

L'adaptation des règles de financement des établissements de santé : les nouveautés du décret du 27 février 2017

Par Malik ALBERT, Directeur d'établissement de santé privé, Groupe Saint George, Nice ; Enseignant à l'Université de Nice

Le [décret n° 2017 -247 du 27 février 2017](#), pris en application de [l'article 79 de la loi de financement de la sécurité sociale \(LFSS\) pour 2017](#), modifie les règles de financements des établissements de santé en introduisant **trois dispositions principales** :

- En premier lieu, il crée une **nouvelle catégorie de prestations d'hospitalisation – le forfait de prestation intermédiaire - pour financer les consultations pluridisciplinaires** dont les coûts étaient jusqu'à présents mal couverts par le régime actuel de facturation des actes externes, sans toutefois relever d'une hospitalisation de jour.
Cette prestation intermédiaire est **en 2017 limitée à 5 pathologies** : le diabète type I et II, le diabète gestationnel, la Polyarthrite rhumatoïde évolutive, la Spondylarthrite grave, et l'Insuffisance cardiaque grave.
Pour être facturable, ce nouveau forfait nécessite, outre l'intervention de plusieurs professionnels médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs, la **réalisation d'une synthèse médicale de la prise en charge**.
- En second lieu, **le décret réforme le mode de facturation des médicaments de la réserve hospitalière**, qui ne pouvaient jusqu'à présent être administrés que dans le cadre d'un séjour hospitalier, alors que certains ne nécessitent pas une hospitalisation. **Ces médicaments de la réserve hospitalière, qui incluent notamment les molécules onéreuses de la liste en sus, pourront désormais être administrés en "environnement hospitalier" sans hospitalisation, sauf si leur autorisation de mise sur le marché (AMM) prévoit par mention expresse le contraire.**
- Enfin, le décret introduit une **référence à la nouvelle dotation complémentaire allouée au titre des soins critiques (réanimation, soins intensifs et surveillance continue)**, en application de la LFSS 2017 qui crée une part forfaitaire dans le modèle de financement des soins critiques afin de couvrir les charges de structure, en plus de la part liée à l'activité. Selon le calendrier annoncé par la direction générale de l'offre de soins (DGOS), la réforme du financement des soins critiques doit faire l'objet d'une concertation en 2017, avant une mise en application sur la campagne tarifaire 2018.