur à compter de 2018 afin de permettre la finalisation des travaux techniques nécessaires à sa mise en œuvre. Néanmoins, en 2017, l'effort engagé en 2016 pour accompagner les établissements sous dotation annuelle de financement consommateurs de molécules onéreuses sera poursuivi et amplifié afin de garantir un financement optimal de ces traitements dans l'attente de la mise en œuvre du compartiment. Par ailleurs, un certain nombre d'ajustements mis en lumière par les travaux techniques complémentaires qui ont suivi la LFSS pour 2016 permettront la mise en place du modèle dans des conditions optimales. Ces ajustements portent sur les points suivants :

**Le périmètre des tarifs :** la dotation modulée à l'activité est fondée sur une classification médico-économique à laquelle sont associés des tarifs, dont le périmètre doit être clarifié. Cette question ne concerne que les établissements sous OQN, qui emploient des praticiens salariés et des praticiens libéraux. La mesure propose la mise en place, pour ces établissements, d'une échelle excluant les honoraires médicaux ce qui permettra aux praticiens libéraux de facturer l'ensemble de leurs prestations directement à l'assurance maladie<sup>1</sup>.

**Les modalités de calcul de la participation du patient pour les établissements actuellement sous DAF seront fondées sur les tarifs journaliers de prestations (TJP) :** Les modalités de calcul de la participation du patient pour les établissements sous DAF sont désormais alignées sur les dispositions existantes pour le MCO. En conséquence, cette participation est assise sur les tarifs journaliers de prestations, de manière dérogatoire, jusqu'au 31 décembre 2019.

**L'application d'un coefficient de spécialisation dès le 1<sup>er</sup> mars 2017 :** ce coefficient, fortement réclamé par les acteurs, a vocation à prendre en compte la spécialisation des établissements, et notamment leurs scores de rééducation/réadaptation. Il sera prévu pour une période de cinq ans. A l'issue de ces cinq années, les charges liées à la spécialisation auront vocation à être captées par la classification.

**L'application d'un tarif de responsabilité :** ce tarif de responsabilité permettra de déterminer le régime de financement des établissements privés prévus au e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, qui ne sont pas conventionnés avec l'assurance maladie.

Enfin, les maisons d'enfants à caractère sanitaire mentionnées à l'article L. 2321-2 du code de la santé publique demeureront financées selon les modalités antérieures à la mesure. En effet, la spécificité de prise en charge des patients au sein de ces structures justifie le maintien d'un financement dérogatoire.

## b) Autres options possibles

L'unique option envisageable était de ne pas introduire de modifications en LFSS. Une telle option n'est pas souhaitable et aurait impliqué un certain nombre de difficultés :

- Les activités de SSR n'auraient pas pu bénéficier de la réforme des hôpitaux de proximité, jusqu'alors limitée aux activités de médecine ;
- L'année de transition permettant de combiner les anciennes et nouvelles modalités de financement des activités de soins de suite et de réadaptation n'aurait pas pu être mise en place, ce qui aurait impliqué des difficultés techniques d'adaptation des systèmes d'information pour la Caisse nationale des travailleurs salariés et des effets revenus potentiellement importants pour l'ensemble des établissements de santé ;
- Les ajustements du modèle n'auraient pas pu être intégrés, ce qui n'aurait pas permis de prendre en compte les conclusions des travaux techniques développés suite à la loi de financement de la sécurité sociale pour

<sup>1</sup> Quant aux praticiens salariés, c'est l'établissement qui pourra facturer en leurs noms les actes correspondant à leurs activités.

2016, notamment concernant le périmètre des tarifs des établissements actuellement financés dans le cadre de l'objectif quantifié national.

### 3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

L'inscription en LFSS se justifie par ses effets directs, en dépenses, sur l'équilibre des régimes d'assurance maladie, en application du 1° du C du V de l'article LO. 111-3 CSS.

## II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS, de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi.

## III. Aspects juridiques

### 1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

#### a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence de la France.

#### b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive... et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet. D'une manière générale, la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

### 2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

#### a) Possibilité de codification

La mesure modifie les articles suivants :

- Les articles L. 162-22-8-2, L. 162-23-4 et L. 174-1-1 de la sécurité sociale ;
- L'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique.

La mesure crée l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale, suite au changement d'emplacement et à la modification de l'article L. 162-22-8-2 du même code.

#### b) Abrogation de dispositions obsolètes

La mesure n'implique pas l'abrogation de dispositions obsolètes.

### c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	Applicable
Mayotte	Non applicable
Collectivités d'Outre mer	
Saint Martin et Saint Barthélemy	Non applicable
Saint Pierre et Miquelon	Applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non applicable

## IV. Evaluation des impacts

### 1. Impact financier global

La mise en place de la réforme du financement des établissements de soins de suite et réadaptation induit une charge supplémentaire en 2017. En effet, afin d'accompagner les établissements pour lesquels le rythme de transition proposé par la loi ne serait pas soutenable, des crédits seront prévus de manière ponctuelle au sein de l'ONDAM 2016, à hauteur de 5,7M€.

De surcroît, le nouveau modèle de financement des soins de suite et réadaptation, objet de la présente mesure, a vocation à constituer un levier en terme de réorganisation de l'offre de soins et de développement des prises en charge ambulatoires et devrait générer, à terme, des économies pour l'assurance maladie. Le montant de ces économies est néanmoins difficile à évaluer à ce stade.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017 P ou R	2018	2019	2020
		6			

### 2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

#### a) impacts économiques

La mise en place de la phase de montée en charge du modèle de financement des SSR en 2017, entraînera une évolution des comportements des établissements, qui seront financés, même sur une partie limitée, à l'activité.

Ils seront ainsi incités à développer leur activité en optimisant leurs capacités et en améliorant leurs durées de séjour. La réforme du financement de SSR à vocation à rationaliser les pratiques tout en assurant une allocation des crédits optimisée.

Plus spécifiquement, les établissements de SSR devraient améliorer leurs modalités de recueil d'activité. Cette amélioration du codage est par ailleurs indispensable dans le cadre de cette phase d'amorçage, et permettra ainsi d'ajuster les outils dans la perspective de la mise en place du modèle cible.

#### b) impacts sociaux

Sans objet.

- **Impact sur les jeunes**

Sans objet.

- **Impact sur les personnes en situation de handicap**

Sans objet.

- **impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes**

Sans objet.

**c) impacts sur l'environnement**

Sans objet.

### **3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés**

**a) impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives**

La mesure est sans impact sur les assurés et les redevables.

**b) impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)**

La mesure permettra aux caisses de sécurité sociale de disposer d'un délai pour adapter leurs systèmes d'information dans le cadre de la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation.

**c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.**

La mesure est sans impact sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

## **V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation**

**a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.**

Un certain nombre de textes d'application devront être pris pour mettre en œuvre la réforme du financement des établissements de SSR.

Ces textes avaient déjà été prévus dans le cadre de la LFSS pour 2016, mais devront faire l'objet de quelques adaptations suite aux modifications prévues par la proposition de mesure.

**b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.**

La mesure prévoit plusieurs dispositions transitoires :

- La mise en place d'une année de transition du 1er mars 2017 au 1er mars 2018, combinant les modalités antérieures de financement et le dispositif prévu par la réforme ;
- La mise en place progressive des compartiments du modèle de financement;
- L'application dérogatoire d'un financement fondé sur le tarif journalier de prestations pour les établissements actuellement financés sous dotation annuelle de financement.

**c) Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Sans objet.

**d) Suivi de la mise en œuvre**

Il n'existe pas de suivi spécifique de la mesure.

## Annexe : version consolidée des articles modifiés

<p><b>Article L. 162-22-8-2 actuel du code de la sécurité sociale</b></p>	
<p><i>Par dérogation à l'article L. 162-22-6 du présent code, les activités de médecine 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 tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du présent code et d'une dotation forfaitaire, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.</i></p>	
<p><b>Article L. 162-23-4 actuel du code de la sécurité sociale</b></p>	<p><b>Article L. 162-23-4 modifié du code de la sécurité sociale</b></p>
<p>Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-23 :</p> <p>1° Le niveau des fractions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 162-23-3 ;</p> <p>2° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements. Ces tarifs sont calculés en fonction de l'objectif défini à l'article L. 162-23 ;</p> <p>3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux mentionnés au 2° du présent article et au forfait prévu à l'article L. 162-23-7 des établissements implantés dans certaines zones, afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ;</p> <p>4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ;</p> <p>5° Le coefficient mentionné au II de l'article L. 162-23-6 ;</p> <p>6° Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-23-7.</p> <p>Sont applicables au 1er mars de l'année en cours les éléments mentionnés aux 1° à 3°.</p> <p>Sont applicables au 1er janvier de l'année en cours les éléments mentionnés aux 4° à 6°.</p>	<p><b>I.-</b> Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-23 :</p> <p>1° Le niveau des fractions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 162-23-3 ;</p> <p>2° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, <b>notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical</b>. Ces tarifs sont calculés en fonction de l'objectif défini à l'article L. 162-23 ;</p> <p>3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux mentionnés au 2° du présent article et au forfait prévu à l'article L. 162-23-7 des établissements implantés dans certaines zones, afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ;</p> <p>4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ;</p> <p>5° Le coefficient mentionné au II de l'article L. 162-23-6 ;</p> <p>6° Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-23-7.</p> <p>Sont applicables au 1er mars de l'année en cours les éléments mentionnés aux 1° à 3°.</p> <p>Sont applicables au 1er janvier de l'année en cours les éléments mentionnés aux 4° à 6°.</p> <p><b>II.- Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les</b></p>

	<b>établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 sont fixés par l'Etat.</b>
	<b>Nouvel article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale</b>
	<b>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.</b>
<b>Article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale actuel</b>	<b>Article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale modifié</b>
<p>Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie constitué des activités suivantes :</p> <p>1° Les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 exercées par les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 ;</p> <p>2° L'ensemble des activités des établissements mentionnés à l'article L. 162-22-16 ;</p> <p>3° Les activités mentionnées au 3° de l'article L. 162-22 ;</p> <p>4° Les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 dispensées par le service de santé des armées et l'ensemble des activités de soins de l'Institution nationale des invalides ;</p> <p>5° Les activités de soins dispensés par l'établissement public territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon ;</p> <p>6° Les activités de soins dispensés par l'établissement public de santé de Mayotte ;</p> <p>7° Les activités de soins dispensés par un hôpital établi dans un autre Etat à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application d'un accord conclu entre la France et l'Etat concerné.</p> <p>Cet objectif est constitué du montant total des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre du 7° du présent article et des dotations annuelles de financement fixées en application des articles L. 162-22-16, L. 174-1, L. 174-5 et L. 174-15 et de celles fixées en application des articles L. 6147-5 et L. 6416-1 du</p>	<p>Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie constitué des activités suivantes :</p> <p>1° Les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 exercées par les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 ;</p> <p>2° L'ensemble des activités des établissements mentionnés à l'article L. 162-22-16 ;</p> <p>3° Les activités mentionnées au 3° de l'article L. 162-22 ;</p> <p>4° Les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 dispensées par le service de santé des armées et l'ensemble des activités de soins de l'Institution nationale des invalides ;</p> <p>5° Les activités de soins dispensés par l'établissement public territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon ;</p> <p>6° Les activités de soins dispensés par l'établissement public de santé de Mayotte ;</p> <p>7° Les activités de soins dispensés par un hôpital établi dans un autre Etat à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application d'un accord conclu entre la France et l'Etat concerné ;</p> <p><b>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.</b></p> <p>Cet objectif est constitué du montant total des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre du 7° du présent article et des dotations annuelles de financement fixées en application des articles L. 162-22-16, L. 174-1, L. 174-5 et L. 174-15 et de celles fixées en application des articles L. 6147-5 et L. 6416-1 du code de la santé publique.</p>

<p>code de la santé publique.</p> <p>Le montant de cet objectif est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Il distingue la part afférente à chacune des activités mentionnées au 1°. Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.</p> <p>Le montant de cet objectif est constitué en dotations régionales. Certaines des dépenses incluses dans l'objectif mentionné au premier alinéa peuvent ne pas être incluses dans ces dotations régionales. Le montant des dotations régionales, qui présente un caractère limitatif, est fixé par l'Etat en tenant compte de l'activité des établissements, des orientations des schémas d'organisation des soins et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire.</p>	<p>Le montant de cet objectif est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Il distingue la part afférente à chacune des activités mentionnées au 1°. Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.</p> <p>Le montant de cet objectif est constitué en dotations régionales. Certaines des dépenses incluses dans l'objectif mentionné au premier alinéa peuvent ne pas être incluses dans ces dotations régionales. Le montant des dotations régionales, qui présente un caractère limitatif, est fixé par l'Etat en tenant compte de l'activité des établissements, des orientations des schémas d'organisation des soins et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire.</p>
<p><b>Article L. 6111-3-1 du code de la santé publique actuel</b></p>	<p><b>Article L. 6111-3-1 du code de la santé publique modifié</b></p>
<p>I.-Les hôpitaux de proximité sont des établissements de santé publics ou privés qui contribuent, par des coopérations avec les structures et professionnels de médecine ambulatoire et avec les établissements et services médico-sociaux, à l'offre de soins de premier recours dans les territoires qu'ils desservent. Ils permettent aux patients qui s'adressent à eux d'accéder à des consultations spécialisées, dans le cadre des coopérations qu'ils développent, et assurent, en cas de nécessité, l'orientation des patients vers des structures dispensant des soins de second recours.</p> <p>II.-Les hôpitaux de proximité exercent une activité de médecine. Ils n'exercent pas d'activité de chirurgie ou d'obstétrique.</p> <p>Le volume de leur activité de médecine n'excède pas un seuil défini dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>III.-Pour chaque région, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, sur proposition du directeur de l'agence régionale de santé, la liste des hôpitaux de proximité au regard des besoins de la population et de l'offre de soins dans la région.</p> <p>IV.-Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article, notamment les modalités de révision de la liste mentionnée au III.</p>	<p>I.-Les hôpitaux de proximité sont des établissements de santé publics ou privés qui contribuent, par des coopérations avec les structures et professionnels de médecine ambulatoire et avec les établissements et services médico-sociaux, à l'offre de soins de premier recours dans les territoires qu'ils desservent. Ils permettent aux patients qui s'adressent à eux d'accéder à des consultations spécialisées, dans le cadre des coopérations qu'ils développent, et assurent, en cas de nécessité, l'orientation des patients vers des structures dispensant des soins de second recours.</p> <p>II.-Les hôpitaux de proximité exercent une activité de médecine <b>ou de soins de suite et de réadaptation</b>. Ils n'exercent pas d'activité de chirurgie ou d'obstétrique.</p> <p>Le volume de leur activité de médecine <del>n'excède pas un seuil défini</del> <b>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</b>, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>III.-Pour chaque région, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, sur proposition du directeur de l'agence régionale de santé, la liste des hôpitaux de proximité au regard des besoins de la population et de l'offre de soins dans la région. <b>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.</b></p> <p>IV.-Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article.</p>



<p align="center"><b>Article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 actuel</b></p>	<p align="center"><b>Article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 modifié</b></p>
<p>III.-Le présent article est applicable à compter du 1er janvier 2017, sous réserve des dispositions suivantes.</p> <p>A.-Par dérogation à l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au plus tard jusqu'au 1er mars 2022, le niveau des fractions mentionnées au 1° du même article peut être différencié entre les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code, d'une part, et les établissements mentionnés aux d et e du même article, d'autre part.</p> <p>B.-Par dérogation aux articles L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au plus tard jusqu'au 1er mars 2022, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du même code sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 dudit code, dans les conditions définies aux articles L. 162-23-2 et L. 162-23-3 du même code, affectés d'un coefficient de transition, déduction faite, le cas échéant, de la participation de l'assuré.</p> <p>Le coefficient de transition mentionné au premier alinéa du présent B est calculé, pour chaque établissement, afin de prendre en compte les conséquences sur les recettes d'assurance maladie de celui-ci des modalités de financement définies aux articles L. 162-23-2, L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale par rapport à celles préexistantes. Le coefficient ainsi calculé prend effet à compter du 1er mars 2017 et s'applique jusqu'au 28 février 2022 au plus tard. Le coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er mars 2022.</p> <p>Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent le taux moyen régional de convergence des coefficients de transition des établissements de santé.</p> <p>L'Etat fixe les règles générales de modulation du taux moyen régional de convergence entre les établissements de la région. Le taux moyen de convergence des coefficients de transition des établissements pour lesquels la valeur du coefficient est inférieure à 1 peut excéder le taux moyen régional de convergence à la condition que la masse financière supplémentaire résultant de ce dépassement soit prélevée sur les établissements pour lesquels la valeur du coefficient de transition est supérieure à 1. Ce prélèvement résulte de l'application d'un taux de convergence pour ces établissements supérieur au taux moyen régional. La valeur du coefficient de transition de chaque établissement est fixée par le directeur général de l'agence régionale de santé et prend effet à la date d'entrée en vigueur des tarifs de prestation mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code. Le coefficient de transition de chaque établissement doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er mars 2022.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent B.</p>	<p>III.-Le présent article est applicable à compter du 1er janvier 2017, sous réserve des dispositions suivantes.</p> <p>A.-Par dérogation à l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, <b>à compter du 1er mars 2018</b> et au plus tard jusqu'au 1er mars 2022, le niveau des fractions mentionnées au 1° du même article peut être différencié entre les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code, d'une part, et les établissements mentionnés aux d et e du même article, d'autre part.</p> <p>B.-Par dérogation aux articles L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, <b>à compter du 1er mars 2018</b> et au plus tard jusqu'au 1er mars 2022, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du même code sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 dudit code, dans les conditions définies aux articles L. 162-23-2 et L. 162-23-3 du même code affectés d'un coefficient de transition, déduction faite, le cas échéant, de la participation de l'assuré.</p> <p>Le coefficient de transition mentionné au premier alinéa du présent B est calculé, pour chaque établissement, afin de prendre en compte les conséquences sur les recettes d'assurance maladie de celui-ci des modalités de financement définies aux articles L. 162-23-2, L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale par rapport à celles préexistantes. Le coefficient ainsi calculé prend effet à compter du 1er mars <del>2017</del><b>2018</b> et s'applique jusqu'au 28 février 2022 au plus tard. Le coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er mars 2022.</p> <p>Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent le taux moyen régional de convergence des coefficients de transition des établissements de santé.</p> <p>L'Etat fixe les règles générales de modulation du taux moyen régional de convergence entre les établissements de la région. Le taux moyen de convergence des coefficients de transition des établissements pour lesquels la valeur du coefficient est inférieure à 1 peut excéder le taux moyen régional de convergence à la condition que la masse financière supplémentaire résultant de ce dépassement soit prélevée sur les établissements pour lesquels la valeur du coefficient de transition est supérieure à 1. Ce prélèvement résulte de l'application d'un taux de convergence pour ces établissements supérieur au taux moyen régional. La valeur du coefficient de transition de chaque établissement est fixée par le directeur général de l'agence régionale de santé et prend effet à la date d'entrée en vigueur des tarifs de prestation mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code. Le coefficient de transition de chaque établissement doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er mars 2022.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent B.</p>

C.-Par dérogation à l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-23-6 du même code ne sont pas facturés à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 dudit code. Les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code transmettent à échéances régulières à l'agence régionale de santé, pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 dudit code, leurs données d'activité, y compris celles relatives aux consultations externes. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnées au présent alinéa.

Les 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, d'une part, de l'activité par application des tarifs des prestations fixés en application de l'article L. 162-23-4 dudit code dans les conditions prévues au B du présent III et, d'autre part, de la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnées au premier alinéa du présent C. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice de l'article L. 162-23-13 du même code, 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.

La dérogation prévue au présent C prend fin au plus tard le 1er mars 2020 selon des modalités calendaires, précisées par décret, qui peuvent être différentes en fonction de la catégorie des établissements et selon qu'il s'agit, d'une part, d'actes et de consultations externes ou, d'autre part, de prestations d'hospitalisation et de spécialités pharmaceutiques, mentionnées à l'article L. 162-23-6 dudit code.

C.-Par dérogation à l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-23-6 du même code ne sont pas facturés à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 dudit code. Les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code transmettent à échéances régulières à l'agence régionale de santé, pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 dudit code, leurs données d'activité, y compris celles relatives aux consultations externes. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnées au présent alinéa.

Les 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, d'une part, de l'activité par application des tarifs des prestations fixés en application de l'article L. 162-23-4 dudit code dans les conditions prévues au B du présent III et, d'autre part, de la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnées au premier alinéa du présent C. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice de l'article L. 162-23-13 du même code, 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.

La dérogation prévue au présent C prend fin au plus tard le 1er mars 2020 selon des modalités calendaires, précisées par décret, qui peuvent être différentes en fonction de la catégorie des établissements et selon qu'il s'agit, d'une part, d'actes et de consultations externes ou, d'autre part, de prestations d'hospitalisation et de spécialités pharmaceutiques, mentionnées à l'article L. 162-23-6 dudit code.

**D. A compter du 1er mars 2017 et au plus tard jusqu'au 1er 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 1er mars 2022.**

**Les modalités de détermination sont définies par décret en Conseil d'Etat.**

**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 1er 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 1er 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 les 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 1er 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**

	<p><b>molécules onéreuses, applicable à compter du 1er mars 2018 ;</b></p> <p><b>b) Le financement complémentaire, mentionné au b du même article, prenant en charge les plateaux techniques spécialisés, applicable à compter du 1er janvier 2018 ;</b></p> <p><b>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 1er 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.</b></p> <p><b>5° Du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2017, l'objectif de dépenses prévu à l'article L. 162-23 est constitué :</b></p> <p><b>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 1er janvier 2017 au 28 février 2017 ;</b></p> <p><b>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 1er mars 2017 au 31 décembre 2017 ;</b></p> <p><b>6° Du 1er 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 :</b></p> <p><b>a) Pour la période du 1er 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 5° du présent E ;</b></p> <p><b>b) Pour la période du 1er 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.</b></p> <p><b>F.- Par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, du 1er 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.</b></p> <p><b>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.</b></p> <p><b>Ces établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.</b></p>
--	---

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'Etat.

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

<p>IV.-Du 1er janvier au 31 décembre 2016, par dérogation aux articles L. 162-22-2 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, une part du montant des objectifs mentionnés aux mêmes articles est affectée, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à la constitution d'une dotation. Cette dotation participe au financement des missions d'intérêt général exercées par les établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 du même code dans le cadre de leurs activités de soins de suite et de réadaptation.</p> <p>Les engagements des établissements de santé sont inscrits au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique.</p> <p>Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent :</p> <p>1° La liste des missions financées par cette dotation ainsi que les critères d'attribution aux établissements ;</p> <p>2° Le montant des dotations régionales, en fonction du montant mentionné au premier alinéa du présent IV et après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé. Le montant annuel de la dotation de chaque établissement est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé en fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques et des objectifs et orientations prévus dans le cadre de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement. Ces dotations sont versées aux établissements, dans des conditions fixées par décret, par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18 du code de la sécurité sociale.</p> <p>V.-Du 1er janvier 2016 au 28 février 2017, un montant afférent aux dépenses relatives à la consommation de molécules onéreuses est identifié au sein de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale allouée aux établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code, au titre de leurs activités de soins de suite et de réadaptation.</p>	<p><b>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'Etat 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.</b></p> <p>IV.-Du 1er janvier au 31 décembre 2016, par dérogation aux articles L. 162-22-2 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, une part du montant des objectifs mentionnés aux mêmes articles est affectée, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à la constitution d'une dotation. Cette dotation participe au financement des missions d'intérêt général exercées par les établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 du même code dans le cadre de leurs activités de soins de suite et de réadaptation.</p> <p>Les engagements des établissements de santé sont inscrits au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique.</p> <p>Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent :</p> <p>1° La liste des missions financées par cette dotation ainsi que les critères d'attribution aux établissements ;</p> <p>2° Le montant des dotations régionales, en fonction du montant mentionné au premier alinéa du présent IV et après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé. Le montant annuel de la dotation de chaque établissement est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé en fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques et des objectifs et orientations prévus dans le cadre de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement. Ces dotations sont versées aux établissements, dans des conditions fixées par décret, par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18 du code de la sécurité sociale.</p> <p>V.-Du 1er janvier 2016 au 28 février <del>2017</del> <b>2018</b>, un montant afférent aux dépenses relatives à la consommation de molécules onéreuses est identifié au sein de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale allouée aux établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code, au titre de leurs activités de soins de suite et de réadaptation.</p> <p><b>VI.- Du 1er 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.</b></p>
--	--