

Les lois de financement de la sécurité sociale en France : aspects historiques et législatifs

Synthèse documentaire

Janvier 2023

Centre de documentation de l'Irdes

Marie-Odile Safon

Synthèses & Bibliographies

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté
www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

SOMMAIRE

Origine des Lois de financement de la Sécurité sociale	3
Définition.....	3
Loi de financement de la Sécurité sociale 1997	4
Loi de financement de la Sécurité sociale 1998	4
Loi de financement de la Sécurité sociale 1999	4
Loi de financement de la Sécurité sociale 2000	7
Loi de financement de la Sécurité sociale 2001	10
Loi de financement de la Sécurité sociale 2002	12
Loi de financement de la Sécurité sociale 2003	13
Loi de financement de la Sécurité sociale 2004	18
Loi de financement de la Sécurité sociale 2005	22
Loi organique relative aux lois de financement de la Sécurité sociale 2005	26
Loi de financement de la Sécurité sociale 2006	27
Loi de financement de la Sécurité sociale 2007	31
Loi de financement de la Sécurité sociale 2008	32
Loi de financement de la Sécurité sociale 2009	36
Loi de Financement de la Sécurité sociale 2010	37
Loi de financement de la Sécurité sociale 2011	40
Loi de financement de la Sécurité sociale 2012	43
Loi de financement Sécurité sociale 2013	56
Loi de financement Sécurité sociale 2014	61
Loi de financement de la sécurité sociale rectificative pour 2014	69
Loi de financement de la sécurité sociale pour 2015	69
Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016.....	76
Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017.....	87
Loi de financement pour la Sécurité sociale 2018	96
Loi de financement pour la Sécurité sociale 2019	108
Loi de financement de la Sécurité sociale 2020.....	121
Loi de financement de la Sécurité sociale 2021.....	136
Lois organiques 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale	155
Loi de financement de la Sécurité sociale 2022	156
Loi de financement de la Sécurité sociale 2023	178
Bibliographie	196
Ressources électroniques.....	198

Origine des Lois de financement de la Sécurité sociale

Les Lois de financement de la Sécurité sociale ont été instituées suite au Plan Juppé relatif à l'assurance maladie de novembre 1995.

- [Loi n° 96-138 constitutionnelle du 22 février 1996](#) permettant au Parlement de voter chaque année une Loi de financement de la Sécurité sociale (JO du 23 février 1996).
- [Loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996](#) relative aux lois de financement de la Sécurité sociale (JO du 23 juillet 1996) : ce texte précise les modalités de la révision constitutionnelle du 22 février 1996, qui, conformément au plan Juppé, confie au Parlement le vote chaque année d'une Loi de financement de la Sécurité sociale. Le premier Projet de loi de financement doit être déposé au Parlement vers le 15 octobre.
- [Décision n° 96-379 DC](#) du Conseil constitutionnel du 16 juillet 1996 relative à la loi organique relative aux Lois de financement de la Sécurité sociale (JO du 23 juillet 1996).
- [Loi de Finances pour 1997 n° 96-1181 du 30 décembre 1996](#) (JO du 31 décembre 1996) et [rectificatif](#). Cette loi est applicable dès le 1^{er} janvier 1997. Elle se décompose essentiellement en trois parties : la description de l'équilibre financier pour l'année 1997, les orientations du gouvernement en matière de protection sociale et les dispositions financières.

Définition

- La Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) est une catégorie de loi créée par la révision de la Constitution du 22 février 1996. Son objectif principal est la maîtrise des dépenses sociales et de santé. Elle détermine les conditions nécessaires à l'équilibre financier de la Sécurité sociale et fixe les objectifs de dépenses en fonction des prévisions de recettes.
- La LFSS est votée par le Parlement tous les ans, à l'automne, en même temps que la loi de finances déterminant le budget de l'État. Elle doit être déposée sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le 15 octobre et doit être adoptée dans les 50 jours. Elle peut aussi être modifiée en cours d'année par une LFSS rectificative.
- La réforme constitutionnelle de 1996 a donné au Parlement un droit de regard sur l'équilibre financier de la Sécurité sociale. Il peut dorénavant se prononcer sur les grandes orientations des politiques de santé et de Sécurité sociale, et sur leurs modes de financement. La croissance des dépenses sociales et la généralisation de la protection sociale à l'ensemble des résidents, et non plus limitée aux salariés, ont rendu cette réforme nécessaire. Mais ce contrôle reste limité. Le Parlement n'a pas le pouvoir de fixer lui-même les recettes de la Sécurité sociale. La LFSS n'autorise pas la perception des recettes, elle ne fait que les prévoir. De même, les objectifs de dépenses, votés par le Parlement, évaluent les dépenses mais ne les limitent pas.
- La loi organique du 2 août 2005 réforme les LFSS. Elle en modifie la présentation en la rapprochant de celle des lois de finances, élargit les pouvoirs du Parlement, notamment en élargissant le champ des LFSS, inscrit les prévisions dans un cadre pluriannuel et introduit une démarche « objectifs-résultats », sur le modèle des lois de finances.
- Deux propositions de loi organique,¹ relatives d'une part à la modernisation de la gestion des finances publiques, et d'autre part aux LFSS, ont été soumises à l'examen d'une commission spéciale "LOLF - LFSS" de l'Assemblée nationale en mai 2021. Ces deux propositions de loi ont été votées en première lecture à l'Assemblée nationale et au Sénat respectivement en juillet et septembre 2021. La procédure législative n'est pas encore arrivée à son terme.

¹ [Note sur les propositions de lois de l'Assemblée nationale et du Sénat relative aux lois de financement de la sécurité sociale.](#)
Juillet 2021

Loi de financement de la Sécurité sociale 1997

[Loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996](#), JO du 29 décembre 1996

- Elle prévoit la hausse de la CSG de un point au 1^{er} janvier 1997 en substitution d'une partie de la cotisation salariale d'Assurance maladie (réduite de 1,3 point) et de son équivalent pour les non-salariés et les titulaires de revenus de remplacement ;
- L'élargissement de l'assiette de la CSG à la plupart des revenus de remplacement, ainsi qu'au produit des jeux ;
- La majoration des prélèvements sur les tabacs et sur certains alcools (bière et premix) ;
- Un versement de régularisation de situation de 3,5 milliards de francs d'EDF/GDF à son Urssaf de rattachement.

Loi de financement de la Sécurité sociale 1998

[Loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997](#), et [rectificatif](#), JO du 23 décembre 1997 et 24 janvier 1998

- Elle achève la restructuration du financement de l'Assurance maladie commencée le 1^{er} janvier 1997 consistant en la substitution au 1^{er} janvier 1998 de points de CSG à des points de cotisations salariales d'assurance maladie ou à leur équivalent. Le taux de la CSG d'élève dorénavant à 5,25 % tandis que la cotisation salariale est réduite à 0,75 % (ce qui correspond à peu près au financement des indemnités journalières), que la cotisation des non-salariés est diminuée de 4,45 points et celle sur les revenus de remplacement disparaît, à l'exception de celle portant sur les retraites complémentaires maintenue au taux de 1 %.
- Cette mesure génère un gain de pouvoir d'achat pour les salariés de 1,1 % et des rentrées de recettes supplémentaires pour le régime général dû au différentiel d'assiette des deux prélèvements (3,5 milliards de francs). La CSG devient alors le premier des impôts sur le revenu des ménages.
- Les missions de la Cades sont étendues au refinancement de la dette cumulée par le Régime général depuis le 1^{er} janvier 1996. Sa durée de vie est prolongée pour cinq ans de janvier 2009 à janvier 2014. Les lois de finances 2011 et 2012 introduiront d'autres modifications relatives aux versements.

Loi de financement de la Sécurité sociale 1999

[Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998](#), [Décision du Conseil constitutionnel n° 98-404 DC du 18 décembre 1998](#), JO du 27 décembre 1998 et Circulaire DSS/4B/4C/98/769 du 28 décembre 1998

[Extrait de : Liaisons sociales, n° 7958 , 15 janvier 1999]

Adoptée définitivement le 4 décembre 1998 par l'Assemblée nationale, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 1999 a fait l'objet d'un recours devant le Conseil constitutionnel qui l'a amputé de deux articles visant à maîtriser les dépenses médicales. Ainsi, les articles 26 et 27 de la loi qui instauraient un mécanisme de régulation des dépenses des médecins libéraux ont été déclarés non conformes à la Constitution, le principe d'égalité entre médecins ayant été méconnu. En ne prenant pas en compte le comportement individuel des médecins en matière d'honoraires et de prescription, le Conseil constitutionnel a considéré que le législateur n'avait pas fondé son appréciation sur des critères objectifs et rationnels en rapport avec l'objectif de modération des dépenses médicales. De son côté, le Conseil d'État avait qualifié d'illégales, en juillet dernier, les clauses de la convention médicale relatives au mécanisme de reversement en tant qu'elles retenaient, en partie, les comportements individuels. Suite à la décision du Conseil constitutionnel, la ministre de la Solidarité a saisi le Conseil d'État pour qu'il «indique quel système de régulation des dépenses lui apparaît comme juridiquement valable». Ce dispositif invalidé devait contribuer au retour à l'équilibre du Régime général de la Sécurité sociale pour 1999 qui se trouve ainsi menacé alors

que le gouvernement s'est engagé à examiner, cette année, le dossier de la réforme des retraites, le projet de couverture maladie universelle et la réforme des cotisations patronales.

► **Champ de la négociation conventionnelle avec les médecins**

L'article 22 permet de faire entrer dans le champ de la négociation conventionnelle avec les médecins :

- la définition des nouvelles formes d'organisation de la médecine libérale ;
- la rémunération, autrement qu'à l'acte, des activités de soins et la rémunération des activités non prescriptives.

Le Conseil d'État statuant au contentieux a, par une décision du 3 juillet 1998 (*CE, Syndicat des médecins de l'Ain et autres*), annulé l'arrêté du 28 mars 1997 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes.

Le Conseil a notamment considéré que le champ de la négociation conventionnelle défini à l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale ne s'étendait pas de manière explicite à la promotion de formes nouvelles d'exercice de la médecine libérale (filiales de soins). Les dispositions de la convention médicale de mars 1997 prévoyant que le patient peut choisir un médecin « référent » qui assurera le suivi de son dossier médical ont donc été jugées illégales. L'article L. 162-5 modifié permet désormais aux parties conventionnelles de définir notamment :

- les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires aux médecins (tiers-payant) ;
- les conditions de promotion des actions d'évaluation des pratiques professionnelles individuelles ou collectives ;
- les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins par un médecin généraliste choisi par le patient et les modalités de paiement y afférentes. Cette possibilité est d'ores et déjà utilisée par les caisses nationales d'assurance maladie et le syndicat MG France qui ont remis en place l'option conventionnelle dite « médecin référent » dans le cadre de la convention médicale des généralistes agréée le 4 décembre 1998 ;
- les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre des réseaux de soins ;
- les modes de rémunération autrement qu'à l'acte des activités de soins et de rémunération des activités non prescriptives liées notamment à la prévention, à l'éducation pour la santé, à la formation, à l'évaluation, aux études de santé publique, de veille sanitaire. Dans ce cadre, la loi autorise les partenaires conventionnels à déroger à un certain nombre de dispositions législatives mentionnées au II de l'article L. 162-31-1 (modalités de prise en charge et de paiement des soins par les patients). Les dispositions de l'article 22 de la loi sont applicables à compter du 10 juillet 1998, date d'entrée en vigueur du règlement minimal conventionnel qui est venu pallier l'absence de convention médicale dans l'attente de la signature d'une nouvelle convention.

► **Révision du système d'aide au départ des médecins**

Le mécanisme d'incitation à la cessation d'activité des médecins (Mica), instauré par l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988, est révisé. Le Mica est prolongé jusqu'au 31 décembre 2004 alors qu'il devait s'éteindre le 31 décembre 1999. En outre, le droit à l'allocation de remplacement sera modulé, à compter du 1er juillet 1999, selon la zone géographique, la qualification du généraliste ou du spécialiste et, pour les spécialistes, selon la spécialité. De même, les aides à la reconversion professionnelle des médecins, que les parties conventionnelles peuvent instituer, pourront être modulées en fonction des critères ci-dessus énumérés (*CSS, art. L. 162-5*).

► **Création d'un fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV)**

Afin d'apporter un soutien financier aux mutations de l'exercice professionnel en ville, la loi crée, au 1er janvier 1999, un « fonds d'aide à la qualité des soins de ville », pendant du fonds pour la modernisation des établissements de santé (créé par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 1998) et du fonds d'aide à l'adaptation des établissements hospitaliers (institué par la loi de Finances pour 1998). Créé pour cinq ans, au sein de la Cnam, en association avec les autres caisses nationales d'assurance maladie et auquel sont associés les professionnels de santé, ce fonds est doté en 1999 de 500 millions de F. Ce montant sera fixé chaque année par la loi de financement de la Sécurité sociale.

► **Elargissement des missions des URML**

Les sections des unions de médecins exerçant à titre libéral (Urmel), créées par la loi dite « Teulade » du 4 janvier 1993, voient leurs missions élargies à l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins, individuelles et

collectives et à la diffusion de méthodes et référentiels d'évaluation auprès des médecins. Par ailleurs, l'Anaes créée en 1996, compétente au plan de la qualité et de la sécurité des soins, voit son rôle renforcé en matière d'évaluation des soins et pratiques professionnelles.

► **Statistiques de l'Assurance maladie**

- Création du Sniiram : Un système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie (Sniiram) est créé afin que l'ensemble des régimes transmettent les données nécessaires à la Cnam qui gère les systèmes de comptabilité des dépenses d'Assurance maladie. Ce système permettra d'identifier les prestations imputables à chaque professionnel ou établissement de santé, selon leur nature et leur montant.

- Création d'un Conseil pour la transparence des statistiques de l'Assurance maladie : Afin de garantir la qualité du recueil et du traitement des données statistiques relatives aux dépenses de soins de ville, il est créé auprès des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale un Conseil pour la transparence des statistiques de l'Assurance maladie.

► **Obligation de délivrance de devis et de factures**

Les chirurgiens-dentistes et les médecins qui font appel à un fournisseur ou à un prestataire de services pour la réalisation d'un acte pris en charge par l'Assurance maladie ont désormais l'obligation de fournir au patient un devis avant que l'acte soit effectué puis une facture. Les professionnels de santé contrevenants pourront être sanctionnés.

► **Clause de sauvegarde pour l'industrie pharmaceutique**

Les conventions conclues avec le Comité économique du médicament ont pour but de rendre les dépenses de médicament compatibles avec l'objectif national de dépenses d'Assurance maladie (*art. 30 de la loi*). Pour les entreprises n'ayant pas conclu une telle convention, une clause de sauvegarde est instituée. Une contribution sera prélevée lorsque le chiffre d'affaires de l'ensemble de ces entreprises se sera accru d'un taux supérieur au taux de progression de l'Ondam au cours d'une année civile par rapport à l'année précédente. Cette clause s'appliquera pour la première fois à compter de l'exercice 1999.

► **Droit de substitution des pharmaciens**

Un droit de substitution entre spécialité prescrite et spécialité appartenant au même groupe générique est conféré aux pharmaciens. Toutefois, la substitution n'est possible que si le médecin ne l'a pas exclue expressément et qu'elle entraîne pour l'assurance maladie une économie. Un décret précisera les conditions d'application de ce dispositif.

► **Autres dispositions**

- Taux de cotisation maladie des agents des organismes internationaux (art. 3)
- Versement forfaitaire du FSV à la Cnav (art. 4)
- Frais de recouvrement de la CSG sur les revenus du patrimoine (art. 8)
- Suppression des droits de fabrication sur les produits alcooliques (art. 11)
- Taxation des boissons «premix» (art. 12)
- Répartition du produit de la C3S et de la CSG entre régimes de Sécurité sociale (art. 14)
- Lutte contre les maladies aux conséquences mortelles évitables (art. 20)
- Modalités d'intervention des médecins libéraux dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (art.34)
- Centres ambulatoires de soins en alcoologie (art. 35)
- Gestion des excédents de trésorerie (art. 45 et 46)

► **La décision du Conseil constitutionnel**

Saisi par plus de soixante députés et plus de soixante sénateurs, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 1999 a été déclarée conforme à la Constitution à l'exception de plusieurs de ses dispositions touchant la branche maladie. Le Conseil a, dans sa décision n° 98-404 DC du 18 décembre 1998, considéré que les articles 26 et 27, qui définissaient un nouveau régime de régulation des dépenses médicales en mettant une contribution à la charge des médecins conventionnés en cas de dépassement de l'objectif des dépenses médicales sans tenir compte du comportement individuel de ces derniers en matière d'honoraires et de prescription, étaient contraires à la Constitution en ce qu'ils provoquaient une rupture d'égalité entre praticiens. La loi n'avait pas, a estimé le Conseil, retenu un caractère d'assujettissement objectif et rationnel avec le but de maîtrise des dépenses qu'elle s'assignait. Pour sa part, le Conseil d'État avait, le 3 juillet 1998, conclu à l'illégalité de la convention médicale des médecins généralistes (CE, Ass, 3 juillet 1998, Syndicat des médecins de l'Ain et autres) au motif que l'ordonnance du 24 avril 1996 n'autorisait pas la dispense de l'obligation de reversement pour les praticiens d'une même zone géographique telle que fixée par les parties à la convention. A la suite de la décision du Conseil constitutionnel, la ministre de la Solidarité a décidé de saisir le Conseil d'État sur le fondement de l'article 23 de l'ordonnance du 31 juillet 1945 pour qu'il « indique quel système de régulation des dépenses lui apparaît comme juridiquement valable ».

Autres mesures censurées :

- l'article 10 qui comportait une mesure fiscale rétroactive touchant l'ensemble des laboratoires pharmaceutiques ;
- l'article 28-I qui prévoyait qu'un rapport sur l'état de santé bucco-dentaire de la population devait être annexé au projet de loi de financement de la Sécurité sociale ;
- l'article 32 relatif à l'autorisation administrative des établissements de santé ; – l'article 43 al. 2 prévoyant que le Parlement est informé de la répartition prévisionnelle de l'Ondam avant d'examiner le projet de loi de financement.

Loi de financement de la Sécurité sociale 2000

[Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999](#) et [Décision du Conseil constitutionnel n° 99-422 DC du 21 décembre 1999](#), JO du 30 décembre 1999

[Extrait de : Liaisons sociales, n° 8063, 31 janvier 2000]

Moins d'un mois après avoir validé la Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2000 et notamment son article 5 instituant un «Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de Sécurité sociale», le Conseil constitutionnel a, le 13 janvier 2000, amputé ce fonds de l'une de ses ressources : la «contribution » sur les quatre premières heures supplémentaires dans les entreprises n'étant pas passées aux 35 heures. Prévue initialement par la loi Aubry II, cette contribution devait rapporter 7 milliards de F en 2000 sur un total de près de 64 milliards de F prévus pour financer l'allègement de charges sociales lié aux 35 heures. Le financement des 35 heures a été au coeur des débats lors de l'examen du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2000. Les partenaires sociaux s'étaient, en effet, mobilisés contre l'utilisation des fonds des organismes gérant les régimes de protection sociale (régimes de base et complémentaires) et de l'assurance chômage (Unedic) pour financer le coût des 35 heures. Le débat ressurgit donc avec la décision du Conseil constitutionnel, alors que le recours à la contribution sur les heures supplémentaires avait été choisi pour pallier au refus des partenaires sociaux. En dehors de cette question, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2000 renforce notamment les outils visant à maîtriser les dépenses de soins de ville et améliore la prise en charge des accidents du travail successifs.

► **Justification médicale des arrêts de travail**

Est introduit, dans le Régime général, la mention obligatoire par le médecin des motifs médicaux (*CSS, art. L. 162-4-1*) justifiant la prescription :

– d'un arrêt de travail donnant lieu à l'octroi d'indemnités journalières (arrêt supérieur à trois jours). Ces règles s'appliquent également aux sages-femmes lorsqu'elles prescrivent des arrêts de travail dans le cadre de l'Assurance maladie ;

– d'un transport sanitaire en vue d'un remboursement. En ce qui concerne les arrêts de travail, la notion d'éléments d'ordre médical justifiant l'arrêt de travail ne devrait pas signifier que le médecin devra porter un diagnostic précis, les éléments devront simplement permettre au contrôle médical d'apprécier la réalité du motif justifiant un arrêt de travail. Pour les arrêts de travail inférieurs à trois jours, aucun motif ne devra figurer sur la feuille de soins. S'agissant des transports sanitaires, le médecin devra non seulement justifier du motif du transport mais également de ceux qui justifient le mode de transport prescrit. L'octroi des indemnités journalières maladie et du remboursement des frais de transport est donc subordonné au respect, par le médecin, de ces nouvelles règles (CSS, art. L. 321-1).

Le Conseil constitutionnel, dans sa décision DC n° 99-422 du 21 décembre 1999, a estimé que le respect de la vie privée se trouverait établi dès lors que seraient mises en oeuvre des modalités d'acheminement des documents entre médecins traitants et médecins-conseils de la Sécurité sociale de nature à assurer la stricte confidentialité de la transmission des informations qu'ils contiennent.

► **Contrôle des grands consommateurs de soins médicaux**

Dans des conditions qui seront fixées par décret, le service du contrôle médical pourra procéder à une évaluation de l'intérêt thérapeutique des soins dispensés à un patient compte tenu de l'importance des dépenses présentées au remboursement (CSS, art. L. 315-2-1). Ne sont toutefois pas concernés les patients atteints d'une affection de longue durée ou en situation d'interruption du travail (ou de soins continus) d'une durée supérieure à six mois. Le service du contrôle médical pourra convoquer l'intéressé en vue, le cas échéant, de définir, avec un médecin de son choix, « un plan de soins déterminant les soins et traitements appropriés ». La loi ne précise toutefois pas si ce plan a un caractère obligatoire ou non pour le patient et le praticien consulté.

Cette procédure est également étendue pour le régime des non-salariés non-agricoles et pour celui de la mutualité sociale agricole

► **Régularisation des soins de ville**

L'article 24 de la loi est au centre du dispositif de régularisation des dépenses de soins de ville. Long de plusieurs pages, il réécrit totalement une quarantaine d'articles du Code de la Sécurité sociale consacrés aux conventions conclues entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé afin de confier à la Cnamts la régularisation des honoraires des professionnels de santé, l'État ayant toutefois le dernier mot.

- *Redéfinition des conventions médicales*

L'article 24 (§ I à IV) généralise à l'ensemble des professions libérales la possibilité déjà offerte aux médecins de créer par voie conventionnelle des « conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins » (réseaux). Sont successivement concernés les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et auxiliaires médicaux (CSS, art. L. 162-9); les infirmiers (CSS, art. L. 162-12-2); les masseurs-kinésithérapeutes (CSS, art. L. 162-12-9) et les directeurs de laboratoires d'analyses médicales (CSS, art. L. 162-14). La référence aux tarifs d'honoraires ne figure plus parmi les éléments devant figurer dans la convention, cette fixation relevant désormais de l'annexe annuelle. L'article 24 (§ V et VI) introduit l'approbation tacite des conventions, annexes et avenants alors que jusqu'à présent l'approbation devait être formelle (CSS, art. L. 162-15). Les conventions, annexes et avenants sont désormais réputés approuvés si les ministres n'ont pas fait connaître aux caisses nationales d'assurance maladie, dans le délai de 45 jours à compter de la réception du texte, leur désaccord. Le gouvernement ne pourra s'opposer à leur approbation que si ces textes :

- ne sont pas conformes aux lois et règlements en vigueur ;
- sont incompatibles avec « le respect des objectifs de dépenses » ;
- font courir des risques « à la santé publique ou à un égal accès aux soins ».

Enfin, l'approbation pourra être partielle lorsque la non-conformité aux lois et règlements en vigueur de la convention, de l'avenant ou de l'annexe concerne seulement une ou plusieurs dispositions « divisibles ». Cette disposition reprend les termes de l'arrêt du Conseil d'État du 28 juillet 1999 (Syndicat des médecins libéraux et autres), lequel, jusqu'à cette date, selon une jurisprudence constante, annulait l'arrêté d'approbation de la convention dans son ensemble en cas d'illégalité, même partielle, de la convention (cf. *Bref social n° 12963 du 4 août 1999*). Les conventions, annexes et avenants approuvés demeurent publiés au *Journal officiel*.

L'article 24 (§ VII) procède au toilettage des dispositions concernant le règlement minimal conventionnel applicable aux seuls médecins en l'absence de convention. Le principe des reversements auxquels ils étaient en principe tenus de procéder en cas de dépassement de leur objectif est supprimé, car, de fait, jamais appliqué (CSS, art. L. 162-5-9). L'article 24 (§ VIII) autorise les partenaires conventionnels à plafonner les dépassements des médecins exerçant en secteur 2 (CSS, art. L. 162-5-13).

- L'objectif des dépenses déléguées

L'article 24 (§ X) introduit au sein de l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville, la notion d'objectif de « dépenses déléguées », l'assurance maladie étant responsable de son respect (CSS, art. L. 227-1). Cet objectif est fixé par l'avenant annuel à la convention d'objectifs et de gestion. Cet objectif comprend la rémunération des :

- soins dispensés en ville ;
- soins en cliniques tarifés à l'acte ;
- soins délivrés en secteur libéral à l'hôpital public ;
- frais de transport sanitaire.

L'assurance maladie ne serait responsable que des honoraires des médecins puisque la prescription des médicaments n'est pas retenue dans cet « objectif ».

L'article 24 (§ XII) fixe le nouveau mécanisme de régulation des soins de ville que l'assurance maladie devra faire respecter (CSS, art. L. 162-15-2 et L. 162-15-3). Ainsi, les caisses d'assurance maladie négocieront chaque année pour chacune des professions médicales et paramédicales une annexe à la convention qui fixe :

- l'objectif des dépenses remboursables ;
- les tarifs (lettres-clé) ;
- le cas échéant, les mesures de toute nature propre à garantir le respect de l'objectif de dépenses déléguées.

À défaut de conventions ou d'annexes, la Cnamts et au moins une autre caisse nationale signataire de la convention déterminent, pour la profession concernée, les éléments de l'annexe.

Les parties à chacune des conventions assurent le suivi des dépenses, au moins deux fois dans l'année : une première fois au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année et une seconde fois au vu de ceux des huit derniers mois. À défaut de convention, les caisses assurent ce suivi et consultent les syndicats représentatifs de la profession concernée. Lorsque l'évolution de ces dépenses n'est pas compatible avec le respect de l'objectif, les parties à chacune des conventions déterminent, par une annexe modificative :

- les mesures de toute nature propre à garantir son respect ;
- et, le cas échéant, les ajustements des tarifs (lettres-clé flottantes).

Là encore, à défaut d'accord entre les parties ou en l'absence de convention, la décision revient aux caisses d'assurance maladie. Mais, en cas de carence des caisses ou si les mesures proposées « ne sont manifestement pas de nature à permettre le respect de l'objectif des dépenses », le gouvernement se substituera aux caisses par arrêté.

- Les rapports d'équilibre de caisses nationales

Chaque année, un rapport d'équilibre sera établi par la Cnamts et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie. Il sera transmis au Parlement ainsi qu'au gouvernement dans un délai de 50 jours à compter de la publication de la loi de financement de la Sécurité sociale. Il devra comporter les éléments permettant d'apprécier la compatibilité des mesures prises avec l'objectif de dépenses déléguées. Les caisses seront également tenues de transmettre des rapports d'étape au plus tard les 15 juillet et 15 novembre. L'ensemble de ces rapports devront encore être approuvés par le gouvernement. En cas de refus d'approbation, la Cnam disposera d'un délai de 10 jours pour revoir le contenu des annexes et les présenter à nouveau. En cas de nouvelle opposition, un arrêté fixera les éléments des annexes annuelles et les tarifs liés aux ajustements.

- Convention des médecins spécialistes

L'article 24 (§ XIII) autorise les caisses d'assurance maladie, en l'absence de convention pour les médecins spécialistes, à conclure des accords partiels avec les représentants de telles spécialités ou groupes de spécialités et « au moins une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire des médecins spécialistes » (CSS, art. L. 162-15-4).

► Autres mesures

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-lois-de-financement-de-la-securite-sociale-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-lois-de-financement-de-la-securite-sociale-en-france.epub

- Le nouvel article L. 162-12-17 du Code de la Sécurité sociale introduit des contrats de « bon usage des soins ». Lesquels peuvent être conclus à l'échelon national par les parties signataires de la ou des conventions ou, régional, entre les unions régionales de caisses d'assurance maladie (Urcam) et les représentants désignés par le ou les syndicats signataires de la ou des conventions nationales. Ces accords nationaux et régionaux doivent être approuvés par le gouvernement, les accords régionaux devant préalablement être approuvés par la Cnamts. Ces accords doivent prévoir des « objectifs médicalisés d'évolution des pratiques » ainsi que les actions permettant de les atteindre et, à titre facultatif, fixer des objectifs quantifiés d'évolution de certaines dépenses et prévoir les conditions dans lesquelles les médecins conventionnés peuvent percevoir une partie du montant des économies réalisées. Enfin, la ou les conventions déterminent les conditions dans lesquelles les professionnels conventionnés peuvent adhérer individuellement à un contrat de bonne pratique (CSS, art. L. 162-12-18) étant précisé que le taux de prise en charge, par les caisses d'assurance maladie, des cotisations sociales dues par les médecins adhérents pourra être majoré par décret.
- Dans le cadre d'un contentieux relatif à l'article 12 de l'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 instituant trois prélèvements à la charge de l'industrie pharmaceutique, le Conseil d'État a annulé, par décision du 15 octobre 1999, le prélèvement institué par le III de cet article, conduisant à la restitution des sommes en cause (environ 1,2 milliard de F). Afin de neutraliser les conséquences financières pour la branche maladie de cette annulation, une contribution exceptionnelle est créée à la charge des entreprises pharmaceutiques (art. 30).
- Les conditions de prise en charge par l'Assurance maladie, des produits, fournitures et appareils autres que les médicaments sont révisées. En effet, la procédure du tarif interministériel des prestations sanitaires (TIPS) – qui organise la prise en charge en ville de ces dispositifs médicaux à usage individuel – est réformée (art. 32).
- Le dispositif de régulation des dépenses de l'hospitalisation privée (cliniques), introduit en 1991 et modifié en 1996, est à nouveau réformé. La responsabilité de la régularisation des dépenses est confiée à l'État et aux représentants des cliniques privées, les caisses d'assurance maladie étant désormais exclues du dispositif qui était précédemment tripartite (art. 33).
- Elle instaure aussi le Forec (Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de Sécurité sociale). Cet établissement public a pour mission de compenser pour le compte des régimes de base de Sécurité sociale les pertes de cotisations liées aux mesures d'allègement de charges pesant sur les bas salaires (exonération de cotisations d'allocations familiales et réduction Juppé en cours de disparition) et la réduction de temps de travail (allègement Robien et allègement Aubry I et Aubry II pour le financement des 35 heures – lois n° 98-461 du 13 juin 1998 et n° 200-37 du 19 janvier 2004)). Sa mise en place n'interviendra que fin 2001. Ce fonds sera supprimé par le PLFSS 2004.

Loi de financement de la Sécurité sociale 2001

[Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000](#) et [Décision du Conseil constitutionnel n° 2000-437](#) du 19 décembre 2000, JO du 24 décembre 2000.

[Extrait de : Liaisons sociales, n° 8143, 12 janvier 2001]

La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2001 a été amputée des neuf articles que le Conseil constitutionnel a censuré par sa décision n° 2000-437 DC du 19 décembre 2000. Parmi ces mesures annulées, figure celle qui était présentée comme la mesure phare de la LFSS, la réduction dégressive de CSG et de CRDS sur les revenus d'activité inférieurs à 1,4 smic. Le Conseil constitutionnel l'a censuré aux motifs qu'elle entraînait une « rupture caractérisée d'égalité devant l'impôt ». Le gouvernement devait arrêter à la mi-janvier un projet se substituant à ce dispositif, qui avait été présenté comme un geste en faveur des revenus modestes en contrepartie de la baisse programmée de l'impôt sur le revenu pour 2001, 2002, 2003. La réduction de CSG représentait en 2001 un budget de 8 milliards de F, soit 180 F par mois pour un smic (25 milliards de F en 2003) et visait neuf millions de personnes. Le Conseil constitutionnel a en outre entendu, dans sa décision, marquer un coup d'arrêt à certaines pratiques conduisant à introduire dans la LFSS des « cavaliers sociaux », faisant ainsi des lois de financement de la Sécurité sociale des lois « fourre tout » à l'instar des lois portant diverses mesures d'ordre social. Six articles ont été

censurés à ce titre, en particulier celui qui abrogeait la loi Thomas du 25 mars 1997 sur les plans d'épargne retraite. Le gouvernement avait anticipé sur l'annulation d'une des mesures, l'exonération de CRDS étendue aux bénéficiaires de pensions et d'allocations de chômage non imposables, en l'intégrant dans la loi de Finances pour 2001. Par ailleurs, le projet de loi de modernisation sociale a été l'occasion pour lui de réintroduire l'abrogation de la loi Thomas qui figurait initialement dans ce texte et avait été introduite par voie d'amendement dans la LFSS.

► **Alignement des prestations en nature des professions indépendantes**

L'article 35 de la LFSS pour 2001 prévoit l'alignement des prestations en nature des professions indépendantes (non salariés des professions non agricoles) sur celles versées dans le Régime général des salariés. Cette charge nouvelle est financée par un relèvement de la cotisation de 0,6 point à compter de l'échéance du 1er avril 2001 (*D. n° 2000-1285 du 26 décembre 2000*). Cet alignement des taux de remboursement du régime d'Assurance maladie des professions indépendantes sur ceux du Régime général porte essentiellement sur les dépenses de soins courants ou « petit risque ». Il vise la nature des prestations servies, leur taux de prise en charge et les cas d'exonération du ticket modérateur. Pour les dépenses d'hospitalisation, de soins coûteux (affections de longue durée) et d'assurance maternité, le ticket modérateur était déjà identique dans les deux régimes. Les assurés non salariés titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité bénéficient de taux de remboursement améliorés, alignés sur ceux du Régime général (80 % sauf prestations particulières). Il en va de même pour les assurés non salariés titulaires de l'allocation supplémentaire du Fonds de solidarité vieillesse ou d'une pension militaire d'invalidité (100 %). Le régime spécifique applicable aux prestations en espèces des non-salariés reste inchangé. Du fait de l'augmentation des taux de remboursement de leur régime obligatoire, les professions indépendantes vont faire supporter des dépenses moins importantes aux organismes de protection complémentaire. La LFSS prend en compte cette donnée. Les organismes de protection complémentaire devront proposer aux indépendants une baisse du tarif de leurs contrats conclus avant le 1er janvier 2001. La loi donne la possibilité à toute personne n'ayant pas bénéficié d'une réduction de cotisation ou de prime de résilier à tout moment la garantie complémentaire initialement souscrite.

► **Contributions à la charge de l'industrie pharmaceutique**

- *Clause de sauvegarde (art. 49)*

La LFSS pour 1999 a institué une clause de sauvegarde visant l'industrie pharmaceutique. Cette clause met à la charge des entreprises n'ayant pas conclu de convention avec le comité économique du médicament, une contribution qui est prélevée lorsque le chiffre d'affaires de l'ensemble de ces entreprises s'est accru d'un taux supérieur au taux de progression de l'Ondam (objectif national de dépenses d'assurance maladie) au cours d'une année civile par rapport à l'année précédente. L'article 49 de la LFSS pour 2001 modifie le mode de calcul de cette contribution afin d'atténuer les effets de seuil. Ces nouvelles dispositions s'appliquent aux contributions perçues à compter du 1er janvier 2001.

- *Mesures incitatives en faveur des médicaments « orphelins » (art. 48)*

Afin d'inciter les entreprises de l'industrie pharmaceutique à développer les médicaments destinés à traiter les maladies rares (médicaments dits « orphelins »), le chiffre d'affaires réalisé au titre de ces médicaments « orphelins » est exclu de l'assiette :

- de la contribution due par les grossistes répartiteurs sur les ventes en gros (*CSS, art. L. 138-1*) ;
- de la contribution dite de clause de sauvegarde ;
- de la contribution sur les ventes directes (*CSS, art. L. 245-6-1*).

Les frais de prospection engagés pour ces médicaments « orphelins » sont soumis à des règles particulières pour la détermination de l'assiette de la contribution due sur les dépenses de publicité (*CSS, art. L. 245-1*). La taxe annuelle sur les médicaments n'est pas due sur les médicaments orphelins.

- *Contribution sur les ventes en gros de médicaments (art. 50)*

Le taux de cette contribution est relevé. Ce relèvement s'applique au chiffre d'affaires réalisé à compter du 1er octobre 2000.

► **Mesures diverses**

- L'article L. 162-31-1 du Code de la Sécurité sociale sur les expérimentations en matière de filières et de réseaux de soins est modifié ; la date limite d'application, fixée à avril 2001 est repoussée au 31 décembre 2006 (*art. 36*); la décision d'agrément des filières et réseaux de soins est en partie régionalisée (*art. 36*) ;
- La procédure de dépôt du rapport d'équilibre des caisses d'assurance maladie est complétée (*art. 38*) ;
- Le mode de financement des établissements de santé privés est modifié pour les activités d'urgence (*art. 41*) ; Le montant des dépenses du fonds d'aide à la qualité des soins de ville est fixé à 700 millions de F (*art. 37*) ;
- Le montant affecté au fonds pour la modernisation des cliniques privées est fixé à 150 millions de F (*art. 42*);
- Un fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé est créé (*art. 40*); le fonds créé par la loi de financement pour 1998 sera supprimé. Un fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique est créé (*art. 47*).

Le PLFSS instaure aussi le plan comptable unique pour les organismes de Sécurité sociale. Ce plan sera approuvé par un arrêté du 30 novembre 2001 et entrera en vigueur le 1^{er} janvier.

Loi de financement de la Sécurité sociale 2002

[Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001](#), [rectificatif](#) et décision du [Conseil constitutionnel n° 2001-453 du 18 décembre 2001](#), JO du 26 décembre 2001.

[Extrait de : Liaisons sociales, n° 8246, 21 janvier 2002]

Sixième du genre, la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2002 a été débattue dans un contexte de crise, la Cour des comptes ayant vivement dénoncé, dans son rapport sur la Sécurité sociale de septembre 2001, la complexité et l'opacité des circuits de financement de celle-ci. Cette crise qui s'est focalisée sur le financement des 35 heures assuré par le Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (Forec) dont les dépenses avoisinent les 15,25 milliards d'euros. Aussi, l'objectif principal de la LFSS pour 2002 a-t-il été d'assurer l'équilibre financier du Forec grâce à un transfert de recettes provenant du Régime général de Sécurité sociale. En ce qui concerne l'Assurance maladie, les mesures-phares sont les suivantes : entente préalable, ajustement de mesures liées à la Couverture maladie universelle (CMU) et 35 heures dans la Fonction publique hospitalière. Mais la plus importante – celle tenant aux rapports conventionnels entre professionnels de santé libérale et organismes d'Assurance maladie – a été censurée par le Conseil constitutionnel. Motif de forme puisque le Conseil a considéré que les dispositions, introduites par amendement gouvernemental en deuxième et nouvelle lecture au sein d'un article voté en première lecture, devaient être considérées comme « nouvelles » et ne répondaient pas aux conditions définies par le Conseil pour l'introduction d'amendements après la réunion de la commission mixte paritaire. Aussi, dès le 21 décembre, une proposition de loi était-elle déposée à l'Assemblée nationale afin de reprendre ce dispositif censuré. Objectif visé : adopter définitivement ce texte avant la fin de la session parlementaire, soit le 22 février prochain.

► Réforme de l'entente préalable

Le champ de l'entente préalable qui conditionne le remboursement de certains actes médicaux, défini réglementairement, est doté d'une base légale (*CSS, art. L. 315-2 modifié*). La loi prévoit que cet accord préalable peut être exigé pour les prestations maladie dont :

- la nécessité doit être appréciée au regard d'indications déterminées ou de conditions particulières d'ordre médical ;
- la justification, du fait de leur caractère innovant ou des risques encourus par le bénéficiaire, doit être préalablement vérifiée eu égard notamment à l'état du bénéficiaire et aux alternatives thérapeutiques possibles ;
- le caractère particulièrement coûteux doit faire l'objet d'un suivi particulier afin d'en évaluer l'impact sur les dépenses de l'Assurance maladie. Les conditions d'application de ce dispositif seront fixées par décret.

► Affiliation au Régime général des enfants en situation irrégulière

Les ayants droit mineurs des personnes étrangères ne remplissant pas la condition de résidence stable et régulière prévue à l'article L. 380-1 du Code de la Sécurité sociale, c'est-à-dire en situation irrégulière, sont désormais affiliés au

Régime général sur critère de résidence (CMU de base). Les autres ayants droit des étrangers en situation irrégulière continueront de bénéficier de l'aide médicale de l'État (CSS, art. L. 380-5 nouveau). Ainsi, les enfants mineurs de parents en situation irrégulière relèveront-ils de la CMU de base étrangers alors que leurs parents relèveront de l'aide médicale de l'État. Les enfants mineurs devront toutefois remplir la condition relative à la durée de résidence en France (plus de trois mois), la régularité de la résidence ne leur étant pas opposable en vertu de l'article 9 de l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945 puisque seuls « les étrangers en séjour en France, âgés de plus de 18 ans, doivent être titulaires d'une carte de séjour temporaire ou d'une carte de résident ».

► **Bénéfice du tiers payant pour les personnes sortant du dispositif cmu**

Le dispositif du tiers payant ouvert au profit des personnes bénéficiant de la CMU pour la couverture de base et, le cas échéant, complémentaire est étendu aux personnes dont les droits aux prestations viennent à expiration, pour une durée d'un an à compter de la date d'expiration de ce droit (CSS, art. L. 861-3 modifié).

► **Réduction du temps de travail dans la FPH**

L'article 31 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2002 porte sur la réduction du temps de travail dans la Fonction publique hospitalière (FPH) qui a pris effet au 1er janvier 2002. Il intègre dans le dispositif législatif les mesures arrêtées par le protocole d'accord signé par quatre organisations syndicales le 26 septembre 2001. Lesquelles sont déclinées réglementairement pour ce qui concerne les conditions de cette réduction du temps de travail, les règles relatives à l'organisation du temps de travail de ces agents « en tenant compte de la spécificité des missions exercées par ces établissements, et selon des modalités comparables à celles applicables aux agents de la Fonction publique de l'État et de la Fonction publique territoriale » (D. n° 2002-8 et 200-9 du 4 janvier 2002, JO du 5 janvier).

► **Ondam**

La loi de financement de la Sécurité sociale fixe chaque année pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie (CSS, art. LO. 111-3-I-4°).

L'Ondam se compose de deux agrégats :

– les dépenses d'Assurance maladie liées aux prestations exécutées en ville, qui comprennent les honoraires des médecins et autres professionnels de santé libéraux, les prescriptions de médicaments, de dispositifs médicaux et les indemnités journalières maladie et accidents du travail ;

– les dépenses exécutées en établissements. Fixation de l'Ondam pour 2002 (art. 71)

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 112,8 milliards d'euros pour l'année 2002.

Pour 2001, l'Ondam révisé est fixé à 710,3 milliards de F, en encaissements-décaissements, tirant ainsi les conséquences du soutien apporté aux établissements de santé.

Loi de financement de la Sécurité sociale 2003

[Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002](#) et [Décision du Conseil constitutionnel n° 2002-463 DC du 12 décembre 2002](#), JO du 24 décembre 2002.

[Extrait de : Liaisons sociales, n° 8345, 7 janvier 2003]

La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2003 amputée de cinq mesures sociales par le Conseil constitutionnel dans une décision du 12 décembre 2002), se présente avant tout comme un « texte de transition ». Son contenu est ainsi allégé par rapport aux LFSS des années précédentes. Sans Conférence de la famille en 2002 et pour des raisons de calendrier législatif, le projet de loi n'a pu être élaboré dans les conditions habituelles. Ses dispositions seront applicables, sauf mentions spécifiques, au 1er janvier 2003. La loi tente, globalement, de contenir le déficit prévisionnel du Régime général de la Sécurité sociale pour 2003 sous la barre des 4 milliards d'euros.

► Ondam

La loi de financement de la Sécurité sociale fixe chaque année pour l'ensemble des régimes obligatoires de base l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie (CSS, art. LO. 111-3-I-4°). L'Ondam se compose de deux agrégats :

– les dépenses d'assurance maladie liées aux prestations exécutées en ville, qui comprennent les honoraires des médecins et autres professionnels de santé libéraux, les prescriptions de médicaments, de dispositifs médicaux et les indemnités journalières maladie et accidents du travail :

– les dépenses exécutées en établissements.

Pour 2002, l'Ondam est fixé à 116,7 milliards d'euros. Pour 2003, il atteint 123,5 milliards d'euros en hausse de 5,3%. Le ministre de la Santé, Jean-François Mattéi a, par ailleurs, annoncé, que sera utilisée la possibilité de présenter au Parlement, chaque année au printemps, un « collectif social » (projet de loi de financement rectificatif) en cas d'écart important entre les prévisions, telles qu'arrêtées par la Commission des comptes au printemps et les objectifs fixés par la loi. En effet, depuis 1998, la LFSS fixe des taux d'évolution de l'Ondam qui ont été systématiquement dépassés. Ce dépassement est croissant sur la période et devrait atteindre 3,9 milliards d'euros en 2002. Le gouvernement souhaite que les dépenses d'Assurance maladie soient désormais fondées en priorité sur l'évolution de l'activité des soins du pays. Tel est le chantier de la médicalisation de l'Ondam. Aussi, un groupe de travail, créé au sein de la Commission des comptes de la Sécurité sociale et dont l'animation des travaux a été confiée à Alain Coulomb, délégué général de la Fédération hospitalière de France (FHF), doit réfléchir aux moyens de redonner de la crédibilité à l'objectif. En outre, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003 prévoit que le gouvernement transmettra chaque année au Parlement, au plus tard le 15 octobre, un rapport analysant l'évolution, au regard des besoins de santé, des soins financés au titre de l'Ondam (art. 7). Enfin, la loi crée un Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (art. 2). Il informera le Parlement des conséquences des choix de santé publique afin d'éclairer les décisions du Parlement. Il sera rattaché aux deux commissions des Affaires sociales des assemblées.

► Soins de ville

- *Suppression des lettres flottantes* : Le mécanisme des « lettres-clefs flottantes », qui avait été créé par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2000, sera supprimé au 1^{er} janvier 2003. Il sera ainsi mis fin au cœur de la maîtrise dite « comptable » des soins de ville. En application de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2000, les caisses d'Assurance maladie étaient déléguées pour gérer les dépenses d'honoraires des professionnels de santé libéraux. Pour chaque profession sous convention, une annexe à la convention fixait un objectif de dépenses remboursables ainsi que les tarifs (lettres-clefs). Cet objectif était fixé, le cas échéant, de manière unilatérale par les caisses. Si l'évolution des dépenses n'était pas compatible avec l'objectif initial, les caisses et les professionnels, ou en cas de désaccords, les caisses de manière unilatérale pouvaient prendre des mesures de toute nature pour rétablir l'équilibre initialement prévu et, le cas échéant, ajuster les tarifs (lettres-clefs flottantes). La loi n° 2002-322 du 6 mars 2002, portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions libérales de santé et les organismes d'assurance maladie, avait supprimé le dispositif des lettres-clefs flottantes, sauf dans le cas où les professions concernées n'étaient pas sous convention. La suppression, par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003, du dispositif des lettres-clefs flottantes revient à rétablir le système de fixation des tarifs par règlement conventionnel minimal (RCM) pour les professionnels de santé soumis à ce règlement. Ce RCM est établi par arrêté interministériel pris après consultation de la Cnamts, des organisations syndicales représentatives et, si besoin, du Conseil national de l'ordre des médecins. Il est opposable aux professionnels de santé « après consultation de la Cnamts » et des organisations syndicales représentatives. La loi précise, en complétant le IV de l'article L. 165-5-9, que le RCM « fixe les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus par les assurés sociaux aux professionnels concernés en dehors des cas de dépassement autorisés ».

- *Suppression des comités régionaux médicaux* : Le dispositif de régulation par les comités médicaux régionaux (CMR), qui avaient été institués par l'article 19 de l'ordonnance n° 63-345 du 24 avril 1996, sera également supprimé. Les CMR devaient examiner les cas de praticiens à qui les caisses de Sécurité sociale reprochaient des volumes de prescriptions non justifiées médicalement. Composés à parité de représentants des médecins libéraux et du contrôle médical de l'Assurance maladie, ils devaient servir d'instances pré-contentieuses. Mais ils n'ont jamais vraiment pu fonctionner et ont rapidement cessé toute activité. Les comités étant supprimés, les partenaires conventionnels se voient confier le soin de définir les outils visant à prévenir les pratiques abusives (art. 33).

- *Élargissement des missions du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville* : Les missions du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville sont élargies. Le fonds devra désormais participer au financement des actions d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins libéraux organisées par les unions régionales des médecins exerçant à titre libéral et des pratiques professionnelles des médecins exerçant au sein des centres de santé organisés par les Urcam (Unions régionales des caisses d'assurance maladie). L'objectif visé, qui s'inscrit dans le cadre de la maîtrise médicalisée, est d'inciter les médecins eux-mêmes à promouvoir une démarche qualité au bénéfice des patients. Le Fonds est doté de 20 millions d'euros au titre de l'exercice 2003.

- *Permanence des soins reconnue d'intérêt général* : La loi donne une base juridique à l'organisation de la permanence des soins qui se voit reconnaître un «but d'intérêt général» (*C. santé publique, art. L. 6325-1 nouveau*). Y participent les médecins exerçant à titre libéral et ceux exerçant dans les centres de santé. Leurs modalités de rémunération par l'assurance maladie, le cas échéant autres que le paiement à l'acte, sont déterminées par voie conventionnelle.

► **Médicaments : création du forfait générique**

- *Base de remboursement des médicaments* : Les conditions du remboursement des dépenses de médicaments par l'Assurance maladie (*CSS, art. L. 162-16*) sont modifiées par l'instauration d'un «forfait générique». Pour les médicaments figurant dans un groupe générique, les ministres de la Santé et de la Sécurité sociale pourront, par arrêté, limiter à un tarif forfaitaire de responsabilité la base de remboursement des frais exposés par les assurés. Ils disposeront ainsi de la possibilité de faire rembourser sur la base d'un même montant les médicaments princeps et les génériques. Lorsque ce forfait sera appliqué, si le patient souhaite se voir délivrer un médicament dont le prix est supérieur au tarif forfaitaire, il prendra alors à sa charge la différence de prix. Cette disposition vise ainsi à responsabiliser les assurés. L'institution du forfait générique est censée permettre de limiter la hausse de certaines dépenses de médicaments grâce à l'accroissement de la consommation de génériques ou à la diminution du prix des médicaments. Dans sa décision du 12 décembre 2002, par laquelle il a validé la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003, le Conseil constitutionnel a formulé deux réserves d'interprétation au sujet du forfait générique. Ce dispositif laissant à la charge du patient la partie du prix du médicament excédant le tarif de responsabilité, la Haute juridiction a indiqué que : – des mesures d'information et de sensibilisation devront être prises auprès des médecins, des pharmaciens et des patients pour promouvoir l'usage des produits génériques dans tous les cas où un tarif de responsabilité serait instauré ; – l'arrêté déterminant le tarif de responsabilité ne saurait fixer celui-ci à un niveau méconnaissant le principe d'accès de tous aux soins garanti par le onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946.

- *Conditions de la délivrance des médicaments prescrits en dénomination commune internationale (DCI) par les pharmaciens* : Lorsqu'un pharmacien délivre une spécialité sur présentation d'une prescription en dénomination commune internationale (DCI), «la délivrance de cette spécialité ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'Assurance maladie supérieure à la dépense qu'aurait entraîné la délivrance de la spécialité générique la plus chère du même groupe» (*CSS, art. L. 162-16 modifié*). Cette disposition vise à empêcher les pharmaciens de délivrer, sur la base d'une prescription en DCI, un médicament princeps s'il est plus cher que le générique le plus cher du groupe. Si le princeps baisse son prix au niveau de celui des génériques, le pharmacien pourra cependant le délivrer. Le pharmacien qui ne respectera pas cette règle pourra se voir sanctionné par une amende.

► **Ouverture d'un droit d'option pour les frontaliers français travaillant en Suisse**

Un droit d'option est ouvert aux frontaliers français travaillant en Suisse entre une affiliation au régime d'assurance maladie suisse, au régime général français ou, pendant une période transitoire, à un régime privé.

- *Situation antérieure* : exclusion de la CMU. La situation de ces travailleurs est régie par un accord sur la libre circulation des personnes conclu le 21 juin 1999 entre l'Union européenne et la Confédération helvétique qui organise notamment la coordination des régimes de Sécurité sociale (entré en vigueur le 1er juin 2002). Concernant le risque maladie, l'accord prévoit que les ressortissants communautaires et suisses qui résident dans l'espace communautaire mais qui travaillent en Suisse sont obligés de s'assurer au Régime fédéral suisse. L'obligation s'étend aux membres de leur famille n'ayant pas d'activité professionnelle. Une annexe (II) à l'accord, ouvre toutefois, au profit des travailleurs frontaliers, la faculté d'opter entre l'assujettissement dans le pays d'emploi ou dans le lieu de résidence. Le gouvernement français avait dans un premier temps choisi de

s'exclure de cette annexe. En conséquence, le frontalier français était obligé de s'assurer auprès d'une assurance maladie suisse. La loi instituant la Couverture maladie universelle (CMU) avait, en outre, exclu du champ des bénéficiaires de la CMU les personnes résidant en France qui, au titre d'une activité professionnelle exercée par elles-mêmes ou par un membre de leur famille sur le territoire d'un État étranger, ont la faculté d'être affiliées à titre volontaire à un régime d'assurance maladie de cet État (*CSS, art. L. 380-3 3°*). Les frontaliers français travaillant en Suisse ne pouvaient donc pas être affiliés au régime général français sur critère de résidence puisque disposant de la faculté d'être assuré au régime suisse.

- Une disposition spécifique aux frontaliers suisses : Le gouvernement français a finalement signé l'annexe II. En conséquence, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003 abroge le 3° de l'article L. 380-3 et insère un nouvel article, L. 380-3-1, dans le Code de la Sécurité sociale. Celui-ci introduit au profit des frontaliers suisses un droit d'option concernant leur couverture maladie. Ce droit d'option s'exercera entre :

- Une affiliation au régime d'assurance maladie suisse. Selon les dispositions de l'accord du 21 juin 1999, les frontaliers français travaillant en Suisse doivent obligatoirement s'assurer auprès des assureurs privés suisses.
- Une affiliation au Régime général français sur critère de résidence (CMU) : Les travailleurs frontaliers résidant en France et soumis obligatoirement à la législation suisse de sécurité sociale au titre des dispositions de l'accord du 21 juin 1999, mais qui sur leur demande seront exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie en application des dispositions dérogatoires de cet accord (annexe II), seront affiliés obligatoirement au régime général dans les conditions fixées par l'article L. 380-1 : affiliation sur critère de résidence dans le cadre de la CMU. Les contrats d'assurance maladie qui couvraient les frontaliers sont dans ce cas résiliés de plein droit et les cotisations ou primes remboursées au prorata de la durée du contrat restant à courir. Si la garantie résultant de ces contrats est supérieure à celle assurée par le régime général, le contrat peut être maintenu par avenant avec réduction de prime.
- Possible couverture par un contrat d'assurance privé pendant une période transitoire : Toutefois, les personnes visées ci-dessus (exemptées d'affiliation au régime suisse) pourront demander, pour elles et leurs ayants droit, à ne pas relever du régime général français, pendant une période transitoire se terminant le 1er juin 2009, à condition d'être en mesure de produire un contrat d'assurance maladie privé, qu'elles avaient le cas échéant souscrit, les couvrant, ainsi que leurs ayants droit, pour l'ensemble des soins reçus sur le territoire français. Il leur est ensuite possible à tout moment de renoncer à ce type de couverture. À la date de renonciation, le travailleur frontalier et ses ayants droit seront affiliés au régime général dans les conditions décrites ci-dessus (*CSS, art. L. 380-1*). Ne pourront bénéficier de ces dispositions les travailleurs frontaliers et leurs ayants droit affiliés au 1er juin 2002 au Régime général sur critère de résidence (CMU) en qualité d'anciens bénéficiaires de l'assurance personnelle.

Cette option est *ouverte aux titulaires de pensions ou de rentes suisses, ainsi qu'à leurs ayants droit*, résidant en France et en principe obligatoirement soumis à la législation suisse de Sécurité sociale en application de l'accord du 21 juin 1999.

Les travailleurs frontaliers et les titulaires de pensions ou de rentes suisses affiliés au régime général dans les conditions décrites ne seront assujettis ni à la CSG ni à la CRDS. Ils seront redevables d'une cotisation fixée en pourcentage du montant de leurs revenus définis selon les modalités relatives à la taxe d'habitation (*CGI, art. 1417 IV*). Le taux et les modalités de calcul de cette cotisation, ainsi que les obligations déclaratives incombant aux assujettis, seront fixés par décret. Cette cotisation sera prélevée dans les conditions de droit commun.

► Etablissements de santé

- Premières mesures du plan «Hôpital 2007»

La LFSS pour 2003 comporte les premières mesures du plan « Hôpital 2007 », présenté par le ministre de la Santé Jean-François Mattéi le 20 novembre 2002.

- *Fusion du FMES et du FMCP* : Le Fonds pour la modernisation des cliniques privées (FMCP) est fusionné à compter du 1er janvier 2003 avec le Fonds pour la modernisation des établissements de santé (FMES) qui l'absorbe. Le FMES prendra alors le nom de « Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés ». Ce fonds sera doté pour l'exercice 2003 de 450 millions d'euros (dont 300 millions d'euros d'aide à

l'investissement). Un rapport retraçant l'activité du Fonds sera établi chaque année par la Caisse des dépôts et consignations et adressé aux ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale. Ce rapport dressera notamment un bilan des dotations allouées en fonction du statut et de la taille des établissements bénéficiaires.

- *Élargissement des attributions du FMES* : Les fonctions du FMES (*Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la Sécurité sociale pour 2001*) sont élargies. Le Fonds devra désormais financer une mission d'expertise et d'audit hospitaliers chargée : – de procéder ou de faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé ; – et de diffuser auprès de ces établissements les références et recommandations de gestion hospitalière qu'elle élabore à partir des résultats d'audit. Le fonds prendra également en charge les frais de fonctionnement : – d'une mission chargée de conduire les expérimentations de financement des établissements de santé publics ou privés fondé sur une tarification à l'activité lancée par la présente loi ; – d'une mission nationale et de missions régionales ou interrégionales d'appui à l'investissement.

- *Mise en place d'une tarification à l'activité expérimentée sur la base du volontariat en 2003.*

Le plan « Hôpital 2007 » prévoit le lancement d'une expérimentation de modes de financement « fondés sur leurs activités » des établissements publics ou privés de santé en remplacement des expériences menées en matière de « tarification à la pathologie » (*C. santé publique, art. L. 6122-19 modifié*).

Actuellement, il existe deux systèmes de financement pour les structures de soins. D'une part, le système de la dotation globale, qui concerne les hôpitaux publics et privés participant au service public et, d'autre part, un système de tarification à la journée (forfaits par journée et par prestation réalisée) pour les cliniques privées. Ces deux systèmes présentent des inconvénients.

La dotation globale, en ne liant que très faiblement le budget à l'activité réalisée, conduit soit à la constitution de rentes de situation malgré l'apport du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI), soit à un manque de financement pour les structures les plus actives. Pour les cliniques privées, les tarifs arrêtés ne reflètent qu'imparfaitement la réalité des coûts des établissements et peuvent conduire ceux-ci à se spécialiser dans les domaines les plus rémunérateurs. Dès lors, ils peuvent se traduire par des choix de spécialisation inadaptés aux besoins. La Cour des comptes, dans son rapport 2002 a souligné les faiblesses de ces deux mécanismes de financement. La modernisation des modes de financement des établissements impliquerait ainsi leur harmonisation afin, en particulier, de dynamiser les structures de soins et d'assurer une certaine équité entre les secteurs. Les expériences de tarification à l'activité s'effectueront en 2003 sur la base du volontariat. À cet effet sera lancé un appel à candidature en direction des établissements. L'expérience portera sur 40 d'entre eux. Elle devrait être généralisée à compter de 2004.

- *Création d'une mission spécifique* : Une « mission tarification à l'activité » a été installée par un arrêté du 20 novembre pour assurer le lancement de cette expérimentation et la mise en place de la tarification à l'activité. Elle a pour objectifs de construire et simuler les différents scénarios de mise en oeuvre d'une tarification à l'activité, d'accompagner les établissements expérimentateurs, de présenter aux professionnels les résultats des simulations et expérimentations et de proposer les différentes mesures d'aménagement réglementaires et d'accompagnement nécessaires pour réussir la généralisation progressive. Cette mission, placée sous l'autorité du ministre de la Santé, doit informer régulièrement les organismes représentatifs des établissements par le biais d'un comité de concertation et de suivi installé auprès d'elle. Le gouvernement remettra chaque année au Parlement, au plus tard le 15 octobre, un rapport d'étude sur la mise en oeuvre de la tarification à l'activité des établissements de soins.

● Ehpad : report de l'échéance de signature des conventions tripartites.

L'échéance pour la signature des conventions tripartites relatives au financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), initialement fixée au 31 décembre 2003 par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, est reportée au 31 décembre 2005 et au 31 décembre 2006 pour les logements-foyers. La conclusion de ces conventions ayant pris beaucoup de retard (763 conventions signées au 30 juin 2002 alors que 8 000 étaient attendues au 31 décembre 2003), il convenait de repousser leur date limite de signature.

► **Autres dispositions relatives à la branche maladie**

● Ressources de la Cnamts :

- Augmentation de la part des droits sur les tabacs affectée à la Cnamts : la fraction du droit de consommation sur les tabacs affectée à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) est relevée de 8,84% à 15,20%. Ces droits étant par ailleurs augmentés. La Cnamts devrait bénéficier en 2003 de 700 millions d'euros supplémentaires.

– Création d'une cotisation sur les bières fortes : la Cnamts bénéficiera à compter du 1er janvier 2003 des revenus issus d'une nouvelle cotisation prélevée sur « les bières fortes » d'une teneur en alcool supérieure à 8,5% vol. (CSS, art. L. 245-13 à L. 245-13-6 nouveaux). Son montant s'élèvera à 200 € par hectolitre. Elle sera due par les entrepositaires agréés et les opérateurs qui « livrent directement ces bières aux détaillants ou aux consommateurs ».

- Preretraite des médecins libéraux :

Le mécanisme de cessation anticipée d'activité destiné aux médecins libéraux (dit « Mica ») sera fermé à toute nouvelle entrée à partir du 1er octobre 2003, mesure adoptée pour répondre à la problématique de la démographie médicale française. Parallèlement, la loi introduit une incitation à la reprise d'activité à temps partiel pour les médecins et les infirmières en retraite.

- Transferts de compétences de l'État à la Cnamts :

Le financement de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et des centres de soins spécialisés aux toxicomanes sera transféré de l'État à l'Assurance maladie à partir de 2003.

- Réseaux de soins

L'agrément des réseaux de soins (dits « réseaux Soubie ») créés en application de l'ordonnance du 24 avril 1996, est reporté d'un an et durera au plus tard jusqu'au 31 décembre 2004 (art. 35). Ce prolongement de la durée d'activité des réseaux expérimentaux agréés permettra de disposer du temps nécessaire à l'élaboration et à la mise en place de la nouvelle réglementation prévue pour les réseaux de santé.

Loi de financement de la Sécurité sociale 2004

[Loi de financement n° 2003-1199 du 18 décembre 2003](#) et [Décision du Conseil constitutionnel n° 2003-486 DC du 11 décembre 2003](#), JO du 19 décembre 2003.

[Extrait de : Liaisons sociales, n° 8437, 6 janvier 2004]

Selon les dernières estimations de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, la branche maladie est la principale responsable de la dégradation de la situation du Régime général. La progression de ses charges entraîne un creusement rapide de son déficit qui s'établirait à 10,6 milliards d'euros en 2003. Hors mesures de la LFSS, celui-ci devait atteindre 14,1 milliards d'euros en 2004.

► Ondam

La loi de financement de la Sécurité sociale fixe chaque année pour l'ensemble des régimes obligatoires de base l'objectif national des dépenses d'assurance maladie. L'Ondam se compose de deux agrégats : les dépenses d'assurance maladie liées aux prestations exécutées en ville, qui comprennent les honoraires des médecins et autres professionnels de santé libéraux, les prescriptions de médicaments, de dispositifs médicaux et les indemnités journalières maladie et accidents du travail ; les dépenses exécutées en établissements. Pour 2003, l'Ondam est révisé à 124,7 milliards d'euros. Pour 2004, il atteint 129,7 milliards d'euros en hausse de 4%. Selon l'annonce faite par Jean-François Mattei, ministre de la Santé, lors de la présentation du PLFSS pour 2004, il se décomposera ainsi : + 3,2% pour les soins de ville, + 4,2% pour l'hôpital, + 7,6% pour le médico-social. À l'intérieur de l'Ondam médico-social, les enveloppes « personnes âgées » et « personnes handicapées » augmenteront respectivement de 10% et de 6%. Cette hausse permettra de financer pour les personnes âgées une amélioration de la qualité dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes à travers notamment une médicalisation accrue des établissements, la création de nouvelles places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ainsi que l'ouverture de services d'accueil de jour, d'hébergement temporaire ou autres alternatives offertes aux personnes âgées et aux familles qui le souhaitent. L'augmentation des moyens consacrés aux personnes handicapées est destiné à permettre le développement des services de soutien et d'accompagnement à domicile, le renforcement des services de diagnostic et d'accompagnement précoce, l'encouragement de l'accueil temporaire, la poursuite du programme de rattrapage pour les régions connaissant les plus grands déficits en places et l'achèvement des opérations de maisons d'accueil spécialisées ou foyers d'accueil médicalisés n'ayant bénéficié jusqu'alors que de financements partiels.

Médicaments

► Modalités d'inscription dans le groupe des génériques

Pour tenir compte d'un arrêt du 31 mai 2000 du Conseil d'État, l'article 19 de la loi aménage la procédure d'inscription d'un médicament dans un groupe générique. L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) peut désormais délivrer une autorisation de mise sur le marché (AMM) d'une spécialité générique avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent à la spécialité de référence. Elle informe de l'AMM le titulaire de l'AMM de la spécialité de référence. L'inscription de la spécialité générique dans le groupe des génériques, par le directeur général de l'Afssaps, peut ensuite avoir lieu au terme d'un délai de 60 jours suivant cette information. Toutefois, la commercialisation de la spécialité générique ne peut intervenir qu'après expiration des droits de propriété intellectuelle, sauf accord du titulaire de ces droits. Le directeur général de l'Afssaps tient à la disposition du public la liste des titres de propriété intellectuelle attachés à une spécialité de référence lorsque le titulaire de l'AMM de cette spécialité la lui a communiquée à cet effet. Le laboratoire est seul responsable de l'exactitude des informations fournies

► Validation des actes réglementaires diminuant le taux de remboursement de médicaments

L'article 20 de la loi procède à la validation d'actes réglementaires qui ont pour effet de modifier le taux de remboursement de certains médicaments. Cette validation intervient après que le Conseil d'État ait annulé la décision de modification du remboursement de certains médicaments prévue par un arrêté du 14 septembre 2001 (*CE, sect. 20 juin 2003, n° 240194, Sté Servier Monde*). La décision de diminuer le taux de remboursement de ces médicaments de 65% à 35% avait été prise, conformément aux dispositions de l'article R. 322-1 du Code de la Sécurité sociale, après avis de la Commission de la transparence. Pour annuler cette décision, le Conseil d'État a considéré, dans son arrêt du 20 juin 2003, que l'avis de la commission de la transparence doit être motivé et ne peut se borner «à reprendre les termes de l'article R. 163-3 du Code de la Sécurité sociale, sans mentionner les raisons qui ont conduit la commission à estimer que le service médical rendu dans cette indication est insuffisant pour justifier sa prise en charge». Deux autres arrêtés (de décembre 2001 et d'avril 2003) ayant été pris dans les mêmes conditions que celui du 14 septembre 2001, la LFSS pour 2004 valide, sous réserve des dispositions de justice passées en force de chose jugée, l'ensemble des actes réglementaires qui ont pour effet de baisser le taux de remboursement de médicaments, adoptés avant le 1er juillet 2003, «en tant que leur légalité serait contestée pour un motif tiré de l'irrégularité des avis rendus par la Commission de la transparence». Il s'agit d'éviter, qu'à l'avenir, et sur le même fondement, d'autres annulations ne remettent en cause la politique gouvernementale engagée dans le domaine du médicament.

Maîtrise médicalisée des dépenses de santé

► Renforcement du contrôle des arrêts de travail

Pour limiter la hausse des indemnités journalières (IJ), l'article 42 de la loi tend à renforcer le contrôle des arrêts de travail.

- Plan de contrôle inséré dans la COG : La Convention d'objectif et de gestion signée entre l'État et la Cnamts comportera désormais «un plan de contrôle des prestations servies».

- Contrôle des gros prescripteurs : Lorsque l'activité de prescription d'arrêt de travail d'un médecin apparaît anormalement élevée au regard de la pratique constatée chez les professionnels de santé appartenant à la même profession, ces prescriptions seront systématiquement contrôlées. Les vérifications seront réalisées dans des conditions définies par la COG de la branche d'assurance maladie.

- Suspension du versement des IJ : Un salarié en arrêt de travail peut être examiné par un médecin à la suite d'une demande de contre-visite médicale émanant de son employeur. Lorsque le médecin constate, à cette occasion, l'absence de justification de l'arrêt de travail, il doit transmettre son avis au service du contrôle médical de la caisse d'assurance maladie du salarié. Si ce service conclut également, au vu de cet avis, à l'absence de justification de

l'arrêt de travail, la caisse suspend le versement des IJ après en avoir informé l'assuré. Par ailleurs, le praticien conseil du service du contrôle médical qui procède à l'examen d'un patient et estime qu'une prescription d'arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifiée en informe directement l'assuré. La caisse prononce alors la suspension des IJ à compter, sauf si le praticien conseil en décide autrement, de la date à laquelle le patient a été informé. Le rôle du service du contrôle médical concernant les prescriptions d'arrêt de travail est ainsi précisé.

► Champ des actes remboursés à 100% dans le cadre d'une ALD

- Pour limiter la progression des dépenses remboursées aux patients atteints d'une affection de longue durée (ALD), l'article 38 de la loi modifie la procédure d'accès au bénéfice de l'exonération du ticket modérateur pour ces patients. Désormais, pour les personnes atteintes d'une ALD, le médecin traitant et le médecin-conseil établiront conjointement un protocole de diagnostic et de soins. Ce protocole, révisable, définira les actes et les prestations nécessités par l'affection et pour lesquels le patient bénéficiera d'une exonération (prise en charge à 100%) ou d'une limitation du ticket. Ils seront ainsi distingués des actes et autres soins non directement liés à l'affection principale et sur lesquels s'appliquera le ticket modérateur de droit commun. La liste prévue à l'article L. 322-3, 3° du Code de la Sécurité sociale, qui définit les ALD, comportera en annexe les critères médicaux « utilisés pour la définition de l'affection et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré » (*CSS, art. L. 322-3 modifié*). Ces nouvelles dispositions seront applicables aux patients pour lesquels un protocole de soins est élaboré ou renouvelé à compter de l'entrée en vigueur du décret qui en fixera les conditions d'application.

- Actes à faire figurer sur l'ordonnance : Le champ de l'obligation, pesant sur les médecins, d'inscrire sur l'ordonnance le caractère non remboursable des produits, prestations et actes qu'ils prescrivent sera étendu, à compter du 15 février 2004, à ceux effectués en dehors des indications médicales prévues et à d'autres professionnels de santé (chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux) (*art. 40 de la loi*). La réalisation de ces actes ne donnera pas lieu à l'établissement d'une feuille de soins par le médecin. Les directeurs de laboratoires se voient appliquer une mesure similaire ;

► Développement des dispositifs d'incitation aux bonnes pratiques des médecins

• **Modernisation du régime juridique des Acbus** : La modernisation du régime juridique des accords de bon usage des soins (Acbus) doit permettre leur généralisation (*art. 43-I de la loi*).

- Validation scientifique par l'Anaes : Pour renforcer la légitimité médicale des Acbus, l'article 43-I prévoit que, lorsqu'ils comportent des engagements relatifs à la sécurité, à la qualité et à l'efficacité des pratiques, ces accords doivent avoir reçu l'avis de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). L'Agence est tenue de se prononcer dans un délai de deux mois, à défaut de quoi son avis est réputé favorable (*CSS, art. L.162-12-17 modifié*).

- Simplification des modalités de mise en œuvre : En application du dernier alinéa de l'actuel article L. 162-12-17, les accords nationaux et régionaux doivent être approuvés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Or, la lourdeur de cette procédure, qui intervient dans le délai de droit commun de 45 jours, contribue à retarder la mise en œuvre des accords. C'est pourquoi lui est substituée une nouvelle procédure (*art. 43-I de la loi*). Les Acbus pourront désormais être directement mis en œuvre par les signataires, sous réserve, pour les accords régionaux, de leur approbation préalable par le directeur de la Cnamts, après avis favorable du directeur d'au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie. Le ministre de la Santé ou son représentant dans la région, pour les Acbus régionaux, peuvent cependant suspendre l'application de ces contrats pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire ou lorsque les effets constatés de ces contrats sont contraires aux objectifs poursuivis par la convention médicale (*CSS, art. L. 162-12-17 modifié*).

• **Modernisation du régime juridique des contrats de bonne pratique** : Là encore, l'objectif poursuivi par la modernisation du régime juridique des contrats de bonne pratique de ces contrats. L'article L. 162-12-18 du Code de la Sécurité sociale, qui prévoit actuellement la possibilité pour les médecins conventionnés d'adhérer individuellement à des contrats de bonne pratique dans des conditions prévues par conventions nationales, est réécrit en conséquence (*art. 43-II de la loi*).

- Conclusion au niveau régional : Les Urcam et les représentants signataires des conventions nationales pourront désormais conclure des contrats de bonne pratique au niveau régional. Dans ce cas, les accords doivent être conformes aux objectifs et règles générales de mise en oeuvre prévus par la convention nationale (*CSS, art. L. 162-12-18 modifié*).

- Définition des objectifs et modulation des aides : Les aides accordées aux professionnels de santé (complément forfaitaire de rémunération ou majoration de prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales) seront modulées en fonction de critères d'expérience, de qualité des pratiques ou d'engagements concernant la formation, le lieu d'installation et d'exercice du médecin. En outre, les contrats pourront comprendre des engagements concernant spécifiquement la permanence des soins et l'implantation ou le maintien en zone sous médicalisée (*CSS, art. L. 162-12-18 modifié*).

- Validation scientifique par l'Anaes : L'article 43- II vise à renforcer la légitimité médicale et scientifique des contrats de bonne pratique en prévoyant qu'ils doivent recevoir l'avis de l'Anaes lorsqu'ils comportent des engagements relatifs à la sécurité, à la qualité et à l'efficacité des pratiques. Celle-ci doit se prononcer dans un délai de deux mois, à défaut de quoi son avis est réputé favorable (*CSS, art. L. 162-12-18 modifié*).

- Simplification des modalités de mise en oeuvre : Les contrats de bonne pratique, désormais distincts de la convention nationale, ne seront plus soumis à l'approbation du ministre de la Santé, sous réserve, pour les contrats régionaux, de l'approbation préalable du directeur de la Cnamts, après avis favorable du directeur d'au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie. Le directeur de la Cnamts dispose d'un délai de 45 jours pour se prononcer, à défaut de quoi le contrat est réputé approuvé. Toutefois, l'application de ces contrats pourra être suspendue par le ministre de la Santé ou son représentant dans la région pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire, ou lorsque les effets constatés de ces contrats sont contraires aux objectifs poursuivis par la convention médicale. Enfin, les contrats nationaux seront transmis par la Cnamts aux ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale. Les contrats régionaux seront, eux, transmis par les Urcam au préfet de région, et lorsqu'ils concernent les médecins, aux unions régionales de médecins exerçant à titre libéral (URML) (*CSS, art. L. 162-12-18 modifié*).

• Modernisation du régime juridique des contrats de santé publique

L'article 45 de la loi aménage également les modalités de conclusion des contrats de santé publique sur le modèle des nouvelles procédures prévues pour les accords de bon usage des soins et les contrats de bonne pratique. Il prévoit donc l'intervention pour validation de l'Anaes (avec ici la nécessité d'un avis «favorable»), la possibilité d'une déclinaison régionale et l'aménagement des procédures d'approbation des contrats régionaux. Les contrats de santé publique se composent d'engagements relatifs à la participation des professionnels soit à des actions destinées à renforcer la permanence des soins, soit à des actions de prévention.

► Conventions entre les Urcam et des groupements de médecins libéraux

L'article 44 confère aux Urcam (unions régionales des caisses d'assurance maladie) la possibilité de déléguer par convention certaines de leurs compétences de gestion du risque maladie à des groupements de médecins libéraux exerçant dans une aire géographique définie (*CSS, art. L. 183-1-1 nouveau*). L'objectif est de favoriser les échanges de bonnes pratiques entre médecins et de favoriser un suivi cohérent des patients. Les engagements de ces réseaux de professionnels peuvent porter sur l'évaluation et l'amélioration des pratiques des professionnels concernés, la mise en oeuvre des références médicales, la gestion du dossier du patient ou la mise en oeuvre d'actions de prévention et de dépistage. Ces contrats sont approuvés par le directeur de la Cnamts, après avis favorable du directeur d'au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie, qui dispose de 45 jours pour se prononcer à compter de la réception du texte transmis par les signataires. À l'expiration de ce délai, le contrat est réputé approuvé.

Etablissements de santé

► Passage progressif à la tarification à l'activité

Après les simulations et les expérimentations conduites en 2003 sur la base de l'article 25 de la LFSS pour 2003, les articles 22 à 34 de la loi organisent le passage progressif à la tarification à l'activité de l'ensemble des établissements de santé publics et privés. À terme, la tarification à l'activité remplacera la dotation globale des hôpitaux et l'objectif quantifié national des cliniques.

Avec ce nouveau système d'allocations des ressources, chaque établissement de santé sera rémunéré en fonction de la nature et du volume de son activité.

- **Champ d'application** : Le nouveau système de tarification s'appliquera à l'ensemble des activités MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie), y compris les alternatives à la dialyse en centre et l'hospitalisation à domicile. Ce périmètre est établi quel que soit le statut de l'établissement, public ou privé. Deux catégories seront maintenues hors du champ de la réforme : les hôpitaux locaux et les établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées. Par ailleurs, les missions d'intérêt général (recherche, enseignement, innovations et recours) seront financées forfaitairement et contractualisées entre les établissements et les agences régionales de l'hospitalisation.

- **Mise en place progressive de la réforme** : La LFSS pour 2004 prévoit un passage progressif à la tarification à l'activité **entre 2004 et 2012** (art. 33 et 34). Le basculement de la tarification à l'activité se fera le 1er octobre 2004 pour les établissements privés. Pour les établissements publics et pour les établissements privés participant au service public, la transition aura lieu en trois étapes :

- En 2004, le cadre budgétaire et comptable, la procédure budgétaire ainsi que les modalités d'allocation de ressources actuelles seront maintenues. En revanche, les budgets seront déterminés et ajustés sur la base de l'activité mesurée par le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information).

- La deuxième étape sera opérée fin 2004 avec la préparation de la campagne budgétaire 2005. La mise en place de la nouvelle procédure budgétaire implique une réforme du régime budgétaire et comptable des établissements les recettes liées à l'activité sortent du cadre de la dotation globale. Pour des raisons techniques, un circuit administratif et financier particulier sera donc mis en place.

- La dernière étape permettra aux établissements de facturer directement à l'assurance maladie, sans passer par l'ARH, leurs prestations d'hospitalisation ainsi que les spécialités médicales et les prestations facturables en sus.

► **Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés**

L'article 48 de la loi étend les missions du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Il modifie l'article 40 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003 qui prévoit que le FMESPP finance des dépenses de fonctionnement et l'investissement des établissements de santé, à l'exclusion de toute autre structure dispensant des soins. Dans le cadre du plan de relance de l'investissement hospitalier lié au plan «Hôpital 2007» est ajouté à cette mission le financement des mêmes dépenses engagées par les groupements de coopération sanitaires. Le FMESPP se voit, également, confier la mission de contribuer au financement des charges supportées par les établissements de santé retenus pour participer à l'expérimentation de l'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de la procédure d'accréditation menée par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). Par ailleurs et pour tirer les conséquences de la loi n° 2001-616 du 11 juillet 2001 relative à Mayotte, qui lui a conféré le statut de collectivité départementale, l'article 48 a étendu à celle-ci l'ensemble des missions du FMESPP. Enfin, l'article 48 fixe à 470 millions d'euros le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP.

► **Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV)**

Il est abondé en 2004 à hauteur de **15 millions d'e** (contre 20 millions d'e en 2003). Le montant maximal de ses dépenses en 2004 est fixé à 106 millions et la différence s'explique par le montant des réserves du Fonds). Les missions du FAQSV sont, par ailleurs, élargies en vue du financement, jusqu'au 31 décembre 2006, des infrastructures relatives au partage de données médicales, à travers l'expérimentation, qui débutera en 2004, d'une offre d'hébergement des données de santé des assurés sociaux dans quatre régions pilotes (art. 47 de la loi).

Loi de financement de la Sécurité sociale 2005

[Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004](#), JO du 21/12/2004

[Extrait de : Liaisons sociales, n° 8563, 10 février 2005]

Concernant la branche maladie, la LFSS pour 2005 procède essentiellement à l'ajustement de dispositifs mis en place :

- par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, destinés à mieux maîtriser les dépenses de santé et à mettre en place une nouvelle gouvernance de l'Assurance maladie ;
- et par la LFSS pour 2004 concernant le passage à la tarification à l'activité (T2A) des établissements de santé.

Maîtrise des dépenses d'assurance maladie

► Participation forfaitaire du patient

La LFSS pour 2005 indique, par souci de précision et d'équité, que la participation forfaitaire créée par la loi 13 août 2004, que doivent acquitter les assurés lors de chaque acte ou consultation réalisé par un médecin et pour tout acte de biologie médicale, s'applique aux assurés des régimes spéciaux (fonctionnaires, mines, etc.). Elle précise, par ailleurs, que l'obligation pour l'organisme assureur de prendre en charge cette participation ne peut résulter que des dispositions expresses du contrat de prévoyance. À défaut de telles dispositions, la participation d'un euro est réputée non couverte par le contrat, ce qui rend celle-ci applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire en vigueur avant le 1er janvier 2005. Il s'agit d'éviter que la contribution forfaitaire soit prise en charge automatiquement par les mutuelles, institutions de prévoyance ou sociétés d'assurances. En effet, dans la plupart des contrats de prévoyance, collective ou individuelle, la définition du complément de prestation conduirait à ce que l'organisme assureur soit tenu de rembourser la participation forfaitaire d'un euro, sauf à conclure un avenant. Mais, la négociation contractuelle ou la procédure conventionnelle étant très lourde, le risque était qu'elle n'aboutisse pas dès le 1er janvier.

► Identification des médecins hospitaliers

Pour parvenir à une meilleure maîtrise médicalisée des dépenses de santé, la loi du 13 août 2004 a mis en place différents outils tels que le médecin traitant et le dossier médical partagé. Elle a, en outre, prévu de renforcer les contrôles sur la délivrance des arrêts de travail (renforcement précisé par les décrets nos 2004-1448, 1454 et 1456 du 3 décembre 2004) et la rédaction des protocoles de soins destinés aux assurés atteints d'une affection de longue durée. Pour rendre ces mesures effectives, la Cnam a besoin d'identifier individuellement chaque médecin qu'il soit libéral, hospitalier ou salarié dans un centre de santé. Or, dans ces deux derniers cas, l'identification était jusqu'à présent impossible. La LFSS pour 2005 prévoit en conséquence l'attribution d'un numéro d'identification individuelle aux praticiens hospitaliers et des centres de santé pour mieux contrôler leurs prescriptions.

► Utilisation frauduleuse de la carte Vitale

Pour lutter contre les fraudes et les abus d'utilisation de la carte Vitale, la LFSS pour 2005 charge les caisses d'Assurance maladie d'inscrire sur une liste d'opposition les numéros des cartes en circulation et en cours de validité perdues, volées ou dénoncées. Les conditions de mise en oeuvre de cette liste seront fixées par les conventions, accords nationaux, contrats ou autres dispositions liant les professionnels de santé et l'assurance maladie.

► Missions du FMESPP

Les missions du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) sont élargies au reversement aux établissements de santé des sommes dues au titre des dépenses évitées par l'application des accords de bonne pratique. Cette disposition est applicable à Mayotte et à Saint-Pierre et Miquelon. La dotation du fonds pour l'année 2005 est, par ailleurs, fixée à 405 millions d'euros. Cette mesure organise le financement des dispositions de la loi du 13 août 2004 destinées à favoriser la conclusion d'accords-cadre en vue d'améliorer les pratiques hospitalières.

Nouvelle gouvernance

► Application des conventions médicales

La LFSS pour 2005 prévoit que les conventions, l'accord-cadre et les accords conventionnels interprofessionnels conclus entre l'Assurance maladie et les organisations représentatives de professionnels de santé, arrivés à échéance ou résiliés, continuent de produire leurs effets tant qu'un nouvel accord ou convention ou règlement arbitral n'est pas publié au *Journal officiel*. Prolongeant les dispositions de la loi du 13 août 2004 qui a réformé leurs conditions de conclusion et d'application, cette mesure vise à garantir la continuité des dispositions des conventions médicales.

► Attribution des missions régionales de santé

Les missions régionales de santé, dont la loi du 13 août 2004 a prévu la création sur la base d'une convention conclue entre l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) et l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) de chaque région, sont étendues à la diffusion des guides de bon usage des soins et des recommandations de bonne pratique élaborés par la Haute Autorité de santé et à l'évaluation de leur respect. L'objectif est de créer les conditions d'une meilleure coordination entre secteurs hospitalier et ambulatoire.

► Tarifification à l'activité

- Avances de trésorerie aux établissements de santé privés

Pour faciliter l'application de la T2A dans les établissements de santé privés, les Cnam se voient attribuer le droit d'accorder des avances de trésorerie à ces établissements et aux professionnels de santé y exerçant à titre libéral soumis à la nouvelle classification des prestations, pendant une durée de deux mois à compter de l'entrée en vigueur de celle-ci. Les motifs de ces avances sont la non-transmission par voie électronique ou l'impossibilité de traitement des bordereaux de facturation liée à la nouvelle classification. Le montant de ces avances sera déduit des sommes dues au titre des factures afférentes aux soins dispensés postérieurement à la mise en oeuvre de la nouvelle classification.

- Majoration des prix et des TFR de médicaments dans les DOM

Le champ des majorations applicables, dans les DOM, aux prix des médicaments remboursables est élargi aux tarifs de responsabilité des médicaments et autres produits médicaux, aux médicaments rétrocédés et aux tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR). Ces majorations, dont les conditions d'application seront fixées par arrêté, ont pour objet de compenser les sujétions particulières qui, dans les DOM, grèvent le coût des médicaments en appliquant un coefficient correcteur en fonction des contraintes géographiques de ces collectivités.

► Enseignants des établissements privés sous contrat

À compter du 1er septembre 2005, les maîtres et documentalistes agréés ou contractuels qui sont en activité dans les établissements d'enseignement privés liés à l'État par contrat sont affiliés au régime d'assurance maladie des fonctionnaires de l'État dont relèvent les maîtres de l'enseignement public. Leur sont ainsi rendus applicables les articles L. 712-1 (prestations en cas de maladie, maternité, invalidité et décès), L. 712-3 (indemnités journalières), L. 712-9 alinéa 1 (cotisations maladie, maternité, invalidité) et L. 712-10 (cotisations pour des prestations nouvelles) du Code de la Sécurité sociale. Cette mesure vise à instaurer plus d'équité dans le traitement des maîtres de l'enseignement privé sous contrat vis-à-vis de ceux de l'enseignement public. Une disposition similaire est prévue pour les enseignants et documentalistes contractuels qui exercent leurs fonctions dans des associations ou des organismes responsables des établissements d'enseignement agricole privés sous contrat.

► Ondam

La loi de financement de la Sécurité sociale fixe chaque année pour l'ensemble des régimes obligatoires de base l'objectif national des dépenses d'assurance maladie. Celui-ci se compose de deux agrégats : les dépenses d'assurance maladie liées aux prestations exécutées en ville, qui comprennent les honoraires des médecins et autres professionnels de santé libéraux, les prescriptions de médicaments, de dispositifs médicaux et les indemnités journalières maladie et accidents du travail ; les dépenses des établissements de santé. Pour 2004, l'Ondam est révisé à 131 milliards d'euros. Pour 2005, il atteint 134,9 milliards d'euros, en hausse de 3,2% par rapport à 2004. L'Ondam « personnes âgées » (services de soins infirmiers à domicile et soins des établissements des personnes âgées dépendantes) enregistre en 2005 une hausse de 11 % (4,2 milliards d'euros). Par ailleurs, 330 millions d'euros sont affectés au secteur du handicap.

Ressources de la Sécurité sociale

Trois mesures de la LFSS pour 2005 visent à clarifier les recettes de la Sécurité sociale.

► Compensation des exonérations de cotisations sociales par l'État

L'article L. 131-7 du Code de la Sécurité sociale affirme le principe de la compensation à la Sécurité sociale de toute perte de recettes que lui occasionnerait une décision de l'État. Pour améliorer l'information du Parlement sur la bonne application de cette disposition, la LFSS pour 2005 met à la charge du gouvernement la remise aux deux assemblées parlementaires, chaque année, avant le 1er octobre, d'un rapport retraçant : différentes mesures donnant lieu à compensation (y compris celles ne donnant pas lieu à compensation intégrale); la ventilation de ces mesures par branche et par régime de base obligatoire ; leur évolution sur les trois derniers exercices clos, l'exercice en cours et celui à venir ; les mesures donnant lieu à application du principe de compensation envisagées pour l'année à venir ; le montant des créances sur l'État détenues par les organismes de Sécurité sociale ou par les fonds concourant à leur financement en application du principe de compensation.

► Organismes soumis à la C3S

Le champ des organismes soumis à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S) est étendu, pour la contribution due à compter du 1er janvier 2005, aux mutuelles et aux institutions de prévoyance.

► Extension aux mutuelles et institutions de prévoyance

Jusqu'à présent, le 9° de l'article L. 651-1 du Code de la Sécurité sociale soumettait à la C3S l'ensemble des sociétés financières par un simple renvoi aux catégories d'entreprises visées par l'article 235 *ter* du Code général des impôts, dont le dernier alinéa prévoit qu'il cesse d'être applicable aux dépenses et charges engagées à compter de 2004. Il était donc apparu nécessaire de clarifier cette situation. De plus, le droit communautaire de la concurrence imposait également une modification législative dans la mesure où les institutions financières et les entreprises d'assurances étaient soumises à la C3S sur le chiffre d'affaires réalisé au titre d'activités strictement identiques à celles réalisées par les mutuelles et institutions de prévoyance, qui en étaient pourtant exemptées. Le 9° de l'article L. 651-1 est donc modifié. Il assujettit désormais les mutuelles et les institutions de prévoyance à la C3S.

► Assiette spécifique

Mais, afin de limiter l'impact pour les mutuelles et les institutions de prévoyance de leur intégration dans le champ des entreprises soumises à la contribution, la LFSS pour 2005 définit de manière restrictive l'assiette sur laquelle leur C3S est calculée. Cette assiette est constituée, pour l'activité principale de ces organismes, par les cotisations, primes et acceptations de l'exercice, nettes de cessions et rétrocessions, telles qu'elles ressortent du compte de résultat. Elle ne comprend pas la fraction de leur chiffre d'affaires correspondant aux contrats solidaires, aux contrats groupes (*visés aux 15° et 16° de l'article 995 du Code général des impôts*), aux remises de gestion qui leur sont versées dans le cadre de leur participation à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité ainsi qu'à certaines subventions versées par le Fonds national de solidarité d'actions mutualistes.

► Affectation des fonds de la CNSA

La part des fonds de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) destinés aux personnes âgées (40%) et aux personnes handicapées (40%), affectée, selon le public accueilli, au financement des établissements sociaux et médico-sociaux par les régimes d'assurance maladie est délimitée : 48% sont destinés aux établissements pour personnes âgées et 15 % à ceux accueillant des personnes handicapées. Ainsi, au total, 480 millions d'euros issus des ressources de la CNSA seront versés à ces régimes pour assurer le financement de l'Ondam médico-social.

Recouvrement

► Contributions acquittées par les entreprises pharmaceutiques

Le recouvrement et le transfert des taxes acquittées par les laboratoires pharmaceutiques fait l'objet d'une nouvelle répartition des compétences au sein de la branche du recouvrement. Anciennement assurés directement par l'Acoss, ils sont transférés vers deux Urssaf désignées par le directeur de l'Agence centrale. Il pourrait s'agir des Urssaf de Paris et Lyon. Sont concernées la contribution due sur les ventes directes, la clause de sauvegarde de l'Ondam, la contribution sur les dépenses de promotion des médicaments, la contribution sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux, la contribution dite « remise conventionnelle », la contribution exceptionnelle sur le chiffre d'affaires issue de la LFSS pour 2004 et la contribution sur le chiffre d'affaires instaurée par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie. L'Acoss conserve en revanche le recouvrement de la taxe sur les contrats d'assurance des véhicules à moteur. La mesure de transfert s'applique non seulement aux opérations de recouvrement et de contrôle relatives aux contributions dues postérieurement au 1er janvier 2005 mais également à celles qui ont été effectuées par l'Acoss au titre des contributions exigibles antérieurement à cette date. Ce transfert de compétences vise à recentrer l'Acoss sur ses missions fondamentales tête de réseau pour laisser aux Urssaf la tâche de procéder aux opérations de recouvrement.

► Indus de prestations sociales

Les pouvoirs dont disposent les Urssaf pour assurer le recouvrement des cotisations et contributions sociales sont étendus aux caisses de Sécurité sociale ainsi qu'aux caisses de MSA (Mutualité sociale agricole). Celles-ci se voient, en effet, attribuer la possibilité d'utiliser pour le recouvrement des prestations indûment versées la procédure de mise en demeure prévue aux 6e et 8e alinéas de l'article L. 133-4 du Code de la sécurité sociale, qui est actuellement réservée aux seules erreurs de droit par les professionnels de santé (inobservation des règles de tarification ou de facturation). Le recouvrement de l'indu est, par ailleurs, lui-même, étendu. Il peut désormais être réalisé auprès des établissements de santé.

► Hausse des recettes de la Cnamts

La fraction du droit de consommation sur les tabacs affectée à la Cnamts est portée de 21,42% à 32,50% pour les sommes à percevoir à compter du 1er janvier 2005. Cette mesure concrétise l'engagement pris par le gouvernement, dans le cadre de la réforme de l'Assurance maladie, de lui rétrocéder 1 milliard d'euros de recettes à titre d'indemnisation de l'insuffisance de compensations dont elle fut victime lors de la mise en place des 35 heures. Cette rétrocession est en outre majorée de 90 millions d'e pour compenser en partie à la Cnamts la perte de cotisations sur les boissons alcoolisées au profit du Fonds de financement de la CMU prévue par la loi de Finances pour 2005.

Loi organique relative aux lois de financement de la Sécurité sociale 2005

[Loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005](#), et [rectificatif](#), JO du 3 août 2005 et [Décision n° 2005-519 DC du 29 juillet 2005](#), JO du 3 août 2005.

Les principales dispositions sont les suivantes :

Création d'une annexe spécifique devant rendre compte tous les ans de l'application de la règle (fixée par la loi ordinaire) de la compensation intégrale par le budget de l'Etat de toutes les mesures d'exonération ou de réduction des taux ou de l'assiette des cotisations ou contributions ;

Le vote dans le cadre de la LFSS , et en cohérence avec les projets de lois de finances initiale et rectificative, du montant de la compensation résultant de cette annexe ;

Le monopole donné aux LFSS de statuer sur les éventuelles mises en exception à ce principe de compensation intégrale ;

L'obligation par le gouvernement d'informer le Parlement deux fois par an de l'état des créances de la Sécurité sociale sur les collectivités publiques, disposition à laquelle le Conseil constitutionnel a conféré un caractère organique dans sa décision n° 2005-519 du 29 juillet 2005.

La suppression du transfert de la dette sur les générations futures. Tout transfert de dette doit être accompagné d'une augmentation des recettes de la cotisation permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale.

Étalée sur deux ans, la mise en œuvre de la loi organique sera le fait pour l'essentiel de la loi de financement Sécurité sociale 2006.

Parallèlement la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, qui entre en vigueur au 1^{er} janvier 2006, introduit une articulation entre les lois de finances et les lois de financement de la Sécurité sociale, en instituant une conférence budgétaire spécifique dédiée aux très nombreux sujets participants de la relation entre l'Etat et la Sécurité sociale.

Loi de financement de la Sécurité sociale 2006

[Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005](#) et [décision du Conseil constitutionnel n° 2005-528 DC](#) du 15 décembre 2005, JO du 21/12/2005.

[Extrait de : Liaisons sociales, n° 8650, 5 janvier 2006]

Les mesures relatives à l'Assurance maladie s'ajoutent aux dispositions de la loi du 13 août 2004 qui sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2006. Elles sont les suivantes :

► Participation forfaitaire du patient de 18 €

La LFSS rend le forfait journalier non imputable sur le montant de la participation de l'assuré restant à sa charge lorsque, à l'occasion d'une hospitalisation les frais engagés dépassent un certain montant. Ce système met en place le cadre juridique nécessaire à la création, par décret, d'une participation forfaitaire du patient de 18 € pour les actes médicaux réalisés à l'occasion d'une hospitalisation d'une valeur supérieure à 91 € (à l'exception des actes de biologie et d'imagerie médicale).

Les femmes enceintes, les nouveaux-nés hospitalisés, les titulaires d'une rente d'accident du travail ou d'une pension d'invalidité et les personnes reconnues atteintes d'une affection de longue durée en seraient exonérées. Par ailleurs, la franchise sera intégralement couverte par les contrats de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), gérés par les régimes obligatoires comme par les organismes complémentaires.

Cette mesure devrait permettre à la Sécurité sociale d'économiser environ 100 millions d'euros, dont 84 millions pour le Régime général.

► Contrats responsables

L'entrée en vigueur des contrats responsables, prévue au 1^{er} janvier 2006, est aménagée. Ces contrats sont mis en place par l'article 57 de la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie, pour s'assurer du respect par les assurés du parcours de soins coordonné. Pour bénéficier des incitations fiscales et/ou sociales réservées à ces nouveaux contrats, les contrats d'assurance complémentaire santé doivent être adaptés. Ils doivent, en effet, respecter un cahier des charges dont le contenu a été fixé par un décret publié le 30 septembre 2005.

Des reports d'entrée en vigueur sont prévus :

- Contrats liés à un accord collectif de branche : le report est fixé au 1^{er} juillet 2006 ; cela est lié à la publication tardive du décret fixant le cahier des charges des contrats responsables. L'octroi d'un délai supplémentaire de six mois vise ainsi à permettre aux partenaires sociaux de disposer du temps nécessaire à la renégociation des contrats complémentaires collectifs pour les mettre en conformité avec les nouvelles règles.
- Contrats offrant des garanties partielles : la loi reporte du 1^{er} janvier 2006 au 1^{er} janvier 2008 la date limite à laquelle les contrats, bulletin d'adhésion ou les règlements comportant exclusivement des garanties prenant en charge les dépenses occasionnées lors d'une hospitalisation ou ne prenant en charge que certains spécialités ou dispositifs médicaux, doivent se mettre en conformité avec la nouvelle réglementation relative aux contrats responsables.
 - Actions de prévention : l'obligation d'inclure des actions de prévention dans les contrats responsables est reportée de six mois. Le décret du 29 septembre précité, relatif au cahier des charges, a prévu que, dans le cadre des contrats responsables, l'assuré doit bénéficier d'une prise en charge totale d'au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique. La liste de ces prestations, qui doit être fixée par arrêté ministériel, est en cours d'élaboration sous l'égide de la Haute Autorité de santé. Dans la mesure où elle n'est pas publiée avant le 1^{er} janvier 2006, l'entrée en vigueur de la mesure est reportée au 1^{er} juillet 2006.
 - Cmu complémentaire : la loi soumet les contrats de Couverture universelle complémentaire aux mêmes obligations que les contrats responsables.
 - Contrats CMU-C : le panier de soins pris en charge au titre du dispositif de la CMU-C pourra désormais être limité par décret afin de respecter les dispositions relatives aux contrats responsables. Il pourra également être restreint pour prendre en compte les avis de la Haute Autorité de santé eu égard à l'insuffisance du service médical rendu des produits, actes ou prestations de santé.
 - Contrats de sortie CMU-C : les bénéficiaires de la CMU-C disposent, à l'expiration de leurs droits à cette couverture, d'une prolongation d'un an de leur contrat de couverture complémentaire, lorsque leur contrat est géré par un organisme de protection sociale complémentaire. Le contrat maintenu doit offrir une couverture équivalente au contrat CMU-C. La loi crée une dérogation à cette règle en précisant que ce contrat doit respecter le cahier des charges des contrats responsables et ne pas prendre en charge les majorations applicables en cas de non-respect du parcours de soins coordonné. Cette mesure s'applique aux contrats et adhésions souscrits à partir du 1^{er} janvier 2006 ; Ceux en cours à cette date bénéficient, jusqu'à leur terme en 2006, de l'exonération de taxe sur les conventions d'assurance.

Une modification du contrat est prévue : toute addition ou modification apportée à un contrat d'assurance primitif doit être constatée par un avenant signé des parties (article L.112-3 du code des assurances). Par dérogation, la modification proposée par l'assureur d'un contrat complémentaire santé, individuel ou collectif, visant à le mettre en conformité avec les règles relatives aux contrats responsables, est désormais réputée acceptée à défaut d'opposition du souscripteur. L'assureur doit toutefois informer ce dernier par écrit des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques sociales, fiscales et tarifaires qui résulteront de sa décision. Le souscripteur dispose d'un délai de 30 jours pour refuser par écrit la proposition. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration du délai de 30 jours, et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des adhérents ou affiliés par le souscripteur. Cette mesure est entrée en vigueur le 21 décembre 2005.

Garanties minimales : la loi précise le champ des garanties minimales que doivent comporter les contrats responsables. Ces dernières ne couvrent pas les spécialités pharmaceutiques dont le service médical rendu est insuffisant au regard des autres médicaments ou thérapies disponibles.

► Médecins traitants

La loi apporte quelques assouplissements au parcours de soins coordonnés mis en place par la loi du 13 août 2004.

- Installation des jeunes médecins : les dispositions relatives au parcours de soins coordonnés pourraient se traduire pour les médecins qui s'installent par une difficulté supplémentaire pour se constituer une clientèle. Pour éviter ce risque, il est prévu que, pendant une durée fixée à 5 ans par décret n° 2006-1 du 2 janvier 2006, un patient qui consulte un médecin récemment installé, qui n'est pas son médecin traitant, ne soit pas considéré comme dérogeant au parcours de soins coordonnés. La mesure concerne la première installation d'un médecin ou son installation dans une des zones déficitaires définies par la mission régionale de santé.
- Exercice en cabinet médical ou centre de santé : les médecins exerçant au sein d'un cabinet médical situé dans les mêmes locaux ou dans un centre de santé peuvent être conjointement désignés médecins traitants.

► Réduction ou exonération du ticket modérateur

Les conditions de limitation ou de réduction de la participation de l'assuré aux frais de santé relèvent dorénavant de la compétence de l'Etat. Ils sont, en effet, déterminés par décret au Conseil d'Etat, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unoc).

► Affections de longue durée

Les règles relatives au protocole de soins des patients en affection de longue durée ont été modifiées par la loi du 13 août 2004. Ce nouveau protocole se substitue progressivement à l'ancien. La PLFSS organise donc une période de transition destinée à éviter que les personnes concernées soient pénalisées pour non-respect du parcours de soins coordonné. Ainsi, les patients reconnus atteints d'une ALD avant le 15 novembre 2005 et ayant désigné leur médecin traitant, ne seront pas pénalisés pour non-respect du parcours de soins. Jusqu'à l'élaboration de leur nouveau protocole de soins et au plus tard jusqu'au 1^{er} juillet 2008, ils bénéficieront donc du maintien de l'exonération du ticket modérateur et ne se verront pas appliquer de dépassements d'honoraires.

► Aides aux remplacements des médecins

La loi du 13 août 2004 avait prévu la possibilité d'aides conventionnelles aux médecins qui s'installent et à ceux qui sont déjà installés dans une zone déficitaire. Cette possibilité est étendue aux médecins remplaçants, la période de remplacement étant une période propice pour orienter le choix d'installation des jeunes professionnels.

► Dépassements d'honoraires pour les bénéficiaires de la CMU-C

Les médecins sont autorisés, par l'article L.162-5-13 du Code de la Sécurité sociale à dépasser les tarifs conventionnels pour leurs patients bénéficiaires de la CMU-C en cas d'exigence particulière du patient. La loi précise qu'il s'agit notamment des cas de visite médicalement injustifiée.

► Financement de la CMU-C

Le taux de participation des organismes complémentaires santé au Fonds de financement de la protection complémentaire de la Couverture maladie universelle (CMU-C) est relevé de 1,75 % à 2,5 %. En contrepartie, le forfait attribué aux organismes complémentaires pour la prise en charge d'une personne en CMU complémentaire est relevé à 340 € par an (contre 304,52 € en 2005).

► Revalorisation de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire

L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé permet aux personnes dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond de la CMU-C (de 15 % au maximum) de bénéficier d'une aide pour souscrire une assurance complémentaire santé. Afin d'améliorer l'attractivité de ce dispositif qui n'a pas encore rencontré le succès espéré lors de sa mise en place, les montants annuels de l'aide sont relevés : de 75 € à 100 € pour les personnes de moins de 25 ans, de 150 € à 200 € pour celles âgées de 26 ans à 59 ans, de 250 à 400 € pour celles de plus de 60 ans. Ces nouveaux montants s'appliquent aux nouveaux droits effectifs à compter du 1^{er} janvier 2006. A l'inverse, pour les droits qui ont débuté en 2005, ce sont les anciens montants qui s'appliqueront jusqu'à l'extinction du droit.

► Prolongement des prestations en espèces des chômeurs et détenus

La PLFSS met en place deux dispositifs destinés à éviter une rupture dans les droits aux prestations en espèces (indemnités journalières et pensions d'invalidité), pour les chômeurs qui reprennent une activité et les anciens détenus.

- Les chômeurs indemnisés par le régime d'assurance chômage ou de solidarité qui reprennent une activité voient actuellement leur couverture maladie s'interrompre jusqu'à ce qu'ils reconstituent leurs droits à prestation d'assurance maladie. Afin de favoriser leur retour à l'emploi, la loi prévoit qu'ils bénéficieront désormais du maintien de leurs droits antérieurs à prestations pendant une durée qui sera déterminée par décret. Cette durée devra correspondre au temps nécessaire à l'acquisition de droits équivalents au titre de leur nouvelle activité. La mesure s'appliquera également aux personnes en congé de conversion ou en convention de reclassement personnalisée. Grâce à ces nouvelles dispositions, les personnes concernées ne seront plus privées d'indemnisation maladie ou maternité en cas d'arrêt de travail survenant seulement quelques semaines après leur reprise d'activité.

- Des dispositions similaires sont accordées aux anciens détenus. Pour ces derniers, une seule journée d'incarcération entraînait la perte de tous les droits aux prestations en espèces acquis antérieurement que cette incarcération soit provisoire ou qu'elle corresponde à l'exécution d'une peine. Il leur sera dorénavant permis de recouvrer, dans des conditions qui seront précisées par décret, les droits à prestations en espèces dont ils bénéficiaient lors de leur incarcération, augmentés le cas échéant des droits acquis en prison pendant la période de détention provisoire. Pendant leur incarcération, les détenus titulaires d'une pension d'invalidité liquidée par le régime dont ils relevaient antérieurement bénéficieront également du maintien de son versement. De plus, leurs ayants droit percevront, le cas échéant, le capital décès prévu à l'article L. 361-1 du Code de la Sécurité sociale.

► Fin de la majoration du taux de liquidation des IJ de plus de six mois

L'augmentation de la CSG sur les indemnités pour maladie à compter du 1^{er} janvier 1998 avait conduit à créer une majoration du taux de liquidation des indemnités journalières de plus de six mois afin de ne pas pénaliser les assurés en cours d'indemnisation à cette date. Cette différence circonstancielle ne se justifie plus aujourd'hui. Par conséquent, la loi la supprime à compter du 1^{er} janvier 2006, en réservant cependant le cas des arrêts de travail en cours atteignant à cette date le septième mois d'indemnisation continue. La suppression concerne donc les arrêts de travail prescrits à compter du 2 juillet 2005.

► Ondam 2006

L'article 1^{er} de la loi organique du 2 août 2005 relative aux Lois de financement de la Sécurité sociale dispose que le PLFSS fixe l'Ondam (objectif national de dépenses d'assurance maladie) de l'ensemble des régimes obligatoires de base. Pour 2006, l'objectif est fixé à 140,7 milliards d'€, en hausse de 2,5 % par rapport à 2005. Il se décompose en six sous-objectifs : 65,3 milliards pour les soins de ville, 45,8 milliards pour les établissements de santé à l'activité, 17,9 milliards pour les autres établissements de santé, 4,3 milliards pour les personnes âgées, 6,6 milliards pour les personnes handicapées, 0,7 milliard pour les autres dépenses de soins (soins pour les ressortissants français à l'étranger, dotation nationale en faveur des réseaux et des dépenses médico-sociales non déléguées à la CNSA).

Loi de financement de la Sécurité sociale 2007

► [Loi n° 2006-1640 du 14 décembre 2006](#) et [rectificatif](#) de financement de la Sécurité sociale pour 2007, JO du 22/12/06.

[Extrait de : Liaisons sociales, n° 46 :2007, 15 février 2007]

► Aménagement du régime des heures de sortie en arrêt maladie

Le régime des heures de sortie autorisées en cas d'arrêt de travail est assoupli pour les patients dont les sorties font partie de la thérapie (cancer, dépression, etc). Les modalités d'application de cette mesure se feront définies par décret (CSS, art. L. 326-6). Ces assouplissements seront désormais par voie réglementaire. L'exposé des motifs indique qu'il appartiendra au praticien, le cas échéant, d'apprécier les heures de sortie les plus appropriées à la pathologie de son patient, dans le respect du cadre général posé par voie réglementaire.

► Adaptation des règles d'accès à une complémentaire santé

- Relèvement du plafond des ressources : afin d'étendre le champ des personnes couvertes par une complémentaire santé, le plafond de ressources ouvrant droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé est relevé au 1^{er} janvier 2007 de 15 % à 20 % au-dessus de la base ressources de la CMUC. Ainsi, une personne seule, en métropole, pourra prétendre à une aide si ces revenus ne dépassent pas 8 614,54 € annuels au 1^{er} janvier 2007. L'Aide complémentaire santé est annuelle. Son montant est variable en fonction de l'âge des bénéficiaires au 1^{er} janvier de l'année (et plafonné au montant de la cotisation ou de la prime due). Il demeure fixé à 100 € pour les personnes âgées de moins de 25 ans, 200 € pour celles âgées de 25 à 59 ans et 400 € pour celles âgées de 60 ans et plus. Nombre de personnes susceptibles d'avoir accès à ce dispositif : 2,9 millions, alors que fin décembre 2005, seulement 400 000 attestations avaient été délivrées par les Cnam.

- Règle d'arrondi : au 1^{er} juillet 2007, le montant des plafonds de ressources pour ouvrir droit à la CMUC et à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (crédit d'impôt) sera arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 sera comptée pour 1. La règle de l'arrondi entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2007, date à laquelle les plafonds de ressources ouvrant droit à la CMUC et au crédit d'impôt seront revalorisés.

► Parcours de soins coordonné

- Convergence des dispositifs médecin référent et médecin traitant : la convention médicale du 12 janvier 2005 avait prévu une négociation avant le 15 novembre 2005 pour assurer la convergence du dispositif de médecin référent avec le nouveau dispositif du médecin traitant. Cette négociation n'a pas eu lieu. Aussi, la loi prévoit qu'à défaut de cette conclusion avant le 31 janvier 2007 d'un avenant conventionnel prévoyant les conditions de convergence des deux dispositifs, un arrêté publié avant le 31 mars 2007 peut prévoir la possibilité, pour les médecins exerçant à titre libéral de souscrire à titre individuel un contrat avec l'Assurance maladie. Ce contrat peut comporter des engagements du médecin relatifs notamment au volume d'activité, à la qualité de la prescription, à sa formation, à la qualité de sa pratique et à sa participation à la permanence de soins. Il peut comporter également des dispositions relatives à la rémunération des adhérents au contrat et des dispositions favorisant la dispense d'avance de frais.

- Centres de santé en zones sous-médicalisées : les sanctions prévues en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés ne sont pas applicables en cas de consultations assurées ou prescrites par des médecins généralistes qui exercent dans un centre de santé nouvellement agréé situé dans une zone sous-médicalisée et non plus seulement à celles assurées par des médecins généralistes qui s'installent sur ces mêmes zones.

► Développement des génériques : pour favoriser le développement des médicaments génériques, le PLFSS réserve le bénéfice du tiers payant en pharmacie aux assurés et aux bénéficiaires de la CMUC qui acceptent la délivrance d'un médicament générique, sauf dans les groupes génériques soumis au tarif forfaitaire de responsabilité ou lorsqu'il existe des génériques commercialisés dans le groupe dont le prix est supérieur ou égal à celui du princeps. Cette disposition ne s'applique pas non plus dans les cas pour lesquels la substitution peut poser des problèmes de santé au patient.

- ▶ Consultation de prévention des plus de 70 ans : une consultation gratuite de prévention pour les personnes âgées de plus de 70 ans est mise en œuvre pour mieux détecter les facteurs susceptibles de conduire aux pathologies liées à la dépendance. Cette consultation exonérée de ticket modérateur sera dans un premier temps expérimentée avant d'être généralisée à compter du 1^{er} juillet 2007. Coût estimé : 25 millions d'€ pour la branche maladie. Les caisses nationales d'Assurance maladie sont par ailleurs autorisées à mettre en place des programmes d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques visant à leur apporter des conseils en termes d'orientation dans le système de soins et d'éducation à la santé.
- ▶ Travailleurs frontaliers occupés en Suisse : la loi précise les modalités d'application du droit d'option reconnu en matière d'assurance santé aux travailleurs frontaliers exerçant en Suisse. Les travailleurs frontaliers résidant en France et exerçant leur activité professionnelle en Suisse, en principe soumis à la législation suisse en matière de Sécurité sociale en application de l'accord sur la libre circulation des personnes conclu entre la Communauté européenne et la Confédération helvétique le 21 juin 1999 et entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002, peuvent être exemptés de cette affiliation à l'Assurance maladie suisse en application des dispositions dérogatoires de cet accord. Selon l'article L.380-3-1 du Code de la Sécurité sociale, ils sont dans ce cas affiliés obligatoirement au régime général de sécurité sociale française dans le cadre de la CMU. Toutefois, ils disposent d'un droit d'option à la condition d'avoir souscrit d'assurance maladie auprès d'un assureur privé... Ce droit d'option n'est ouvert que durant la période transitoire de mise en œuvre de l'accord, qui prendra fin sept ans après sa date d'entrée en vigueur, soit le 31 mai 2009 (possibilité de reconduction de cette période transitoire pour une période de cinq ans supplémentaire, jusqu'au 31 mai 2014). Ces nouvelles dispositions ne sont pas applicables aux travailleurs transfrontaliers, ainsi qu'à leurs ayants droit, affiliés au Régime général français à la date d'entrée en vigueur de la LFSS pour 2007, soit au 23 décembre 2006.
- ▶ Modalités du droit d'opposition pour les conventions médicales : la loi modifie les modalités du droit d'opposition pouvant s'exercer à l'encontre d'une convention médicale. Ce droit est désormais réservé aux seules organisations « représentatives » de médecins ou d'autres professions de santé. En outre, aux critères habituels de représentativité – effectifs, indépendance, cotisations, expérience et ancienneté du syndicat – est ajoutée l'audience électorale.
- ▶ Ondam 2007 : le montant de l'objectif national de dépenses d'Assurance maladie (Ondam) est fixé à 144,8 milliards d'euros pour 2007 (+2,6 % par rapport à l'objectif des dépenses 2006 rebasé à 141,1 milliards d'euros).

Loi de financement de la Sécurité sociale 2008

[Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007](#) de financement de la Sécurité sociale pour 2008, JO du 21/12/07 et [Décision n° 2007-558 DC](#) du Conseil constitutionnel du 13 décembre 2007

[Extrait de : Liaisons sociales, n° 07 :2008, 10 janvier 2008]

Adopté le 11 octobre 2007 en Conseil des ministres, le projet de loi LFSS avait donc pour objectif de ramener le déficit du Régime général à 8,9 milliards d'euros pour 2009, au lieu de 12,7 milliards d'euros estimés le 24 septembre par la Commission des comptes de la Sécurité sociale.

Plusieurs amendements furent déposés lors de l'examen du projet de loi initiale à l'Assemblée nationale et au Sénat

Le parlement a adopté le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (*PLFSS*). Les sénateurs ont entériné le texte qui prévoit notamment l'instauration de franchises médicales (*dont les bénéficiaires de la CMU, les femmes enceintes et les mineurs sont exemptés*), l'instauration d'une contribution patronale de 2,5 % sur l'attribution de stock-options et de 10 % sur les attributions gratuites d'actions. En revanche, la commission mixte paritaire a rejeté plusieurs amendements dont celui qui prévoyait la création d'une taxe de 0,22% sur le chiffre d'affaires des fabricants de tabac et celui qui prévoyait l'instauration d'une taxe nutritionnelle de 1% du prix de vente des boissons sucrées.

Le PLFSS s'appuie pour cela :

- sur diverses mesures d'économies (1,8 milliards d'euros) :

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-lois-de-financement-de-la-securite-sociale-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-lois-de-financement-de-la-securite-sociale-en-france.epub

- sur des nouvelles recettes fiscales au titre de l'insuffisance du panier fiscal compensant les allègements de cotisations patronales sur les bas salaires (0,5 milliard d'euros).

Ces mesures permettront d'améliorer les comptes d'environ 4 milliards d'euros, qui bénéficieront en premier lieu aux branches maladies et vieillesse.

Parmi les principales dispositions du projet, on peut retenir les mesures suivantes relatives à l'Assurance maladie :

► Franchises médicales

Ces franchises médicales ont pour objectif de financer les chantiers prioritaires de la santé publique : maladie d'Alzheimer, soins palliatifs et cancer.

Une franchise annuelle sera laissée à la charge de l'assuré pour les frais relatifs à chaque prestation et produits suivants pris en charge par l'assurance maladie : médicaments à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation, les actes effectués par un auxiliaire médical, soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation, les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi à l'exception des transports d'urgence.

Et seront exonérés : les ayants droit de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Cette franchise s'ajoutera à la participation forfaitaire de l'assuré mise en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie, dont le plafonnement journalier a été récemment relevé.

Forfaitaire, le montant de la franchise devrait être fixé à 50 centimes d'euro par boîte de médicament et par acte médical et à 2 euros par transport sanitaire. La franchise sera due dans la limite d'un plafond annuel cumulé qui devrait s'élever à 50 euros par personne.

Des plafonnements journaliers sont également prévus pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires pour tenir compte des successions d'actes. A titre provisoire, et pour une durée n'excédant pas un an à compter de la publication de la PLFSS, ces plafonds journaliers ne s'appliqueront que pour les actes ou transports réalisés par un même professionnel.

Ces différents montants et les conditions d'application des franchises seront fixés par décret.

Le gouvernement n'a pas souhaité empêcher les organismes complémentaires de rembourser ce nouveau dispositif de franchises. Mais comme l'objectif est de responsabiliser l'assuré, ces contrats ne bénéficieront pas des avantages fiscaux attachés aux contrats responsables.

Cette mesure aura en année pleine un rendement de l'ordre de 850 millions d'euros.

► Responsabilisation des prescripteurs

- Extension de la procédure de mise sous accord préalable : cette procédure limitée pour l'instant à la prescription d'arrêt de travail et de transport est étendue aux autres domaines de la prescription ainsi qu'à la réalisation d'actes complémentaires. Seront concernés : les prescripteurs pour lesquels le taux moyen de prescription de transports en ambulance dépasse sensiblement le taux moyen de la région ; aux médecins pour lesquels le taux moyen de réalisations ou de prescriptions d'actes, produits ou prestations médicaux dépasse significativement le taux moyen au sein d'une région. Toutefois, et comme actuellement, en cas d'urgence attestée par le médecin prescripteur, l'accord préalable n'est pas requis pour la prise en charge des soins de transports.
- Encadrement des prescriptions de transport en taxi.
- Pénalités pour non-respect des règles en matière de prestations : la loi du 13 août 2004 a prévu un dispositif de pénalités pour les professionnels de santé, employeurs, assurés et établissements méconnaissant les règles en

matière de prestations de soins. Ce dispositif sera étendu aux transporteurs sanitaires, aux taxis et aux fournisseurs et prestataires de service.

- Renforcement des mécanismes de régulation des dépenses : le PLFSS vise à renforcer l'efficacité de la procédure d'alerte sur les dépenses maladie, pour mieux réguler celle-ci. Il prévoit deux mesures destinées à renforcer l'articulation entre politique conventionnelle de négociation tarifaire et réalisation de l'Ondam en cours d'année. Il s'agit de mieux prévenir les risques de dépassement de l'Ondam et, lorsque le risque est avéré, d'éviter d'aggraver ce dépassement.
- Entrée en vigueur des mesures conventionnelles de revalorisation : toute mesure conventionnelle ayant pour objet une revalorisation des honoraires, rémunérations et frais accessoires des professions de santé conventionnées ne pourra entrer en vigueur au plus tôt qu'à l'expiration d'un délai de six mois à compter de l'approbation de la convention ou de l'avenant comportant cette mesure.
- Suspension des revalorisations en cas de procédure d'alerte : en cas de déclenchement de la procédure d'alerte par le Comité d'alerte sur l'évaluation des dépenses d'assurance maladie, l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation au cours de l'année des honoraires, rémunérations et frais accessoires des professionnels de santé conventionnés sera suspendue. A défaut d'un avenant fixant à nouveau une date d'entrée en vigueur des revalorisations, compatible avec les mesures de redressement arrêtées à la suite de l'alerte, l'entrée en vigueur sera reportée au 1^{er} janvier de l'année suivante.
- Information de l'Unocam en cas de procédure d'alerte : à la liste des organismes devant être alertés de l'évolution des dépenses de santé (Parlement, gouvernement et caisses nationales d'assurance maladie – CSS, article L.113-4-1), le projet de loi ajoute l'Unocam.
- Renforcement des engagements conventionnels : il est prévu de préciser à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale que les engagements conventionnels de maîtrise médicalisée des médecins pourront comporter celui d'une prescription plus importante au sein du répertoire des génériques. Par ailleurs, afin d'assurer un meilleur suivi des engagements de maîtrise portant sur les prescriptions, le PLFSS propose d'exprimer les objectifs en volume, et non en montant, afin de neutraliser les variations de prix, qui ne dépendent pas de l'action des médecins (CSS, article L.162-5-1).

► Régulation démographique des professionnels de santé

- Les partenaires conventionnels seront invités à définir dans les conventions médicales nationales concernant les médecins généralistes et spécialistes les conditions et les modalités de conventionnement en fonction de la densité de la zone d'exercice. Les outils conventionnels doivent donc être modernisés pour répondre à l'inégale répartition des médecins sur le territoire.
- Des dispositions similaires sont prévues pour d'autres professions : infirmiers, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux et masseurs-kinésithérapeutes.
- Les infirmiers avaient déjà signé, le 22 juin 2007, un protocole d'accord sur la démographie visant à équilibrer leur répartition sur le territoire.

► Nouveaux modes expérimentaux de rémunération des médecins

- Contrat d'engagements prévoyant des contreparties financières : les Cnam pourront proposer aux médecins conventionnés de leur ressort d'adhérer à un contrat conforme à un contrat type élaboré par l'Uncam. Ce contrat pourra comporter des engagements individualisés relatifs à la prescription, à la participation à des actions de dépistage et de prévention, à des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, à la participation à la permanence des soins, au contrôle médical, ainsi qu'à toute action d'amélioration des pratiques, de la formation et de l'information des professionnels. Ces contrats déterminent les contreparties financières qui pourront être liées à l'atteinte des objectifs par le professionnel.
- Expérimentation de modes de rémunération alternatifs : il pourra être expérimenté, à compter du 1^{er} janvier 2008 et pour cinq ans, de nouveaux modes de rémunération des professionnels et des centres de santé complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant sur le fondement d'une évaluation quantitative ou qualitative de leur activité. Ces expérimentations seront conduites par les missions régionales de santé qui passeront à cet effet des conventions avec les professionnels de santé volontaires. Leurs modalités de mise en œuvre seront définies par décret. Les organismes complémentaires qui le souhaiteraient pourront être associés à ces

expérimentations. Une mesure expérimentale de même nature est prévue pour les médecins assurant la permanence de soins.

► Information des assurés sur les dépassements d'honoraires

Le PLFSS vise à améliorer les conditions d'information des patients sur les compléments d'honoraires facturés par les professionnels de santé afin d'éviter les dépassements les plus abusifs. Il est ainsi prévu qu'un arrêté des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale fixera le tari remboursable des actes au-delà duquel une information écrite préalable précisant le tarif des actes effectués, la nature et le montant du dépassement facturé devra être obligatoirement remise par le professionnel à son patient. L'inobservation de cette obligation pourra faire l'objet d'une sanction financière par les caisses égale au dépassement facturé selon la procédure prévue à l'article L.162-1-14 du code de la Sécurité sociale.

► La T2A à 100 % à l'hôpital en 2008

L'article 42 prévoit d'aligner le mode de financement des hôpitaux sur celui des cliniques en portant à 100 % leur part de tarification à l'activité (T2A). Le dispositif transitoire actuel de montée en charge de la T2A dans le secteur antérieurement sous dotation globale repose sur la fixation annuelle d'une fraction croissante de tarifs. Ainsi, l'activité des établissements est valorisée selon les tarifs nationaux à hauteur de la tarification en vigueur pour l'exercice (10 % en 2004, 25 % en 2005, 35 % en 2006, 50 % en 2007). Cet article accélère donc le processus. Un mécanisme de transition est prévu pour accompagner les établissements dans cette réforme. Les hôpitaux se verront attribuer un coefficient correcteur venant majorer ou minorer les tarifs nationaux afin de tenir compte des ressources actuelles qu'ils reçoivent de l'Assurance maladie. Tous les établissements se verront appliquer les mêmes tarifs au plus tard en 2012.

PLFSS 2008. Le Conseil constitutionnel censure 17 articles mais valide les franchises médicales
14/12/07 - Dans sa décision du 13 décembre, le Conseil constitutionnel a supprimé 17 articles (sur 118) du Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008, mais validé l'instauration des franchises médicales sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Les sages de la haute juridiction ont considéré que ces franchises n'étaient pas "contraires aux principes constitutionnels qui garantissent le droit à la santé pour tous et l'égalité devant la solidarité". Cette franchise "répond aux exigences constitutionnelles liées à l'équilibre financier de la Sécurité sociale", argumente dans son communiqué le Conseil. Il a en revanche émis une réserve d'interprétation sur l'article instaurant les franchises. "Le montant de la franchise et le niveau des plafonds devront être fixés par décret de façon telle que ne soient pas remises en cause les exigences [...] du Préambule de la Constitution de 1946" affirmant la garantie de la protection de la santé à tous. En clair, le montant des franchises ne doit pas être en contradiction avec l'accès à la santé pour tous et notamment, les plus modestes. Les 17 articles censurés l'ont été au motif qu'ils constituent des "cavaliers" (dispositions sans rapport avec l'objet principal du PLFSS). Le gouvernement devra leur trouver de nouveaux véhicules législatifs. Il s'agit notamment des articles prévoyant une amende de 7 500 euros afin de responsabiliser les sous-traitants dans la lutte contre le travail illégal en sanctionnant le défaut d'information des maîtres d'ouvrage, qui instaurait des sanctions pour les laboratoires en cas d'absence d'étude postérieure à la mise sur le marché d'un médicament, qui offrait la possibilité aux hôpitaux de recruter à temps partiels des médecins libéraux. Idem pour l'article modifiant le régime des incompatibilités applicables aux membres des conseils d'administration des établissements publics de santé, celui renforçant les obligations faites aux fabricants et aux distributeurs de dispositifs médicaux (notamment pour les produits inscrits sous une forme générique sur la liste des produits remboursables) et l'article associant l'Etat et la Cnamts à l'administration du groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier. Ou encore, des articles prévoyant que la Cnavts se prononce sur les conventions d'adossesment de régimes spéciaux au Régime général et puisse demander qu'une clause de révision soit intégrée dans ces opérations d'adossesment, ajoutant au contenu des documents d'information sur la retraite destinés aux assurés des éléments sur la retraite progressive, et créant un dispositif expérimental de centralisation de l'information sur les gardes d'enfants et les prestations associées. Enfin, l'article ouvrant à tous les centres hospitaliers et aux établissements privés participant au service public hospitaliers la possibilité d'instituer une structure médicale accueillant d'autres professionnels de santé que ceux qui y travaillent à titre exclusif est tombé lui aussi sous le couperet.

Loi de financement de la Sécurité sociale 2009

[Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008](#) de financement de la Sécurité sociale pour 2009, JO du 19/12/08.

[Extrait de : Liaisons sociales, n° 06/2009, 9 janvier 2009]

En raison des effets de la crise économique, la loi de financement de la Sécurité sociale 2009 ne permettra pas, comme initialement prévu, de juguler le déficit du Régime général à 8,6 milliards d'euros en 2009, en dépit des nouvelles ressources pourtant affectées à la Sécurité sociale comme la contribution sur l'épargne salariale, la taxation supplémentaires des parachutes dorés ou la hausse de la taxe des organismes complémentaires et des mesures d'économie adoptées : maîtrise des dépenses de santé, diminution des frais financiers...

Le taux de progression de l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 3,3 % pour 2009, soit un montant total d'objectif de dépenses de 157,6 milliards. Les sous-objectifs correspondront à des augmentations de 3,1 % sur les dépenses de soins de ville, de 3,1 % pour le secteur hospitalier et de 6,3 % pour les établissements médico-sociaux. Le respect de l'Ondam 2009 supposera des économies de l'ordre de 2,2 milliards d'euros attendus de la poursuite des efforts de maîtrise médicalisée des dépenses maladie.

► Maîtrise médicalisée des dépenses de santé

- Actes médicaux en série : les conditions de prescription des actes médicaux en série (masso-kinésithérapie, orthophonie, orthoptie...) sont modifiées. Au-delà d'un certain nombre d'actes, défini par un référentiel approuvé par la Haute autorité de santé ou validée par celle-ci sur proposition de l'Uncam, un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge.
- Médicaments génériques : deux mesures doivent favoriser le développement des génériques :
 - Inscription au répertoire : les règles d'inscription au répertoire des groupes génériques sont modifiées afin d'élargir les possibilités de substitution entre un médicament princeps et son générique. D'une part, la condition exigée jusqu'à présent pour l'inscription aux génériques est assouplie. En effet, l'identité exacte de la composition qualitative et quantitative en principes actifs est élargie à la notion de « fraction thérapeutique active » prévue par la Directive européenne de 2001. D'autre part, il est désormais permis d'inscrire sur le répertoire des génériques des médicaments oraux à libération modifiée, sans que la différence de forme galénique – comprimé ou gélule – soit un obstacle.
 - Recours à la DCI : le recours à la Dénomination commune internationale devient obligatoire pour les spécialités figurant dans un groupe générique.
- Mise sous accord préalable des prestations d'hospitalisation : la procédure de mise sous contrôle préalable prévue par la LFSS 2008 pour le développement de la chirurgie ambulatoire, est étendue aux prestations d'hospitalisation caractérisée par une évolution atypique (prescriptions supérieures aux moyennes régionale ou nationale) ou non conforme aux référentiels établis par la Haute autorité de santé.

► Participation de l'Unocam aux négociations conventionnelles

L'article 36 vise à mieux associer les organismes complémentaires aux négociations conventionnelles avec les professionnels de santé afin de réguler l'ensemble des dépenses de santé. Les conditions d'application de ces nouvelles dispositions seront précisées par décret. Elles n'entreront donc en vigueur qu'après parution de celui-ci.

- Entrée en négociation de l'Unocam : L'Union nationale des organismes d'assurance-maladie complémentaire est dorénavant autorisée à participer aux négociations avec les professionnels de santé. Pour cela, l'Uncam (Union nationale des caisses d'Assurance maladie) devra systématiquement informer l'Unocam de son intention d'ouvrir une négociation. L'Unocam lui fera ensuite part, dans un délai fixé par décret, de sa décision d'y participer. Dans ce cas, elle pourra demander à être auditionnée par le Conseil de l'Uncam. Lorsque l'Unocam participera aux négociations conventionnelles, l'Uncam n'aura pas à lui transmettre pour avis les mesures conventionnelles de revalorisation selon la procédure prévue à l'article L.162-15 dernier alinéa du Code de la Sécurité sociale.

- Signature de l'Unocam et validité de l'accord dans certains secteurs : dans les secteurs où la part des dépenses prises en charge par l'Assurance maladie est inférieure à 50 % du total des dépenses pour le patient (optique, dentaire, etc), la signature de l'Unocam devient obligatoire. L'accord, convention ou avenant ne sera valide qu'à cette condition (CSS, art. L.162-14-3 nouveau).

- Condition de signature de l'Unocam : la décision de signer un texte conventionnel sera prise par le Conseil de l'Unocam. Lorsqu'il s'agit d'un texte conventionnel négocié dans un secteur où la prise en charge par l'Assurance maladie est minoritaire, la décision sera prise à la majorité de 60 % des voix exprimées (CSS, art. L.182-3 modifié). L'Unocam est chargée de transmettre, chaque année avant le 15 juin, au Parlement et au ministre chargé de la Sécurité sociale, un bilan détaillé des négociations auxquelles elle a décidé de participer, ainsi que de la mise en œuvre des accords qu'elle a signés à l'issue de ces négociations (CSS art. L.182-3 nouveau).

- Conséquence du refus de l'Unocam : en cas de refus de l'Unocam de conclure un texte conventionnel, constaté dans des conditions fixées par décret, l'Unocam fera part aux ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale du constat de désaccord. S'il s'agit d'un texte conventionnel négocié dans un secteur où la prise en charge par l'assurance-maladie est minoritaire, elle ne pourra alors leur transmettre ledit texte en vue de son approbation qu'après un délai minimal fixé par décret (CSS, art. L 162-14-3 nouveau).

► Forfait pour la prise en charge des bénéficiaires de la CMUC

Le forfait sur la base duquel les dépenses de CmuC sont compensées par le Fonds CmuC aux gestionnaires de la prestation est revalorisé de 7,5 € par bénéficiaire et par trimestre, pour passer de 85 € à 92,5 € à compter de 2009 (CSS, art. 862-4 modifié). Selon l'exposé des motifs du projet de loi, cette mesure permettra de mieux prendre en charge la dépense effective supportée par les gestionnaires. Le gouvernement en attend un gain de 100 millions par an pour l'Assurance maladie.

Loi de Financement de la Sécurité sociale 2010

[Loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009](#), JO du 27/12/2009 et [décision du Conseil constitutionnel n° 2009-596 du 22 décembre 2009](#).

[Extrait de : Liaisons sociales, n° 10/2010, 15 janvier 2009]

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2010 est une loi FSS d'attente. Elle vise essentiellement à limiter le déficit du Régime général en 2010. Dans cette optique, le contrôle des arrêts de travail pour maladie est renforcé, les fonctionnaires étant également concernés. De nouvelles sanctions sont instituées pour lutter contre le travail dissimulé. En matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles, la prévention des risques professionnels se veut plus efficace, par l'instauration d'un système de bonus-malus.

Alors que le déficit de l'Assurance maladie devrait s'établir à 11,5 milliards d'€ en 2009, après 4,4 milliards en 2008, la Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2010 ouvre la voie à la réforme des affections de longue durée, qui représente plus de 60 % des dépenses de l'Assurance maladie.

D'autres mesures vont dans le même sens (par voie réglementaire) :

- le relèvement du forfait hospitalier de 16 à 18 € au 1er janvier 2010 (*arrêté du 23 décembre 2009*) ;
- la diminution du taux de remboursement de certains médicaments (de 35 % à 15 %), dont le service médical rendu est jugé faible (*décret n° 2010-6 du 5 janvier 2010*).

1 - Les mesures relatives aux dépenses maladie sont les suivantes :

► Ondam :

L'Ondam (objectif national de dépenses d'assurance maladie) pour 2010 est fixé à 162,4 milliards d'€ alors qu'il s'établissait à titre prévisionnel à 157,6 milliards d'€ pour 2009. Si l'objectif de dépenses est en hausse de 3% sur un an, il devra toutefois être contenu, a expliqué la ministre de la Santé le 1er octobre, puisque son respect nécessitera de réaliser 2,2 milliards d'€ d'économies par rapport à la progression tendancielle des dépenses. L'Ondam 2010 a été

établi, hors surcoût induit par les dépenses exceptionnelles liées à une éventuelle pandémie grippale. Si celle-ci devait conduire à des dépenses supplémentaires, elles ne seraient pas retenues pour l'évaluation d'un risque de dépassement de l'Ondam. Le comité d'alerte ne serait donc pas obligé, lorsqu'il prendra connaissance de la réalisation des dépenses d'Assurance maladie, de prendre en compte le surcoût lié à la pandémie, et donc de déclencher la procédure d'alerte prévue à l'article L. 114-4-1 du CSS. La procédure d'alerte entraîne, en principe, la présentation par les caisses nationales d'assurance maladie de mesures destinées à limiter la progression de l'Ondam.

► Exonération des examens de suivi d'ALD

Les assurés qui relèvent des affections de longue durée (ALD) bénéficient d'une exonération de ticket modérateur. Leur nombre était évalué à 8 millions de personnes fin 2007, représentant 14 % des assurés et 62 % des remboursements de l'assurance maladie. Les patients qui ne relèvent plus des affections de longue durée (ALD) pourront, à compter du 1er janvier 2010, bénéficier de l'exonération de ticket modérateur pour les actes et examens médicaux ou biologiques nécessaires au suivi de leur état de santé. Ces « situations cliniques », pour lesquelles une prise en charge à 100 % pourra être accordée, seront déterminées « sur la base de recommandations de la Haute autorité de santé ». Laquelle donnera également son avis sur les conditions et la durée de l'exonération qui seront fixées par décret (*CSS, art. L. 322-310 modifié*). Cette mesure concernerait dans un premier temps le cancer, mais à la lecture de l'article L. 322-3 du CSS, toutes les ALD sont potentiellement concernées. En fait, la mesure s'inscrit dans le droit fil des propositions de la Haute autorité de santé qui, en juin 2009, avait suggéré de ne renouveler l'ALD cancer, au-delà de la durée initiale de cinq ans, que lorsqu'il y a nécessité de poursuivre une thérapeutique lourde ou de prendre en charge des séquelles liées à la maladie ou au traitement. Cette proposition n'a pour l'instant pas trouvé de traduction législative. Toutefois, l'article 35 de la LFSS 2010 préfigure une mesure de ce type.

► Mise sous accord préalable des professionnels de santé

- Alternative à la mise sous accord préalable

En vertu des articles L. 162-1-14 et L. 162-1-15 modifiés du CSS, la mise sous accord préalable des prescriptions des médecins commettant des abus ne sera plus systématique. Le directeur de l'organisme local pourra, conjointement avec le service du contrôle médical, proposer au praticien, en alternative à la procédure de mise sous accord préalable, de « s'engager à atteindre un objectif de réduction des prescriptions ou réalisations en cause dans un certain délai ». En cas de refus du médecin, la procédure de mise sous accord préalable sera mise en oeuvre. Les modalités d'application de cette mesure seront fixées par décret à paraître. Selon l'exposé des motifs du projet de loi, le délai pour atteindre l'objectif de réduction des prescriptions devrait être fixé à six mois au maximum. À défaut de réaliser l'objectif de réduction des actes, le médecin est redevable d'une pénalité financière équivalente à celle prévue dans le cadre de la mise sous accord préalable classique.

À noter : si la procédure de mise sous accord préalable de l'activité médicale et paramédicale initiée en 2006 a permis de réaliser des économies évaluées à 47,7 millions d'€ en trois ans, sa gestion est coûteuse pour les Cnam qui doivent mettre en place un circuit de liquidation dérogatoire ainsi que pour les services du contrôle médical qui doivent donner des avis sur toutes les prescriptions concernées dans de brefs délais.

- Extension de la mise sous accord préalable

La Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2010 élargit, par ailleurs, la procédure de mise sous accord préalable des prescriptions d'actes, prestations ou produits médicaux, d'arrêts de travail et de transport en cas de disproportion entre le nombre de prescriptions ou réalisations et le nombre de consultations effectuées », l'objectif étant de cibler la procédure sur les mauvaises habitudes de prescription, quel que soit le volume d'activité. En outre, la comparaison qui s'effectuait jusqu'à présent dans le ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie, pourra être réalisée à moindre échelle, dans le ressort du même organisme local d'Assurance maladie (*CSS, art. L. 162-1-15 modifié*).

L'ensemble de ces modifications s'appliqueront aux faits postérieurs à la date de publication du décret d'application de l'article L. 162-1-15 modifié de la CSS.

► Autres mesures concernant la santé

- l'article 39 : le contrat de bonnes pratiques peut faire l'objet d'avenants destinés à y intégrer les objectifs fixés chaque année en matière de maîtrise médicalisée des dépenses d'Assurance maladie (*CSS, art. L. 162-12-21 modifié*) ;

- l'article 45 : dans le cadre de la maîtrise médicalisée des transports, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de frais de transport des établissements de santé est créé. Pour ceux qui dépassent ce taux, des sanctions sont appliquées (*CSS, art. L. 162-12-21 modifié*) ;
 - l'article 48 : la convergence tarifaire intersectorielle des établissements de santé publics est reportée de 2012 à 2018 (*art. 33 de la LFSS pour 2004 modifié*) ;
 - l'article 48 : une base légale est donnée au paiement qu'effectuera une Cnam, en tant que caisse pivot, à un hôpital situé sur le territoire d'un autre État pour tous les patients concernés relevant d'un régime français de Sécurité sociale (*CSS, art. L. 174-2-1 et s modifiés*) ;
 - l'article 52 : les frais de transport des adultes handicapés fréquentant en accueil de jour des maisons d'accueil spécialisées ou des foyers d'accueil médicalisés sont intégrés dans le budget de ces établissements. Ces frais sont financés par l'Assurance maladie (*CASF, art. L. 344-1-2 nouveau*) ;
 - l'article 56 : le financement de la majoration de parent isolé de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est actuellement à la charge de la CNSA. Il sera progressivement supprimé. En 2010, le financement sera réduit de moitié, en 2011, du quart et en 2012, il sera supprimé (*CSS, art. L. 541-4 modifié*) ;
 - l'article 58 : l'application du forfait journalier hospitalier à un assuré handicapé accueilli dans un établissement médico-social ne peut avoir pour effet de diminuer les ressources de l'intéressé en dessous d'un seuil qui sera fixé par référence à l'AAH, par décret à paraître (*CASF, art. L. 344-1 modifié*) ;
 - l'article 59 : le montant du financement d'une partie des dépenses de personnel et de fonctionnement des agences régionales de l'hospitalisation (ARS) sera fixé par arrêté ministériel et non par la loi. Une participation aux actions de prévention est également prévue. Le montant maximum de la dotation est fixé, en année pleine, à 173 millions pour les dépenses en personnel et de 40 millions pour les actions de prévention ;
 - l'article 60 : le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins et le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés seront dotés respectivement, pour l'année 2010, de 228 et 264 millions d'€ tandis que l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales se verra attribuer 70 millions d'€. Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires est fixé, quant à lui, à 44 millions pour 2010 ;
 - l'article 63 : les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité, décès sont fixés à 179,1 milliards d'€ dont 155,7 milliards pour le seul Régime général ;
 - L'article 90 généralise le dispositif de contre-visite expérimenté depuis 2008 par dix caisses d'assurance maladie, pour contrôler les arrêts maladie. En effet, en cas d'arrêts maladie douteux, l'employeur peut mandater un médecin pour effectuer cette contre-visite et transmettre le rapport au Contrôle médical de la Caisse. Les indemnités journalières peuvent ainsi être suspendues. Le projet de décret sera examiné le 1^{er} juillet par l'Uncam.
 - L'article 91 prévoit, qu'à titre expérimental, les arrêts maladie des fonctionnaires seront contrôlés par l'assurance maladie. L'expérimentation est prévue sur deux ans à compter de la signature d'une convention –cadre nationale, conclue dans un délai de trois mois à compter de la publication de la loi entre les ministres de tutelle et le directeur général de la Cnamts. Cette convention détermine les administrations concernées.
 - L'article 92 : un directeur de Cnam peut désormais contrôler, sur la base de la technique de l'échantillonnage, les activités des pharmacies, laboratoires de biologie médicale, établissements de santé, fournisseurs de produits ou prestations, sociétés de transport sanitaire ou entreprises de taxi (*CSS, art. L. 162-1-14-2 nouveau*).
- Certaines dispositions relatives à l'assurance maladie ont été censurées par le Conseil constitutionnel :
- les conditions de vente des médicaments non consommés en France ;
 - les droits de propriété intellectuelle sur les spécialités pharmaceutiques ;
 - la suppression de l'attribution systématique au médecin de la surveillance de la contraception prescrite par une sage-femme ;
 - la diffusion, sur des sites, d'informations concernant les professionnels de santé exerçant dans des établissements de santé ;
 - la coordination de mesures inscrites dans le Code de la Santé publique ;
 - la validation de mesures intervenues en application de la rénovation de la convention collective du 31 octobre 1951 (Fehap).

2 - Mesures relatives aux contributions, cotisations et taxes :

On peut citer les modifications apportées aux contributions pharmaceutiques et les contributions des organismes de protection sociale complémentaire à la vaccination contre la grippe A.

► **Contribution sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux**

Le taux de la contribution prélevée sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux est porté de 10 à 15% (CSS, art. L. 245- 5-2 modifié). Ce nouveau taux s'applique pour la détermination de la contribution due en 2010. Le plafond d'exonération de la contribution est par ailleurs relevé (CSS, art. L. 245- 5-3 modifié). Sont ainsi désormais exonérées de cette contribution les entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxe réalisé au cours du ou des exercices clos depuis la dernière échéance en France métropolitaine ou dans les DOM est inférieur à 11 millions d'€, contre 7,5 millions auparavant. Parallèlement, le chiffre d'affaires consolidé est porté de 7,5 à 11 millions d'€ pour apprécier si une entreprise, détenue à 50 %, ou un groupe détenant au moins 50 % du capital d'une ou plusieurs entreprises, est ou non assujettie à cette contribution. La LFSS prévoit enfin qu'une fraction égale à 44 % du produit de cette taxe est désormais affectée à la Haute autorité de santé (CSS, art. L. 161-45, 4° bis nouveau et art. L. 245-5-1 modifié).

► **Contribution Ondam « clause de sauvegarde »**

La contribution à la charge des entreprises exploitant des médicaments remboursables en ville ou des médicaments rétrocédables et n'ayant pas passé de convention avec le Comité économique des produits de santé (CEPS) est due lorsque leur chiffre d'affaires collectif réalisé sur l'année N s'est accru par rapport à l'année N-1 d'un pourcentage excédant le taux fixé chaque année en LFSS (dit « taux K »). Ce taux a été fixé dans les précédentes LFSS à 1,4 % pour les années 2008, 2009, 2010 et 2011. La LFSS pour 2010 abaisse ce taux à 1 % pour l'année 2010, « dans un contexte de ralentissement de l'activité économique et de prévisions ne faisant pas état de l'arrivée sur le marché des médicaments innovants générant un chiffre d'affaires élevé » (modification du II de l'article 15 de la LFSS pour 2009).

► **Remises dues par les fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux**

Les fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux peuvent s'engager, dans le cadre de conventions conclues avec le CEPS, à faire bénéficier la branche maladie de remises sur tout ou partie du chiffre d'affaires réalisé en France sur les dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie (CSS, art. L. 165-4). La LFSS confie le **recouvrement** de ces remises aux Urssaf de Paris-Région parisienne et de Lyon, déjà compétentes pour l'encaissement de certaines remises et pénalités fixées par le CEPS. Cette mesure entre dans le mouvement de transfert du recouvrement de ce type de contribution en totalité aux Urssaf. L'Acoss précise que cela doit permettre de simplifier les démarches des entreprises de ce secteur.

► **Hausse des droits sur les tabacs**

Les minimums de perception sont relevés de 155 € à 164 € par 100 unités pour les cigarettes, et de 85 € à 97 € par 1000 grammes pour les tabacs fine coupe à rouler.

► **Contribution des complémentaires à la vaccination contre la grippe A**

Les organismes complémentaires de santé sont soumis, au titre de la seule année 2010, à une contribution exceptionnelle au financement de la vaccination collective contre la grippe A H1N1, contribution affectée aux régimes obligatoires d'assurance maladie, pour un montant d'environ 300 millions d'€. Cette contribution obéit aux mêmes règles que la contribution au financement de la CMUC en matière de détermination des redevables, d'assiette et de modalités de recouvrement. Son taux est fixé à 0,77 %.

Loi de financement de la Sécurité sociale 2011

[Loi n° 2010 du 24 décembre 2010](#), JO du 21/12/2010, [rectificatif](#) et [décision n° 2010-620 DC du Conseil constitutionnel](#)

[Loi n° 2011-894 rectificative du 28 juillet 2011](#), JO du 29 juillet 2011

[Extrait de : Liaisons sociales, n° 216, 8 novembre 2010]

L'objectif majeur de la loi de financement de la Sécurité sociale 2011 est de réduire le déficit tendanciel du régime général de 28,6 milliards à 21,4 milliards d'euros l'année prochaine – sans comporter pour autant des réformes d'envergure.

Certaines dispositions annoncées comme la fin de la prise en charge systématique des frais de transport pour les patients atteints d'affections de longue durée ne figurent pas ici, car elles nécessitent des mesures règlementaires pour rentrer en vigueur.

1 – Mesures à destination des assurés :

- Maintien des indemnités journalières pendant la période de reconversion (art. 84)

Pour favoriser leur retour à l'emploi, les assurés, en particulier ceux en congé de longue maladie, pourront, avec l'accord de la caisse, accéder à des actions de formation professionnelle pendant un arrêt de travail pour maladie, sans remise en cause du versement des prestations en espèces (CSS, art. L. 323-3-1 nouveau).

Les actions susceptibles d'être suivies par les assurés dans ce cadre sont :

- les actions de formation professionnelle continue prévues à l'article L. 6313-1 du Code du travail ;
- ou les actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil (qui pourraient prendre la forme, selon l'étude d'impact annexé au projet, de stages en entreprise). La Caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) participera à ces actions de formation, étant précisé qu'elle sera autorisée à utiliser, par exemple, des fonds d'action sociale pour payer le coût de ces dispositifs.

La demande de formation, qui suppose l'accord de son médecin traitant, est adressée à la caisse par l'assuré. La Cpam vérifiera, après avis du médecin-conseil, que la durée des actions de formation est compatible avec la durée prévisionnelle de l'arrêt de travail. La caisse est donc libre d'accéder ou non à la demande. En cas d'accord, elle en informe l'assuré et, le cas échéant, l'employeur, ce dernier en informant le médecin du travail.

Pendant cette période de formation, le contrat de travail est suspendu et le versement des indemnités journalières maladie est maintenu (C. trav., art. L. 1226-1-1 nouveau).

- Relèvement de l'aide complémentaire santé (art. 27)

Les personnes résidant de façon stable et régulière en France et dont les revenus dépassent de peu les plafonds fixés pour la CMUC (couverture maladie universelle complémentaire) peuvent prétendre à l'ACS (aide à l'acquisition d'une complémentaire santé). Le montant de cette aide est croissant avec l'âge du bénéficiaire : de 100 € pour une personne âgée de moins de 16 ans à 500 € pour une personne âgée de plus de 60 ans. La LFSS pour 2011 porte le plafond de ressources à ne pas dépasser pour bénéficier de l'ACS de 120 % du plafond de la CMUC (soit 761 € par mois pour une personne seule en métropole, depuis le 1er juillet 2010) à 126 % du plafond de la CMUC en 2011 (soit 799 € par mois) et 130 % à compter du 1er janvier 2012 (CSS, art. L. 863-1 modifié). Le texte précise que le taux de 126 % s'applique aux décisions d'attribution rendues entre le 1er janvier et le 31 décembre 2011. Le taux de 130 % s'appliquera aux décisions d'attribution prises à compter du 1er janvier 2012.

2 - Contrôle de l'évolution des dépenses de santé :

- Evolution des dépenses d'assurance maladie (art. 89)

Aux termes de la loi, les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité, décès sont fixés pour 2011 à 183,5 milliards pour l'ensemble des régimes, dont 159,3 milliards pour le seul régime général. Compte tenu du niveau des recettes, la branche devrait voir son déficit ramené de 14,5 milliards d'€ en 2010 à 11,6 milliards.

➤ Evolution de l'Ondam (art. 90)

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour 2011 est fixé à 167,1 milliards d'€, en hausse de 2,9 % par rapport au montant prévisionnel 2010, ce qui implique quelque 2,4 milliards d'économies par rapport à l'évolution tendancielle des dépenses.

➤ Renforcement du pilotage de l'Ondam par la Comité d'alerte (art. 48)

Suite au rapport de Raoul Briet sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie, un suivi infra-annuel des dépenses d'assurance maladie est mis en oeuvre pour permettre, le cas échéant, au gouvernement d'édicter des mesures correctrices. Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie devra rendre chaque année, au 15 avril au plus tard, un premier avis sur les risques de dépassement de l'Ondam. Dans cet avis, il analysera les conséquences sur le respect de l'objectif, des anticipations de réalisation de l'Ondam de l'année précédente en se fondant sur les données statistiques disponibles. Le deuxième avis, prévu pour le 1er juin, perdure. Enfin, un dernier avis pourra intervenir le 15 octobre au plus tard, si l'objectif fixé pour l'année suivante, avant sa transmission par le gouvernement au Parlement en vue de l'examen du projet de loi de financement, « ne peut pas être respecté au vu de l'évolution prévisionnelle des dépenses d'assurance maladie » (CSS, art. L. 114-4-1 modifié).

3 – Autres mesures maladie :

- Modification du taux K de la clause de sauvegarde (de 1 % à 0,5 %) applicable aux entreprises exploitant des médicaments remboursables. Le montant de la contribution due à la branche maladie s'en trouverait augmentée de 50 millions d'euros (art. 19).
- Minoration des abattements du chiffre d'affaires des médicaments orphelins pour le calcul des contributions des grossistes et entreprises de préparation de médicaments. Les médicaments orphelins ne seraient pas retenus dans le calcul du CA sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable (de chaque médicament orphelin) ne dépasse pas 20 millions d'euros (art. 20).
- Révision tous les cinq ans de la nomenclature des actes médicaux pour s'assurer que les actes ou prestations ont un service médical rendu certain (art. 35).
- Possibilité donnée au Comité économique des produits de santé de conclure un accord cadre avec les syndicats concernés pour assurer le suivi des dépenses de dispositifs médicaux (art. 36).
- Création d'une procédure de mise sous entente préalable en cas de transfert d'un patient vers les centres de suite et de réadaptation (art. 37).
- La convergence tarifaire entre hôpitaux publics et hôpitaux privés devrait tendre vers les tarifs les plus bas tous secteurs confondus (art. 38 et 41).
- Financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (art 39).
- Création à titre expérimentale de maisons de naissances (art. 40).
- Distinction au sein de l'Ondam et de l'OQN (objectif quantifié national) du montant afférent aux activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation (art. 42).

- Participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés et aux agences régionales de santé (art. 45).
- Possibilité pour les conventions nationales conclues entre l'assurance maladie et les praticiens de prévoir une rémunération à la performance. La convention peut ainsi prévoir, le cas échéant, une rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés (art. 53).
- Cumul d'une pension d'invalidité avec un revenu non salarié (art. 43) : les modalités autorisant le cumul d'une pension d'invalidité avec un revenu tiré d'une activité non salariée sont alignées, à partir du 1^{er} juin 2011, sur celles, plus favorables, applicables au cumul d'une pension avec un revenu tiré de la reprise d'une activité salariée.

Loi de financement de la Sécurité sociale 2012

[Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011](#), JO du 22/12/11 et [Décision n° 2011-642 DC du 15 décembre 2011](#).

[Extrait de : Analyse de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 - Dossier de La gazette-sante-social.fr - 18 janvier 2012.]

La loi de financement de la Sécurité sociale (PLSS) pour 2012 a été élaborée peu après la parution du rapport de la Cour des comptes concernant l'application des lois de financement de la Sécurité sociale.

Largement amendé en première lecture par le Sénat, le texte n'a pas fait l'objet de compromis lors de l'examen en commission mixte paritaire. Les députés ont réintroduit en deuxième lecture un grand nombre de mesures adoptées en première lecture qui avaient été supprimées par les sénateurs, et ont amendé le texte par des dispositions du Gouvernement visant à prendre en compte le plan de rigueur annoncé par le Premier ministre, François Fillon, le 7 novembre.

Le Gouvernement a ainsi pu s'abstenir de présenter un PLFSS rectificatif puisque les modifications budgétaires tenant compte d'une croissance économique et d'une croissance de masse salariale plus faibles que prévue ont été directement introduites dans le texte.

Cette loi poursuit et amplifie l'effort de redressement des comptes sociaux entamés par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011 et la réforme des retraites et, ainsi que les mesures annoncées par le Premier ministre le 25 août 2011, qui ont trouvé une première traduction dans la [Loi de finances rectificative pour 2011](#) votée en septembre 2011, elle vise une réduction du déficit public pour atteindre une situation équilibrée à l'horizon 2015.

Ces mesures reposent sur trois axes :

- La réduction des niches fiscales et sociales ;
- Des prélèvements ciblés au nom de l'équité et en faveur de la convergence de la fiscalité portant sur les revenus du travail et les revenus du patrimoine ;
- La fiscalité comportementale, tant en matière de santé publique que d'environnement.

1 – Dispositions relatives à l'équilibre financier :

- Articles 1 et 2 – Déficit

Le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base pour l'année 2010 a été approuvé à 25,5 milliards d'euros. Ce déficit était initialement fixé à 32,2 milliards d'euros dans la LFSS 2010. Celui du régime général a été fixé à 23,9 milliards d'euros, alors qu'il était de 30,5 milliards d'euros dans la LFSS 2010.

Ces déficits traduisent, d'après les pouvoirs publics, les conséquences de la crise sur l'équilibre financier de la sécurité sociale. Néanmoins, ils sont moins importants que ceux votés en loi de financement pour 2010 puisque les évolutions macroéconomiques ont été plus favorables qu'initialement envisagées : la croissance de la masse salariale du secteur privé, qui constitue l'assiette principale des recettes de la sécurité sociale, a été de 2 % au lieu de - 0,4 %. Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale s'élève à 5,1 milliards d'euros.

Par ailleurs, les dépenses entrant dans le périmètre de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) se sont élevées à 161,8 milliards d'euros, soit 640 millions d'euros de moins que l'Ondam fixé dans la LFSS pour 2010. Pour la première fois depuis 1997, l'Ondam a été respecté.

➤ Article 3 - Transferts entre le régime général et les quatre régimes spéciaux

La LFSS réexamine les conditions dans lesquelles interviennent les « compensations bilatérales maladie », c'est-à-dire les transferts entre le régime général et les quatre régimes spéciaux (le régime des clercs de notaire, le régime des mines, le régime de la RATP, et la CPRP-SNCF), pour les prestations d'assurance maladie-maternité.

Cet article encadre le mécanisme de compensation bilatérale maladie par une règle de plafonnement des transferts nets afin d'éviter qu'un régime, lui-même déficitaire, ne contribue plus que nécessaire à l'équilibrage d'un autre régime. Cette mesure contribue au renforcement de l'équité entre les régimes.

➤ Article 4 – Déficit

Pour l'année 2011, le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale est fixé à 20,1 milliards d'euros. Dans la LFSS initiale pour 2011, il avait été estimé à 22,4 milliards d'euros. Celui du régime général est de 18 milliards d'euros. Dans la LFSS initiale pour 2011, il avait été estimé à 20,9 milliards d'euros. Quant au Fonds de solidarité vieillesse, son solde est déficitaire de 3,8 milliards d'euros. Cette réduction du déficit est due notamment à une dynamique plus soutenue qu'anticipée de la masse salariale.

➤ Article 5 - Ressources de la CADES

La Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), qui a pour mission de rembourser la dette sociale d'ici 2025, a pour principales ressources la perception de la Contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), ainsi qu'une partie de la Contribution sociale généralisée (CSG). Elle fait également appel pour son financement aux marchés financiers.

Pour 2011, l'objectif fixé d'amortissement de la Cades, soit 11,4 milliards d'euros (contre 5,1 milliards d'euros en 2010), a été respecté notamment grâce au bénéfice de ressources nouvelles en application de la LFSS pour 2011 (fraction de CSG, fraction du prélèvement social sur les revenus du capital et versement du Fonds de réserve pour les retraites).

En application de la loi de financement pour 2011, le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) n'a reçu aucun abondement au titre de l'année 2011. Ses ressources courantes ont effectivement été transférées, soit à la Cades pour contribuer au financement de la reprise des dettes de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), soit directement au FSV. Au titre de l'année 2011, les prévisions rectifiées de recettes mises en réserve par le FSV sont fixées à 0,39 milliard d'euros.

➤ Article 7 - Financement des ARS

La contribution des régimes d'assurance maladie au financement des Agences régionales de santé, créées par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009, sont déterminés par la LFSS. Cet article relève le montant alloué aux ARS à 161 millions d'euros car il avait été initialement mal été estimé (151 millions d'euros).

➤ Article 8 - Objectifs de dépense des branches

Cet article rectifie les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général pour l'année 2011. Pour le régime général, les objectifs de dépenses atteignent 321,3 milliards d'euros. Pour le régime obligatoire, ils sont de 442,2 milliards d'euros.

➤ Article 9 - Objectif national de dépenses d'assurance maladie

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs devrait être fixé pour l'année 2011 à 167,1 milliards d'euros. L'Ondam devrait donc être respecté pour la deuxième année consécutive.

➤ Article 27 - Mutualité sociale agricole

Le financement du régime des exploitants agricoles est toujours soumis à des difficultés. La branche vieillesse du régime des non-salariés agricoles présente en particulier un déficit prévisionnel de 1,3 milliard d'euros pour l'exercice 2011 et un déficit cumulé de 3,8 milliards d'euros à la fin de cette même année.

Le Gouvernement propose de soulager de façon significative la trésorerie de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, et d'améliorer les perspectives financières de ce système de retraite, en mobilisant une partie des ressources nouvelles dégagées dans le cadre du plan de réduction des déficits.

Seront transférés à la Cades les déficits comptables cumulés 2009-2010 de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles, lesquels s'établissent à près de 2,5 milliards d'euros. Il a également été proposé de réduire de près de 30 % le besoin de financement courant du régime dans le texte initial proposé par le Gouvernement.

➤ Article 31 - Recettes 2012

Les prévisions de recettes pour l'année 2012 pour l'ensemble du régime obligatoire ont été établies à 440,2 milliards d'euros, et pour le régime général à 316,7 milliards d'euros.

Les prévisions de recettes pour les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale sont fixées à 14,2 milliards d'euros.

Les prévisions de recettes pour l'année 2012 ont été revues à la baisse entre l'examen du texte en première lecture et son adoption définitive.

➤ Articles 32 - Equilibre des régimes obligatoires

Pour l'année 2012, le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale cumule un déficit général de 15,6 milliards d'euros.

➤ Article 33 - Equilibre du régime général

Le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de la sécurité sociale cumule un déficit général de 13,8 milliards d'euros.

➤ Article 34 - Equilibre des organismes concourant au financement

Le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale cumule un déficit de 4,1 milliards d'euros.

➤ Article 35 - Amortissement de la dette sociale

Pour l'année 2012, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 11,1 milliards d'euros. Les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites

sont fixées à zéro et celles mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à 0,4 milliard d'euros.

Remarque : le Sénat avait rejeté, lors de l'examen du PLFSS, l'ensemble des tableaux d'équilibre et des prévisions de recettes pour l'exercice 2012.

➤ Article 42 - Règles prudentielles

Les régimes de sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement sont dorénavant dotés d'un ensemble de règles prudentielles permettant de mieux encadrer leur recours à l'emprunt, ainsi que les placements financiers qu'ils effectuent lorsqu'ils disposent d'excédents ponctuels de trésorerie. Un contrôle renforcé, englobant l'ensemble des instruments financiers mobilisés dans l'exercice de ces missions, vise à assurer une plus grande sécurité et une plus forte lisibilité des opérations financières que peuvent être amenés à conduire les gestionnaires des régimes.

➤ Article 60 - Evaluation de l'évolution des dépenses d'assurances maladie

L'Etat arrête, sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des prescriptions des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations et sur recommandation du conseil de l'hospitalisation deux taux prévisionnels d'évolution des dépenses d'assurance maladie afférentes respectivement à ces spécialités pharmaceutiques et à ces produits et prestations.

Lorsqu'elle estime, compte tenu des référentiels et recommandations élaborés par la Haute Autorité de santé, l'Institut national du cancer et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, que le dépassement d'au moins un de ces taux par un établissement de santé n'est pas justifié, l'agence régionale de santé conclut, pour une durée d'un an, avec les autres signataires du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations, un plan d'actions visant à maîtriser l'évolution des dépenses par l'amélioration des pratiques de cet établissement. Ces dispositions s'appliquent pour la première fois au titre des dépenses de santé de l'année 2012. Ce plan d'actions est annexé au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations pour une application au 1er janvier 2013.

➤ Article 61 - Rapport au Parlement

Le Gouvernement présente au Parlement, avant le 15 septembre de chaque année, un rapport sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé, incluant un bilan rétrospectif et présentant les évolutions envisagées. Ce rapport précise notamment les dispositions prises sur la Tarification à l'activité (T2A) des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés. Les dispositions prises afin de prendre en compte les spécificités des actes réalisés dans les établissements publics de santé et mesurer l'impact sur le coût de leurs missions de service public doivent être décrits dans le rapport. Ce dernier doit aussi souligner les actions engagées afin de mesurer et prévenir les conséquences de la T2A sur le nombre des actes, la qualité des soins, les activités de santé publique et la prise en charge des pathologies chroniques. Enfin, le rapport doit souligner les dispositions prises pour tenir compte du cas particulier des établissements situés dans les zones de faible densité démographique, les zones de revitalisation rurale ou les zones de montagne.

Le document contient également une analyse du périmètre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé, de l'évolution du montant annuel de la dotation nationale de financement de ces missions, de celle du montant des dotations régionales et de celle du montant des dotations attribuées à chaque établissement ainsi que des critères d'attribution de ces dernières aux établissements.

Enfin, le rapport met en perspective le programme précisant la méthode et les étapes permettant de progresser dans la réalisation de la convergence intersectorielle des tarifs avant l'échéance de 2018.

➤ Article 81 - Financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)

Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins est fixé à 250 millions d'euros pour l'année 2012. Le montant maximal des

dépenses de ce fonds est fixé à 281 millions d'euros pour l'année 2012. Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de ce fonds est fixé à 285,87 millions d'euros pour l'année 2012. Le montant de la dotation globale pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales est fixé à 55 millions d'euros pour 2012.

Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des agences régionales de santé au titre de leur budget de gestion est fixé, pour l'année 2012, à 160 millions d'euros. Le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, est fixé à 64,55 millions d'euros pour l'année 2012, qui sont répartis entre actions par arrêté du ministre chargé des personnes âgées et des personnes handicapées. Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires est fixé, pour l'année 2012, à 20 millions d'euros.

➤ Article 83 - Dépenses de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès

Pour l'année 2012, les objectifs de dépenses de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 186,2 milliards d'euros et pour le régime général de la sécurité sociale, à 161,6 milliards d'euros.

➤ Article 84 - Objectifs de l'Ondam

Pour 2012, l'Ondam pour l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 171,2 milliards d'euros. Initialement fixé à +2,8 %, il a été ramené à +2,5 %, permettant ainsi de rapporter 500 millions d'euros d'économies supplémentaires.

La LFSS pour 2012 présente dans ses annexes, une projection quadriennale qui repose sur l'hypothèse de la reconduction de ce taux de progression de l'Ondam à + 2,5 % jusqu'en 2015, conformément aux engagements du Gouvernement ; ce qui signifie un effort d'économie de plus de 2,5 milliards d'euros chaque année. Ces économies seront réparties entre des efforts de maîtrise médicalisée (550 millions d'euros), des ajustements tarifaires dans le domaine des produits de santé dans le cadre de la politique conventionnelle (770 millions d'euros), une baisse de tarifs de certains actes médicaux, principalement en radiologie et en biologie (170 millions d'euros), l'amélioration de l'efficacité hospitalière et la convergence tarifaire (535 millions d'euros). Les mesures viseront prioritairement à renforcer l'efficacité et la performance du système de soins.

Par ailleurs, les mesures annoncées lors de la présentation du second plan de retour à l'équilibre des finances publiques amplifient ces efforts puisque les dépenses de l'Ondam vont être réduites de plus de 500 millions d'euros en 2012 notamment 290 millions d'euros au titre d'économies sur les dépenses de médicament ou encore 90 millions d'euros au titre d'une révision des tarifs des actes de biologie et de radiologie. Ces efforts de maîtrise des dépenses d'assurance maladie trouveront, d'après le Gouvernement, une traduction tangible dans les comptes de la branche Maladie du régime général, dont le déficit reviendra de 11,6 milliards d'euros en 2010 à 5,9 milliards d'euros en 2012 et à 0,9 milliard d'euros en 2015.

➤ Article 110 - Convention-cadre de performance du service public de la sécurité sociale

Cet article prévoit la signature d'une convention-cadre de performance du service public de la sécurité sociale. Cette convention est signée, pour le compte de chaque organisme national du régime général, de la Caisse nationale du régime social des indépendants et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, par le président du conseil ou du conseil d'administration et par le directeur général ou le directeur et, pour les régimes spéciaux dans des conditions fixées par décret. Elle détermine les objectifs transversaux aux différents organismes de sécurité sociale en vue de fixer des actions communes, notamment en matière de mise en œuvre des mesures de simplification et d'amélioration de la qualité du service aux assurés, allocataires et cotisants. La convention-cadre de performance du service public de la sécurité sociale est conclue pour une période minimale de quatre ans. La première convention doit être signée avant le 1er janvier 2013.

➤ Article 120 - Communication d'informations entre assureurs et sécurité sociale

Cet article vise à renforcer la sanction du défaut d'information des caisses de sécurité sociale par l'assureur du tiers responsable d'un accident.

Actuellement, l'assureur du tiers responsable qui n'informe pas la caisse de sécurité sociale de la victime de l'accident dans les trois mois suivant la survenue de celui-ci est tenu de verser une indemnité d'un montant égal à 50 % de l'indemnité forfaitaire de gestion due au titre des frais de recours, soit une somme comprise en 2011 entre 48,50 euros et 490 euros.

Avec cet article, il est prévu que l'assureur ayant conclu un règlement amiable sans respecter l'obligation d'information ne peut opposer à la caisse la prescription de sa créance. Il verse à la caisse, outre les sommes obtenues par celle-ci au titre du recours subrogatoire, une pénalité fonction du montant de ces sommes et de la gravité du manquement à l'obligation d'information, dans la limite de 50 % du remboursement obtenu.

➤ Article 121 - Lutte contre la fraude aux remboursements de soins à l'étranger

Dans le cadre du renforcement des actions des organismes en matière de gestion des droits et de la lutte contre la fraude, il est apparu nécessaire pour le Gouvernement, dans le cas par exemple des risques de fraudes au décès ou du remboursement des soins reçus à l'étranger, de mettre en œuvre des échanges d'informations plus systématiques et renforcés entre les consulats et les organismes de sécurité sociale. Ils permettront d'améliorer le contenu des vérifications sur la couverture maladie des demandeurs de visas de court séjour lors de l'instruction des demandes par les autorités consulaires.

2- Mesures relatives au financement de la protection sociale :

➤ Article 10 - Participation forfaitaire et franchise

Dans le cas de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, les opérations d'assurance concernées par ces frais, ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise. Ces opérations doivent respecter les règles fixées par décret en conseil d'Etat qui prévoient notamment l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la majoration de participation des assurés et de leurs ayants droit et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation.

Le bénéfice de ces dispositions est soumis à la condition que la mutuelle communique annuellement aux assurés le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme, affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

➤ Article 22 - Fiscalité sur les boissons alcoolisées

Le prix d'accès de certaines boissons alcoolisées n'apparaît pas suffisamment discriminant aux yeux du gouvernement qui a proposé de renchérir le prix des boissons alcoolisées via le levier fiscal. Cet article élargit le périmètre de la cotisation de sécurité sociale aux boissons titrant plus de 18°, au lieu de 25° auparavant. La cotisation n'est plus uniforme mais fonction du degré d'alcool.

Le rendement de cette mesure est évalué à 340 millions d'euros, qui seront répartis entre les branches maladie et vieillesse du régime des exploitants agricoles.

➤ Article 23 - Entreprises du médicament

Les entreprises du médicament sont soumises à une contribution dont l'assiette consiste en la part du chiffre d'affaires des médicaments remboursables en ville et des prestations d'hospitalisation de l'ensemble des entreprises du secteur, qui dépasse un certain seuil déterminé en appliquant le taux de croissance cible, taux K, au chiffre d'affaires de l'année précédente.

Le taux K était fixé à 1% pour la période 2005 à 2007 puis à 1,4% en 2008 et 2009, 1% en 2010 et 0,5% en 2011. Le taux K est fixé à 0,5% pour 2012 pour un rendement attendu de 50 millions d'euros.

➤ Article 25 - Nouvelle contribution des entreprises assurant l'exploitation de spécialités pharmaceutiques

Il est institué au profit de la Cnamts une contribution des entreprises assurant l'exploitation en France, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie. Le taux de la contribution due au titre du chiffre d'affaires réalisé au cours des années 2012, 2013 et 2014 est fixé à 1,6%. La contribution est exclue des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.

Le rendement de cette mesure est estimé à 400 millions d'euros.

➤ Article 45 - Temps partiel pour motif thérapeutique

En cas de reprise du travail à temps partiel pour motif thérapeutique, faisant immédiatement suite à un arrêt de travail indemnisé à temps complet, une indemnité journalière est servie en tout ou partie pendant une durée fixée par la caisse mais ne pouvant excéder une durée déterminée par décret. Ce montant ne peut toutefois porter le gain total de l'assuré à un chiffre excédant le salaire normal des travailleurs de la même catégorie professionnelle. L'exigence d'un arrêt de travail indemnisé à temps complet précédant immédiatement la reprise à temps partiel n'est pas opposable aux assurés atteints d'une affection de longue durée, dès lors que l'impossibilité de poursuivre l'activité à temps complet procède de cette affection.

➤ Article 55 - Plafond de ressources du foyer pour bénéficier de l'aide à la complémentaire santé

Cet article relève le plafond de ressources du foyer (35% au lieu de 30%) pour bénéficier de l'aide à la complémentaire santé (ACS). Bénéficient du label intitulé "Label ACS" les contrats d'assurance complémentaire de santé offrant des prestations adaptées aux besoins spécifiques des personnes concernées. Les modalités de cette labellisation sont déterminées par une convention conclue, après avis de l'Autorité de la concurrence, entre l'État, le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie établit, dans des conditions définies par décret, la liste des mutuelles, institutions de prévoyance et entreprises régies par le Code des assurances offrant de tels contrats. Les caisses d'assurance maladie communiquent cette liste aux bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé.

➤ Article 76 - Contrôle administratif et médical des arrêts maladie des fonctionnaires

L'article 91 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 prévoit d'expérimenter pendant deux ans le contrôle administratif et médical des arrêts maladie des fonctionnaires par les Cnamts. Cet article prolonge l'expérimentation de deux ans afin de permettre la montée en charge du dispositif et ainsi de bénéficier du recul nécessaire pour l'évaluer. En outre, les collectivités territoriales qui ont signé des conventions entre le 27 juin 2010 et le 31 décembre 2011 sont autorisées à participer à l'expérimentation à compter du 1er janvier 2012.

➤ Article 94 - Conditionnalité de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) pour les étrangers

La durée de résidence en France requise pour l'attribution aux personnes de nationalité étrangère de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) a été allongée. Ainsi, les étrangers non communautaires devront être titulaires depuis au moins dix ans - au lieu de cinq ans - d'un titre de séjour autorisant à travailler pour pouvoir bénéficier du minimum vieillesse. Cette condition d'antériorité de dix ans ne s'applique pas aux réfugiés, apatrides et bénéficiaires de la protection subsidiaire, ainsi qu'aux anciens combattants.

➤ Article 99 - Allocation de l'assurance maladie pour décès du concubin ou pacsé

Cet article introduit le droit, pour les partenaires d'un pacte civil de solidarité active ou un concubin, de percevoir une allocation versée par l'assurance maladie lorsqu'ils apportent la preuve que le décès de leur conjoint est directement imputable aux conséquences de l'accident ou de la maladie.

- Article 101 - Objectifs de dépenses pour la branche accidents du travail

Pour l'année 2012, les objectifs de dépenses de la branche AT-MP sont fixés pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,3 milliards d'euros et pour le régime général de la sécurité sociale, à 11,9 milliards d'euros.

- Article 114 - Pénalités financières en cas de non-respect du Code de la sécurité sociale

Cet article précise et harmonise les dispositions relatives aux pénalités financières que les organismes de sécurité sociale peuvent prononcer en cas de non-respect des prescriptions du Code de la sécurité sociale.

Jusqu'à présent, la pénalité ou la sanction financière étaient contestables devant le Tribunal administratif et leur recouvrement l'était devant le Tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS). En conséquence, les justiciables devaient engager deux actions contentieuses devant deux juridictions différentes d'où la complexité pour faire valoir leurs droits, les risques d'erreurs de saisine des juridictions et la longueur des délais de jugement. Il est donc proposé de transférer le contentieux des pénalités aux TASS.

- Articles 116 à 119 - Révision des droits à prestations sociales en cas de fraudes

Le gouvernement a fait de la lutte contre la fraude l'un de ses chevaux de bataille. Sauf accord du créancier, sont exclues de toute remise, de tout rééchelonnement ou effacement, les dettes ayant pour origine des manoeuvres frauduleuses commises au préjudice des organismes de protection sociale. L'origine frauduleuse de la dette est établie soit par une décision de justice, soit par une sanction prononcée par un organisme de sécurité sociale.

La LFSS instaure la déchéance immédiate du droit à l'ensemble des prestations sociales en cas de fraude à l'identité.

Par ailleurs, si le demandeur de prestations sociales ne fournit pas de pièces justificatives, ou présente de faux documents ou de fausses informations ou en cas d'absence réitérée de réponse aux convocations d'un organisme de sécurité sociale, cela entraîne la suspension, selon le cas, soit du délai d'instruction de la demande pendant une durée maximale fixée par décret, soit du versement de la prestation jusqu'à la production des pièces demandées ou la réponse à la convocation adressée.

- Article 123 - Radiation des cotisants non-actifs du régime social des indépendants

Selon le Régime social des indépendants et l'ACOSS, plusieurs dizaines de milliers de comptes de travailleurs indépendants concernent des personnes qui ont cessé leur activité sans avoir procédé à l'ensemble des formalités nécessaires auprès des organismes de sécurité sociale.

Afin de mettre un terme à cette situation, cet article autorise, dans des conditions strictement définies et en offrant la possibilité à l'assuré de s'y opposer, l'initiation d'une procédure de radiation définitive des cotisants sans activité réelle. Les assurés qui auraient une activité non déclarée après cette radiation, même si elle a été réalisée à l'initiative des organismes, resteront néanmoins passibles d'une sanction pour travail dissimulé.

3 – Mesures relatives aux établissements de santé :

- Article 6 – FMESPP

La LFSS pour 2001 a créé le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés a été fixé à 347,71 millions d'euros pour l'année 2011.

Cependant, en application de l'article 88 de la LFSS pour 2011, la dotation au FMESPP de l'année en cours doit être diminuée en partie rectificative de la LFSS, du montant des crédits déchués en application des règles de déchéance annuelles et triennales. Les sommes prescrites au titre de l'année 2011 s'élèvent à 57,981 millions d'euros. De fait, le financement est de 289,72 millions d'euros.

➤ Article 54 - Frais de transport

Les frais de transport des enfants accueillis dans les centres d'action médico-sociale précoce et les centres médico-psycho-pédagogiques pourront être pris en charge. Les conditions seront fixées par décret en conseil d'Etat, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

➤ Article 57 - ARS CPO (Contrats pluriannuels d'objectifs)

Depuis une ordonnance du 23 février 2010, les ARS peuvent conclure avec des établissements de santé, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens d'une durée maximale de cinq ans. Des organismes concourant aux soins, des organismes de recherche ainsi que des professionnels de santé exerçant à titre libéral, peuvent être appelés aux contrats qui définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins ainsi que des objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses, d'évolution et d'amélioration des pratiques.

Ces contrats fixent des objectifs établis à partir d'indicateurs de performance relatifs aux conditions de gestion des établissements de santé, de prise en charge des patients et d'adaptation aux évolutions du système de santé dont la liste et les caractéristiques sont fixées par décret, après consultation de la Haute Autorité de santé, de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et des fédérations hospitalières représentatives des établissements publics et privés. Les résultats obtenus au regard de ces indicateurs sont publiés chaque année par les établissements de santé.

Lorsque les objectifs fixés n'ont pas été atteints, le directeur général de l'ARS peut appliquer des pénalités financières. Lorsque les objectifs fixés ont été atteints ou dépassés, le directeur général de l'agence régionale de santé peut décider du versement d'une contrepartie financière, selon des modalités et dans des conditions fixées par décret.

➤ Article 65 - Fonds d'intervention régional (FIR)

Un Fonds d'intervention régional (FIR) est créé pour financer, sur décision des ARS, des actions, des expérimentations et des structures concourant notamment à la permanence des soins et en médecine ambulatoire en établissement de santé. Ce fonds vise aussi à améliorer la qualité et la coordination des soins. De fait, des aides peuvent être accordées à des professionnels de santé, à des regroupements de professionnels, à des centres de santé, à des pôles de santé, à des maisons de santé, à des réseaux de santé, à des établissements de santé ou médico-sociaux ou encore à des groupements d'établissements.

Le FIR concourt également à l'amélioration de la répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé des pôles de santé et des centres de santé, à la modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et des contrats conclus avec les établissements de santé et leurs groupements. Il finance des prestations de conseil, de pilotage et d'accompagnement des démarches visant à améliorer la performance hospitalière. Il finance également l'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé, ainsi que la prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la sécurité sanitaire.

Ce fonds, dont la gestion comptable est confiée à la Cnamts, doit par ailleurs servir à la mutualisation, au niveau régional, des moyens des structures sanitaires, notamment en matière de systèmes d'information en santé et d'ingénierie de projets, et à la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'aux prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes. La création de ce fonds vise à donner une vision globale de la santé et à permettre un décloisonnement entre les logiques de soins et de prévention entre l'ambulatoire et l'hospitalier et entre le sanitaire et le médico-social. Le FIR est financé par une dotation des régimes

obligatoires de base d'assurance maladie, une dotation de l'Etat, le cas échéant, une dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ou toute autre dotation ou subvention prévue par des dispositions législatives ou réglementaires.

➤ Articles 67 et 68 - Evaluation de la performance des établissements

Cet article vise à expérimenter la prise en compte de la performance des Etablissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (Ehpad) dans la tarification du forfait relatif aux soins, mesurée par des indicateurs de qualité et d'efficacité qui seront précisés par décret. Pour les besoins de ces expérimentations, conduites par les ARS, il peut être dérogé aux règles de calcul du forfait global relatif aux soins. Cette mesure vise à permettre une meilleure prise en compte de la qualité dans la détermination des ressources des Ehpad et prévoit à cet effet une expérimentation ne pouvant pas dépasser trois ans, à partir de 2012, qui permettra de valider les indicateurs de la qualité de prise en charge et de définir les conditions de modulation des ressources à partir du score réalisé par les établissements.

➤ Article 68 - Conventions Ehpad

Par ailleurs, sur proposition du Sénat, il est prévu une prorogation pendant une durée maximale d'un an des conventions pluriannuelles tripartites des Ehpad et unités de soins de longue durée afin d'éviter tout vide juridique lorsqu'elles n'ont pu être renouvelées après leur arrivée à échéance en raison du refus de renouvellement par le directeur de l'agence régionale de santé ou le président du conseil général.

➤ Article 70 - Expérimentations pour le parcours de soins des personnes âgées

A partir du 1er janvier 2012, des expérimentations pourront être menées pour une période n'excédant pas cinq ans, dans le cadre de projets pilotes mettant en oeuvre de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en prévenant leur hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, en gérant leur sortie d'hôpital et en favorisant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médico-sociaux.

Les expérimentations sont mises en oeuvre par convention entre les ARS, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les établissements hospitaliers, les établissements sociaux et médico-sociaux et les collectivités territoriales volontaires.

Les dépenses à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent de ces expérimentations sont prises en compte dans l'Ondam.

➤ Article 71 - Rapport sur les charges fiscales et sociales

Le gouvernement devra remettre au Parlement avant le 30 juin 2012, un rapport sur les charges fiscales et sociales résultant des différentes obligations législatives et réglementaires auxquelles sont soumis les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes et les services de soins infirmiers à domicile en fonction de leur statut juridique.

➤ Article 72 - Financements dédiés aux établissements de la CNSA

Cet article modifie le financement du plan d'aide à l'investissement 2012 de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dans les établissements médico-sociaux. La CNSA retrace ses ressources et ses charges en plusieurs sections distinctes.

Tout d'abord, une section est consacrée au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux, des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer et des groupes d'entraide mutuelle qui respectent un cahier des charges fixé par arrêté du ministre chargé des personnes handicapées. Cette section est divisée en deux sous-sections. La première est relative aux établissements et services qui accueillent principalement des personnes handicapées, ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle. Elle retrace en ressources, une fraction au moins égale à 10% et au plus égale à 14% du produit des contributions ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie qui est destinée au financement de ces établissements ou services. Pour l'année 2012, le

pourcentage est fixé à 13%, au lieu des 12% de l'année 2011. Elle retrace, en charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans ces établissements ou services et les contributions aux budgets des ARS pour le financement des groupes d'entraide mutuelle. Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la CNSA dans la limite du montant inscrit au budget de la section.

La deuxième sous-section est relative aux établissements et services qui accueillent principalement des personnes âgées, ainsi qu'aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer. Elle retrace, en ressources, 40% du produit des contributions ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie destinée au financement de ces établissements ou services. Pour l'année 2012, le pourcentage défini est fixé à 39%. En charges, elle retrace le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans ces établissements ou services et les contributions au budget des ARS pour le financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des personnes malades d'Alzheimer. Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la CNSA dans la limite du montant inscrit au budget de la section.

Par ailleurs, une section est consacrée à la prestation de compensation. Elle retrace, en ressources, une fraction au moins égale à 26% et au plus égale à 30% du produit des contributions et en charges, un concours versé aux départements dans la limite des ressources destiné à couvrir une partie du coût de la prestation de compensation et un concours versé pour l'installation ou le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées. Sont également retracées en charges les subventions dues à la Cnaf lorsque la personne aidée est une personne handicapée.

Avant imputation des contributions, l'ensemble des ressources destinées aux personnes handicapées, au titre des établissements et services, doit totaliser 40% du produit des contributions. Pour l'année 2012, ce taux est fixé à 39%. Une section est consacrée au financement des autres dépenses en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes, qui retrace le financement des autres actions qui entrent dans le champ de compétence de la caisse, au titre desquelles notamment les dépenses d'animation et de prévention, et les frais d'études dans les domaines d'action de la caisse. Pour les personnes âgées, ces charges sont retracées dans une sous-section spécifique abondée par une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et du budget. Pour l'année 2012, 1% (au lieu de 2% en 2011) du produit des contributions est affecté au financement des opérations visées au a de l'article L14-10-9 du Code de l'action sociale et des familles. Pour les personnes handicapées, pour l'année 2012, la participation est fixée à 1% au lieu de 2% en 2011.

➤ Article 75 - Facturation de soins aux patients étrangers

Les établissements qui le souhaitent peuvent dorénavant déroger aux règles de facturation existantes pour la prise en charge en soins programmés, des patients étrangers en situation régulière ne relevant ni d'un régime de sécurité sociale obligatoire français, ni d'un régime de sécurité sociale coordonné avec les régimes français.

➤ Article 80 - Financement des missions d'expertise

Le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés peut prendre en charge le financement des missions d'expertise exercées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

4 – Mesures relatives aux professions de santé

➤ Article 49 - Expérimentation de nouveaux modes de rémunération

La LFSS pour 2008 a introduit l'expérimentation, devant prendre fin au 31 décembre 2012, de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé destinés à permettre de compléter le paiement à l'acte ou de s'y substituer. Ces expérimentations, qui concernent 150 maisons, pôles et centres de santé en France, ont nécessité une élaboration technique qui n'a permis leur déploiement opérationnel qu'au 1er janvier 2011 pour l'ensemble du territoire.

Une expérimentation de deux ans est apparue trop limitée aux yeux du gouvernement pour une évaluation des résultats. La période est donc étendue d'un an. Il est par ailleurs envisagé que les conventions conclues entre

l'assurance maladie et les professionnels de santé peuvent prévoir, dès le 1er janvier 2014, la rémunération de l'exercice pluriprofessionnel sur la base des résultats de l'évaluation des expérimentations.

➤ Article 56 - Secteur optionnel pour certains professionnels

La mise en place d'un secteur optionnel pour les chirurgiens, les obstétriciens et les anesthésistes-réanimateurs libéraux et la prise en charge des dépassements d'honoraires y afférents dans le cadre des contrats complémentaires dits responsables, est maintenant prévue par la LFSS pour 2012. Supprimé par le Sénat, cet article a été réintroduit par les députés qui estiment que le secteur optionnel permet une maîtrise des dépassements d'honoraires et garantir la prise en charge des patients.

A défaut de conclusion, un mois après l'entrée en vigueur de la présente loi, d'un avenant conventionnel visant ces praticiens autorisés à pratiquer des honoraires différents des tarifs fixés par la convention médicale et les autorisant à pratiquer de manière encadrée des dépassements d'honoraires pour une partie de leur activité, le ministre chargé de la Santé dispose pendant une durée de deux mois de la faculté de modifier par arrêté la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes conclue le 26 juillet 2011, en portant notamment à 50% le taux d'encadrement des dépassements d'honoraires qui seraient pris en charge par les complémentaires santé.

La mise en place d'un secteur optionnel répond à une demande des syndicats qui ont longtemps dénoncé la non-revalorisation, par la Cnam, des tarifs opposables, contraignant selon eux les praticiens à effectuer des dépassements d'honoraires.

➤ Article 74 - Rémunération des pharmaciens d'officine

Conformément aux préconisations qui ont été faites par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), dans le rapport « Pharmacies d'officine : rémunération, mission, réseau » publié en juin 2011, cet article prévoit de nouveaux modes de rémunération pour les pharmaciens d'officine.

De fait, cet article introduit la tarification des honoraires de dispensation, autres que les marges, dus aux pharmaciens par les assurés sociaux, ainsi que la rémunération en contrepartie d'engagements individuels. Ces engagements, pris par les pharmaciens, peuvent porter sur la dispensation, la participation à des actions de dépistage ou de prévention, l'accompagnement de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que sur toute action d'amélioration des pratiques et de l'efficacité de la dispensation. La rémunération à la performance dépendra de la réalisation des objectifs de santé publique par le pharmacien.

Par ailleurs, dans le cadre de la coopération entre les professionnels de santé, cet article permet aux pharmaciens d'officine de conclure avec l'Uncam et d'autres professionnels de santé des accords conventionnels interprofessionnels.

Cette nouvelle rémunération répond à une demande des syndicats des pharmaciens d'officines qui tirent la sonnette d'alarme depuis environ cinq ans.

5 – Mesures relatives aux institutions de santé :

➤ Article 26 – AFSSAPS

Le mode de financement de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) est modifié. Dorénavant, les taxes et redevances perçues aujourd'hui par l'Afssaps seront recouvrées par l'Etat au profit de la Cnamts. Les plafonds, les taux et les tarifs des taxes ont été vus à la hausse en raison de l'accroissement des missions confiées à l'Agence.

L'assiette de la taxe est constituée, pour chaque médicament ou produit de santé, par le montant total hors taxe sur la valeur ajoutée des ventes réalisées au cours de l'année civile précédente, quelle que soit la contenance des conditionnements dans lesquels ces médicaments ou produits sont vendus.

Par ailleurs, il a été introduit une taxe sur le chiffre d'affaires des produits cosmétiques, alignée sur celle des dispositifs médicaux. En effet, l'Afssaps organise un système de vigilance afin de surveiller les effets indésirables résultant de l'utilisation de produits cosmétiques. Or, jusqu'à présent, elle ne recevait aucun revenu à ce titre.

➤ Article 47 – HAS

Cet article vise à renforcer la mission médico-économique de la Haute autorité de santé (HAS) et à prendre en compte les résultats des évaluations qu'elle mène lors de la fixation des prix des médicaments et des dispositifs médicaux. La HAS devra dorénavant émettre un avis sur les conditions de prescription, de réalisation ou d'emploi des actes, produits ou prestations de santé ainsi que sur leur efficacité.

Un décret en conseil d'Etat précisera les cas dans lesquels cette évaluation médico-économique est requise, en raison notamment de l'amélioration du service médical rendu par le produit ou la technologie, des coûts prévisibles de son utilisation ou prescription, et des conditions dans lesquelles elle est réalisée.

➤ Article 59 - Observatoire économique de l'hospitalisation publique

L'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée est pérennisé et ses compétences sont étendues.

L'observatoire est chargé du suivi des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation et de la situation financière des établissements de santé publics et privés. Il se fonde notamment sur l'analyse des données d'activité de soins et des dépenses engendrées par ces activités.

6 – Mesures relatives à la santé publique :

➤ Article 48 - Prix du médicament

Lorsque la fixation du prix du médicament est fondée sur une appréciation de l'amélioration du service médical rendu différente de celle de la commission de la transparence de la Haute autorité de santé, le Comité économique des produits de santé fait connaître à la commission les motifs de son appréciation.

➤ Article 66 -Expérimentation pour les transports sanitaires urgents

Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1er janvier 2012 et pour une période n'excédant pas cinq ans, portant sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents pré-hospitaliers réalisés à la demande du service d'aide médicale urgente, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité de l'offre de transports sanitaires urgents en région. Les dérogations autorisées dans le cadre de ces expérimentations sont précisées. Ces dernières sont conduites par les agences régionales de santé, en lien avec les organismes locaux d'assurance maladie. Ils déterminent les conditions de rémunération des entreprises de transports sanitaires pour leur participation à la prise en charge des urgences pré-hospitalières à la demande du service d'aide médicale urgente en mobilisant l'ensemble des crédits affectés à cette prise en charge, comprenant les éléments de tarification et les crédits d'aide à la contractualisation affectés à l'indemnisation des services d'incendie et de secours en cas d'indisponibilité ambulancière.

A cet effet, une convention est conclue entre les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, l'établissement de santé siège du service d'aide médicale urgente et l'association départementale de transports sanitaires d'urgence la plus représentative comprenant un objectif de maîtrise des dépenses. La convention est soumise pour avis au sous-comité des transports sanitaires de l'agence régionale de santé. Une évaluation semestrielle de ces expérimentations, portant notamment sur le gain financier, la couverture du territoire et la disponibilité de la prise en charge ambulancière, est réalisée par les agences régionales de santé en liaison avec les organismes locaux d'assurance maladie. Six mois avant la fin de l'expérimentation, un rapport d'évaluation est transmis par le gouvernement au Parlement. Les modalités de mise en oeuvre de ces expérimentations sont définies par décret en Conseil d'État, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et des organisations syndicales représentatives des entreprises de transports sanitaires concernées.

Loi de financement Sécurité sociale 2013

[Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012](#), journal officiel du 18 décembre 2012 et [Décision du Conseil constitutionnel n° 2012-659 DC](#) du 13 décembre 2012.

[Extrait de : Liaisons sociales, n° 16266 et n° 16267, 18 et 21 janvier 2013]

La Loi de financement Sécurité sociale pour 2013 s'inscrit dans une stratégie de retour à l'équilibre structurel de toutes les administrations publiques dès 2017. Elle fait suite à la loi de finances rectificative d'août 2012 et doit rapporter environ 5 milliards d'euros de recettes aux régimes de Sécurité sociale et au Fonds de solidarité vieillesse. Son objectif est aussi de ramener le solde du régime général à 11,4 milliards d'euros et assurer une progression de l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie (Ondam) de 2,7%, soit 175,4 milliards.

Cette loi est marquée par des mesures de justice et d'équité. Elle fait également appel à la solidarité entre générations dans la perspective de la réforme de la dépendance.

Cette loi constitue une première étape dans la régulation des déficits. La deuxième étape est d'ores et déjà prévue avec la réforme du financement de la protection sociale qui devrait voir le jour courant 2013, suivie par la réforme des retraites.

Les grandes lignes du PLFSS 2013 sont les suivantes :

➤ Recettes :

- Réforme des prélèvements des travailleurs indépendants afin de les rapprocher du régime général ;
- Réforme sur les déclarations des particuliers employeurs : suppression de l'option forfaitaire ; déclaration sur le salaire réel avec déduction forfaitaire de 0,75 centime d'euro par heure travaillée ;
- Affiliation, pour l'ensemble des risques, de tous les élus locaux au régime général et assujettissement aux cotisations de droit commun de leurs indemnités de fonction à partir d'un certain seuil : cela concernera environ 17 000 élus.

La LFSS pour 2013 présente par ailleurs des avancées en termes de santé publique, notamment en augmentant les droits de consommation sur les bières (+ 5 centimes d'euros pour un demi de 25 cl). Cette mesure rapportera environ 500 millions d'euros à la Sécurité sociale.

La fiscalité sur le tabac est harmonisée.

Le financement des régimes spéciaux de retraite, CNRA, CNAVPL, CNIEG, est consolidé, avec notamment une augmentation des cotisations pour les deux premiers d'entre eux.

La contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie sur les pensions de retraite, CASA, permet de créer les conditions d'aboutissement de la réforme pour la prise en charge de la perte d'autonomie. 7 millions de retraités en seront exonérés car non imposables.

➤ Maladie :

S'agissant de la Maladie, la loi de financement pour 2013 prévoit un ONDAM en progression de 2.7 %, permettant de dégager 4,6 milliards d'euros supplémentaires consacrés à la santé par rapport à 2012.

La loi de financement de la Sécurité sociale contient également plusieurs mesures structurelles d'évolution du système de santé :

- Pour l'hôpital, on notera notamment l'arrêt de la convergence tarifaire entre les secteurs public et privé, ainsi que la possibilité de procéder à une mise en réserve de précaution sur les tarifs, préservant ainsi les dotations relatives aux missions d'intérêt général (MIGAC).
- En matière de soins de ville, la loi de financement initie un effort structurel en faveur du développement des soins ambulatoires, cohérent avec les évolutions des modes de prise en charge. Plusieurs mesures y contribuent :
 - la création d'une possibilité de rémunération forfaitaire pour les soins de proximité, afin de mieux structurer l'offre de ville et d'élargir les prises en charge pour des parcours de soins prioritaires ;
 - la mise en place du nouveau praticien territorial de médecine générale, offrant une garantie de revenus à des jeunes médecins s'installant en zone sous dense ;
 - le lancement des expérimentations sur le parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

La loi comprend aussi deux mesures favorables aux assurés avec la prise en charge à 100 % de l'IVG et l'exonération du ticket modérateur sur les contraceptions pour les mineures.

➤ Retraites :

L'année 2013 sera marquée par un grand rendez-vous des retraites associant les partenaires sociaux et qui s'appuiera sur les projections du COR. Dans l'attente, la LFSS 2013 présente des mesures ciblées de solidarité :

- Amélioration de la couverture retraite des exploitants agricoles confrontés à la maladie ou l'invalidité.
- Revalorisation des pensions à Mayotte, alignement avec les règles applicables en métropole.
- Meilleur partage des pensions de réversion du régime des marins.

➤ Accidents du travail et maladies professionnelles :

Un aménagement de la majoration pour tierce personne est prévu ainsi que des modifications des règles associées reconnaissance de la faute inexcusable à l'employeur.

➤ Famille :

Pour la famille, il a été décidé la création d'un congé de paternité et d'accueil de l'enfant permettant d'ouvrir la possibilité d'un congé également à la personne qui partage la vie de la mère.

➤ Lutte contre les fraudes :

La lutte contre les fraudes se traduira par une pénalisation plus importante de la récidive du travail dissimulé et la poursuite du renforcement des échanges d'informations entre administrations.

De façon plus détaillée, voici les dispositions relatives à la retraite, la maladie, la famille et les AT-MP (accidents du travail – maladies professionnelles).

1 – Mesures relatives aux accidents du travail :

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013 comporte des mesures en faveur de l'amélioration de la prise en charge des accidents du travail et des maladies professionnelles, et confirme les montants relatifs aux transferts financiers de la branche (sous-déclaration des risques professionnels et fonds amiante).

➤ Recouvrement des indemnités AT-MP en cas de faute inexcusable :

Lorsque le sinistre est imputable à une faute inexcusable, la caisse verse à la victime plusieurs indemnités (majoration du capital ou de la rente, indemnités des préjudices), qu'elle peut ensuite recouvrer auprès de l'employeur. Or, il s'avère que ces indemnités ne sont pas reversées : près de 20 millions d'euros pour 2012.

Afin de remédier à cette situation, l'article 86 de la loi prévoit que la reconnaissance de la faute inexcusable par décision de justice passée en force de chose jugée emporte l'obligation pour l'employeur de verser les sommes dont il est redevable à ce titre. Et, quelles que soient les conditions d'information de l'employeur par la caisse au cours de la procédure d'admission de l'origine professionnelle de l'accident ou de la maladie. Cette disposition est applicable aux actions en reconnaissance de la faute inexcusable devant les tribunaux des affaires sociales à compter du 1^{er} janvier 2013.

De plus, les majorations de rente et d'indemnités en capital prévues en cas de faute inexcusable ne seront plus récupérées par les caisses sous forme de cotisation supplémentaire, mais sous forme d'un capital représentatif, dans des conditions qui seront déterminées par décret. Ces dispositions sont applicables aux majorations ayant pris effet à compter du 1^{er} avril 2013.

➤ Création d'une prestation complémentaire tierce personne :

L'article 85 de la LFSS entérine une modification de la majoration pour tierce personne, prestation versée au salarié victime d'un sinistre professionnel ayant causé une incapacité permanente d'au moins 80 % l'obligeant à recourir à l'assistance d'un tiers pour les actes de la vie courante. La loi fixe cette prestation en fonction de la rente AT-MP, donc en fonction de la rémunération du salarié.

Considérant de ce fait la mesure profondément inéquitable, le législateur a décidé de la remplacer par une prestation complémentaire pour recours à tierce personne dont le montant ne dépendra plus de celui de la rente, mais du besoin d'assistance. Trois forfaits doivent être fixés par décret, avec un barème bien différencié permettant une meilleure prise en charge des situations les plus lourdes. Ce dispositif sera applicable à partir du 1^{er} mars 2013, mais les bénéficiaires de la MTP à cette date peuvent choisir de la conserver.

➤ Extension du dispositif de l'Acaata :

L'article 87 ouvre aux bénéficiaires de l'Acaata (allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante) la possibilité de liquider simultanément toutes leurs pensions de retraite dès 60 ans s'ils ont une carrière complète, et ce quel que soit le régime dont ils relèvent. Le même texte supprime pour eux la possibilité de cumuler pension de retraite et pension d'invalidité jusqu'à l'âge légal de départ à la retraite, soit 62 ans en 2017, ce cumul étant contraire à la règle générale de substitution entre pension d'invalidité et pension de retraite.

➤ Modification des critères d'attribution de l'Acaata :

En vue de faciliter les conditions d'attribution de l'Acaata, le législateur charge le gouvernement de remettre au Parlement avant le 1^{er} juillet 2013 un rapport sur les modalités de création d'une nouvelle voie d'accès individuelle au dispositif. L'idée est de pouvoir permettre aux travailleurs de bénéficier de l'Acaata par présomption d'exposition significative, c'est-à-dire en établissant un faisceau d'indices grâce à une série d'éléments tels que le secteur d'activité, la durée d'exposition, la période d'activité ou les conditions d'exercice.

➤ Versement au titre de la sous-déclaration des sinistres professionnels :

L'article 88 fixe pour 2013 à 790 millions d'euros le montant du versement de la branche AT-MP à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des sinistres professionnels, en application de l'article L.176-1 du Code de la sécurité sociale. Il s'agit du même montant qu'en 2012.

➤ Contribution au Fiva :

La contribution de la branche AT-MP au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) pour 2013 est fixée à 115 millions d'euros (article 89). Cette contribution est en nette diminution par rapport à 2012 (315 millions d'euros). Cette réduction exceptionnelle est motivée par le niveau important de réserves détenues par le Fonds.

➤ Contribution au Fcaata :

Comme en 2012, une contribution de 890 millions d'euros est attribuée pour l'année 2013 par la branche AT-MP au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata) par l'article 89.

2 – Mesures relatives à l'assurance maladie :

La LFSS pour 2013 reprend l'essentiel des mesures prévues par le projet de loi initial. Néanmoins, l'amendement visant à limiter les abus sur les pratiques médicales en milieu hospitalier a été supprimé, après la forte opposition du Sénat. Le dispositif doit être réétudié fin mars. Une série de mesures a été invalidées par le Conseil constitutionnel et considérées comme des cavaliers législatifs faute d'impact financier :

- L'interdiction de la publicité grand public pour des spécialités pharmaceutiques non remboursables dont la dénomination se rapproche d'un médicament remboursable, sous peine de sanctions pénales, l'extension des motifs d'interdiction de la publicité grand public aux dispositifs médicaux qui ont une incidence importante sur les dépenses d'assurance maladie et l'élargissement du pouvoir de sanction du Comité économique des produits de santé (article 55).
- La remise au Parlement, avant le 1^{er} mars 2013, d'un audit sur le pilotage du dossier médical personnalisé (DMP) et sa gestion par l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (article 74).
- L'expérimentation par des CAF et des caisses de mutualité sociale agricole du versement direct aux assistantes maternelles de la part de salaire correspondant au montant du complément de mode de garde (CMG) que les parents employeurs sont en droit de recevoir (article 92).

➤ Protection des demandeurs d'emploi reprenant une activité :

En application de l'article L.161-8 du Code de la sécurité sociale, les demandeurs d'emploi non indemnisés bénéficient pendant un an à compter de la perte de leur qualité d'assuré du maintien de leurs droits aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès. En principe, lorsqu'ils reprennent une activité professionnelle, ils redeviennent et perdent le bénéfice du maintien de ces prestations, alors même que dans certains cas, leur nouvelle activité ne leur permet de retrouver des droits. Pour éviter les ruptures de droits, l'article 51 de la LFSS étend le principe de la conservation du maintien des droits antérieurs aux demandeurs d'emploi non indemnisés reprenant une activité insuffisante pour leur générer de nouveaux droits. Un décret viendra fixer ultérieurement les modalités de cet avantage, et notamment la durée du maintien des droits.

➤ Extension de la couverture sociale des exploitants agricoles :

L'article 71 de la LFSS étend le bénéfice des indemnités journalières aux personnes relevant du régime non salarié agricole (c'est-à-dire les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole exerçant à titre exclusif ou principal, les collaborateurs d'exploitation et les aides familiaux et autres associés d'exploitation), ayant interrompu leur activité professionnelle pour cause de maladie ou d'accident de la vie privée et se trouvant dans l'incapacité physique et temporaire de continuer ou reprendre leur travail.

La loi prévoit que ces prestations, versées après délai de carence, seront financées par une cotisation forfaitaire à la charge des travailleurs non salariés agricoles. Le montant et les modalités d'application de ce dispositif seront fixés par voie réglementaire (un montant de 170 euros par an est évoqué). Le calcul de l'indemnité journalière sera aligné sur celle de l'IJ des exploitants agricoles (20 euros du 1^{er} au 28^e jour, puis 27 euros à compter du 29^e jour). La mesure entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2014.

➤ Abrogation du secteur optionnel pour les spécialités de bloc :

Face à la grogne des régimes complémentaires santé, l'article 49 de la LFSS supprime le secteur optionnel pour les médecins exerçant une spécialité de bloc (chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation) qui avait été mis en place début 2012. En effet, les études qui ont été menées sur le dispositif ne montrent pas d'amélioration concernant l'accès aux soins des patients.

Cette disposition remet en cause la mise en place des aides fiscales et sociales afférentes aux contrats dits responsables, les contrats d'assurance-maladie complémentaires qui prennent en charge l'intégralité des

dépassements d'honoraires encadrés des médecins exerçant à titre libéral une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation, à hauteur de 50 % du tarif opposable de sécurité sociale (D. n°2012-386 du 21 mars 2012, JO 30 mars : arrêté du 21 mars 2012, JO 22 mars).

➤ Ondam pour 2013 :

L'article 76 augmente de 2,7 % l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour l'année 2013, soit légèrement plus qu'en 2012 (2,5 %). Grâce à cette augmentation, une enveloppe supplémentaire de 4,6 milliards d'euros en faveur de la santé pourra être débloquée. Le respect de cet Ondam est conditionné à la mise en place de mesure d'économies qui devraient représentées 2,6 milliards d'euros cette année.

Pour les soins de ville : l'enveloppe est de 1,756 milliards, répartis comme suit :

- 876 millions d'euros sur les médicaments (dont 530 millions sur la baisse des prix) ;
- 605 millions d'efficience des prescriptions (dont 555 millions pour la maîtrise des dépenses de soins de ville) ;
- 225 millions en baisse tarifaire des consultations et des prestations de transport ;
- - 50 millions au titre de mesures contre la fraude.

Pour les soins hospitaliers : l'enveloppe est de 657 millions d'euros, répartis comme suit :

- 314 millions sur la rationalisation des achats hospitaliers et l'organisation des pharmacies internes ;
- 193 millions pour l'amélioration de la prise en charge des patients ;
- 150 millions sur la baisse des prix des médicaments et autres dispositifs médicaux.

➤ Renforcement de la lutte contre la perte d'autonomie :

Les recommandations du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) et de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) sur la mise en place de nouveaux modes d'organisation des soins destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie sont suivies par la LFSS qui a validé la mise en œuvre d'expérimentation sur ce thème.

L'article 48 de la loi prévoit qu'elles prendront la forme de projets pilotes, insérés dans le cadre des missions d'un Fonds d'intervention régional (FIR), qui étudiera les moyens d'éviter le recours à l'hospitalisation trop fréquente et trop longue chez ces patients en s'appuyant sur une optimisation du « parcours de santé ». Conduites par le Hcaam, à compter du 1^{er} janvier 2013 et pour une durée maximale de cinq ans, ces expérimentations devront respecter un ensemble de conditions comprenant un champ territorial bien défini, des formules de financement et de tarification dans le respect du parcours de santé, l'imputation de ces dépenses sur le FIR, un cadre juridique permettant la diffusion de l'information médicale entre les professionnels de la santé et le secteur social.

Une évaluation devra être transmise au Parlement avant le 1^{er} octobre 2013 pour ensuite envisager éventuellement une généralisation de l'application de ces expérimentations.

➤ Lutte contre les situations de monopole dans l'industrie pharmaceutique :

Afin d'encourager la mise sur le marché d'alternatives médicamenteuses à une spécialité pharmaceutique, l'article 57 de la loi étend la possibilité, pour des spécialités susceptibles de répondre aux mêmes indications qu'un produit présent sur le marché en position de monopole, de faire l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU), élaborée par l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM). Cette mesure est conditionnée soit à un impératif de santé publique, soit à une exigence de maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

3 – Mesures relatives à la retraite :

➤ Remboursement des rachats de trimestre inutiles :

Le calendrier de relèvement de l'âge d'ouverture des droits à la retraite, issu de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, a été accéléré par la LFSS pour 2012, cette accélération concernant les générations nées entre le 1^{er} janvier 1952 et le 31 décembre 1955. Conséquence du recul de l'âge légal, les versements auxquels les intéressés ont pu procéder entre le 13 juillet 2010 et le 31 décembre 2011 dans le cadre du dispositif de rachats de trimestres « Fillon » sont rendus inutiles.

L'article 82 de la LFSS 2013 prévoit que ces rachats pourront être remboursés intégralement. Le remboursement sera effectué sur demande de l'intéressé, dans un délai d'un an à compter la promulgation de la loi, soit jusqu'au 17 décembre 2013, et à condition qu'il n'ait fait valoir aucun des droits aux pensions personnelles de retraite auxquels il peut prétendre au titre des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires. Le montant à rembourser est calculé en revalorisant les cotisations versées par l'assuré par application des pensions de vieillesse servies par le régime général est les régimes alignés.

- Attribution de points de retraite gratuits aux exploitants agricoles :

Selon l'article 77 de la loi, l'interruption d'activité résultant de maladie ou d'infirmité grave empêchant toute activité professionnelle ne prive pas les non salariés agricoles (exploitants agricoles, conjoints collaborateurs et aides familiaux) de droit à la pension de retraite, composée des pensions de retraite forfaitaire et de retraite proportionnelle dans les conditions prévues aux 1^o et 2) de l'article L.762-29.

Les intéressés bénéficieront de l'attribution de points gratuits de retraite proportionnelle (en principe de 23 points de retraite pour les chefs d'exploitation et 16 points pour les collaborateurs et les aides familiaux). Un décret viendra préciser les modalités de calcul de la pension.

- Justificatif d'existence pour les retraités résidant hors de France :

Selon l'article 83 de la loi, le justificatif d'existence demandé par les caisses de retraite aux bénéficiaires d'une pension de retraite qui résident hors de France ne devra désormais être fourni qu'une fois par an. Le texte précise que, en l'absence de réception de ce justificatif, le versement de la pension de retraite ne peut être suspendu qu'à l'expiration d'un délai minimal d'un mois à compter de la date fixée par la caisse de retraite pour la réception de ce document.

4 – Mesures relatives à la famille :

- Création du congé de paternité et d'accueil de l'enfant :

La loi élargit l'attribution du congé de paternité afin de prendre en compte la diversité des modèles familiaux. En application de l'article 94, le congé paternité, devenu le congé de paternité et d'accueil de l'enfant, est désormais ouvert au père ainsi qu'à la personne qui atteste vivre maritalement avec la mère (conjoint, concubin et partenaire lié par un PACS). Les conditions de mise en œuvre, et notamment les montants et la durée d'attribution de la prestation seront fixés par décret.

Loi de financement Sécurité sociale 2014

[Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013](#) de financement de la sécurité sociale pour 2014, JO du 24/12/13

[Décision n° 2013-682 DC du 19 décembre 2013](#)

[Extrait de : *Liaisons sociales*, n° 16516 et n° 16521, 27 janvier et 3 février 2014]

[Extrait de : *Note de Note sur la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2014*]

La Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 affiche la volonté de continuer l'augmentation des recettes et la décélération des dépenses.

Le déficit doit baisser de 2,9 milliards d'euros pour passer à 13 milliards d'euros.

- Economie de 2,4 milliards d'euros pour l'assurance maladie en 2014 ;
- Ajoutée aux 500 millions d'euros économisés dans l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) de 2013.

Sont principalement impactés :

- L'industrie pharmaceutique avec 980 millions de baisse du prix des médicaments et 120 millions de baisse du coût des dispositifs médicaux ;
- Les établissements de santé avec une baisse du coût de 577 millions d'euros, avec une très large part portant sur les produits de santé de la liste en sus.

Par ailleurs, elle poursuit le chantier de la réforme complémentaire santé engagée par la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 et engage celui de la réforme de la politique familiale en reprenant certaines propositions du rapport du Haut Conseil de la famille du 9 avril 2013. Un de ses objectifs principaux est, en effet, de porter les réformes structurelles engagées par le gouvernement pour moderniser la protection sociale, lesquelles devraient se poursuivre en 2014 et 2015, le Premier ministre ayant saisi le Haut Conseil du financement de la protection sociale en vue de clarifier, diversifier et consolider le financement de la protection sociale et alors que le Président de la République a annoncé le 14 janvier 2014 la fin de la cotisation familiale.

1 – Mesures relatives à la réforme de la complémentaire santé :

En octobre 2012, le Président de la République a annoncé qu'il souhaitait généraliser la complémentaire santé pour tous d'ici 2017. La loi de financement de la sécurité sociale complète donc le dispositif à destination des salariés d'une part et des personnes ayant des faibles revenus d'autre part.

➤ Les clauses de recommandation :

En application de l'article 14, les entreprises sont libres de choisir ou non un organisme recommandé par l'accord professionnel ou interprofessionnel, sans subir une majoration du taux du forfait social (cette mesure a été invalidée par le Conseil constitutionnel).

La recommandation doit être précédée d'une procédure de mise en concurrence des organismes ou institutions concernées dans des conditions de transparence d'impartialité et d'égalité de traitement entre les candidats. Un décret fixera les modalités de mise en œuvre de cette procédure.

Les organismes ou institutions recommandées ont l'obligation d'assurer toutes les entreprises de la branche qui les choisiraient, selon un tarif unique. Les garanties doivent être identiques pour toutes les entreprises de la même branche et couvrir tous les salariés concernés.

En outre, les organismes ou institutions chargés d'assurer la protection complémentaire devront inclure dans leurs contrats, en vertu du paragraphe 1 de l'article L.912.1 du Code de la sécurité sociale, des clauses prévoyant des droits non-contributifs, des mesures de prévention ou des prestations d'action sociale.

Les organismes ou institutions devront adresser annuellement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport sur la mise en œuvre du régime, le contenu des éléments de solidarité et son équilibre. Le contenu de ce rapport sera fixé par décret.

➤ Reconfiguration du contrat solidaire et responsable :

Le contenu des contrats solidaires et responsables est réformé pour améliorer le niveau de couverture minimale des contrats et parallèlement, pour éviter que les contrats de complémentaire santé ne solvabilisent des pratiques tarifaires excessives ou abusives ou ne contribuent ainsi à la dérive tarifaire constatée dans certains secteurs.

Des critères plus rigoureux seront exigés de ces contrats qui bénéficient d'un traitement fiscal et social de faveur. Ainsi, le panier de soins minimal des contrats devra :

- Prendre en charge toute ou partie de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations maladie (ticket modérateur sur les frais de santé remboursés par l'assurance maladie) et du forfait journalier hospitalier ;
- Prévoir les conditions dans lesquelles peuvent être prise en charge les dépassements perçus lors de la consultation ou d'autres actes médicaux ; ainsi que les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, notamment les dispositifs d'optique médicale.

Les contrats pourront donc prévoir des niveaux minimaux et maximaux de prise en charge.

Ces mesures s'appliqueront aux contrats complémentaires de santé individuels souscrits ou renouvelés à partir du 1^{er} janvier 2015.

➤ La hausse de la TSCA :

L'article 19 augmente la Taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) sur les contrats dits non solidaires et non responsables de 9 % à 14 %.

➤ Modification des conditions d'accès à la CMUC :

L'article 56 facilite pour les étudiants bénéficiaires de certaines aides sociales (notamment de l'aide du Fonds national d'urgence versée par le Crous) l'accès à la couverture maladie universelle complémentaire. Le décret est à paraître.

➤ Modification concernant l'aide à la complémentaire santé (ACS) :

L'article 56 renforce aussi l'attractivité de l'ACS en améliorant le rapport qualité-prix des contrats souscrits par la mise en concurrence des organismes complémentaires, y compris pour la prévention.

Il instaure l'obligation pour les organismes complémentaires d'informer le bénéficiaire de l'ACS au moins un mois avant le renouvellement tacite du contrat, pour qu'il ne perde pas son éligibilité.

Il revalorise de 500 à 550 euros le chèque de l'ACS pour les personnes de plus de 60 ans.

Il prévoit le plafonnement de la prise en charge des dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux par un décret à paraître en Conseil d'Etat avant le 1^{er} janvier 2015.

Il prévoit, par décret, l'évolution des règles relatives aux contrats solidaires et responsables pour assurer un niveau de couverture minimale de soins et la mise en place de plafonds tarifaires, différents, selon les prestations, y compris pour les dispositifs médicaux à usage individuel, dont l'optique, les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale.

➤ Soins thermaux :

L'article 66 impose enfin aux établissements thermaux de proposer aux bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS des soins thermaux à des prix n'excédant pas les tarifs forfaitaires de responsabilité.

2 – Mesures relatives aux dépenses d'assurance maladie :

➤ Expérimentations de nouveaux modèles d'organisation et de financement des soins :

L'article 32 définit un cadre générique pour les expérimentations de nouveaux modèles d'organisations et de financement de soins, notamment pour les pathologies chroniques, pour une durée de 4 ans avec la réalisation d'une évaluation annuelle par les Agences régionales de santé (ARS).

Il précise le champ des dérogations aux règles tarifaires et de facturations autorisées.

Un décret en Conseil d'Etat devra fixer les modalités de chaque expérimentation.

- Prolongation des expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) :

Les ENMR sont prolongés jusqu'au 31 décembre 2014. Un délai de 3 mois à partir de la promulgation de la LFSS 2014 est inscrit pour commencer les négociations en vue de conclure un accord conventionnel interprofessionnel.

- Réforme du cadre d'autorisation des coopérations (Loi HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009, art. 51) :

L'article 35 instaure la création d'un collège de financeurs, selon des modalités fixées par décret, chargé d'émettre pour chacun des protocoles de coopération transmis par les Ars, un avis sur l'opportunité d'une prise en charge financière dérogatoire et sa durée, fondé sur le modèle économique.

Il prévoit un accompagnement du protocole de coopération soumis par les professionnels de santé à l'Ars par un modèle économique, établi avec l'aide de l'Ars.

Le protocole sera mis en œuvre après arrêté du directeur général de l'Ars, après avis conforme de la Haute Autorité de santé (HAS).

Les Ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pourront autoriser un financement dérogatoire des protocoles, pour une durée maximale de 3 ans, renouvelable une fois.

Les projets ayant un avis positif de la HAS ou autorisés par l'Ars avant le 1^{er} janvier 2014 pourront être soumis à une demande d'avis au collège des financeurs sur leur financement.

Les protocoles seront évalués par la HAS sur des éléments transmis par les professionnels de santé à l'Ars.

- Expérimentation du financement de la télémédecine :

L'article 36 autorise l'expérimentation du financement d'actes de télémédecine pour accélérer le déploiement de nouveaux usages de la télémédecine pour les patients pris en charge en ville ou en structures médico-sociales (notamment les EHPAD) ;

Il met en place l'expérimentation à compter du 1^{er} janvier 2014 pour une période de 4 ans maximum, dans une liste de régions, pilotée par les ARS (décret en attente). La Haute Autorité de santé en fera une évaluation avant le 31 septembre 2016, dans un rapport transmis par la ministre au Parlement.

Les pharmaciens seront intégrés dans l'expérimentation.

- Evolution du dispositif des Contrats d'Amélioration de la Coordination de la Qualité des Soins (CACQOS) pour les transports :

L'article 39 renforce le dispositif de régulation de la dépense de transports des patients reposant sur une analyse individuelle des prescriptions de transport à l'intérieur de l'établissement. Il met en place une expérimentation pour développer des nouvelles modalités d'organisation et de régulation des modes de transports du 1^{er} janvier 2014 pour une période maximum de 3 ans.

Les ARS ont la possibilité de proposer des contrats d'amélioration des soins en se référant au montant maximal de dépenses de transport, et non plus le taux de progression des dépenses.

- Suppression du Fonds d'intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) :

L'article 40 supprime le FIQS pour simplification, la majeure partie de ses missions sont assurées par le Fonds d'Intervention Régional (FIR) ; les datations restantes seront versées par la Cnamts.

➤ Réforme de la Tarification à l'activité (T2A) des établissements de santé :

L'article 41 instaure un financement pour des établissements dans les zones à faible densité de population et répondant à des critères d'isolement géographique (fixation par décret). En sont exclus : les établissements lorsque le taux d'évolution ou le volume d'activité résulte d'une création ou d'un regroupement d'activités.

Il met en place une facturation de consultations externes par des médecins salariés d'établissements privés, aujourd'hui non facturables à l'assurance maladie. Un mécanisme de modulation dégressive des tarifs est instauré pour certaines prestations d'hospitalisation des établissements de santé.

Le Gouvernement remettra un rapport avant le 31 mai 2014 sur la réforme du modèle de financement des établissements de santé.

➤ Etablissements de soins de suite et de réadaptation :

L'article 42 prévoit la révision de la mise sous accord des prestations d'hospitalisation des établissements de soins de suite et de réadaptation vers des établissements de court séjour (et non plus vers des établissements avec hébergement).

➤ Expérimentation de la tarification au parcours pour l'insuffisance rénale chronique et le traitement du cancer par radiothérapie :

L'article 43 instaure un nouveau mode de financement du parcours pour l'insuffisance rénale chronique, étendu à l'organisation de la dialyse à domicile et aux soins de suite et de réadaptation.

Il définit un nouveau mode de financement forfaitaire pour le traitement du cancer du sein et de la prostate (détaché du nombre de séances ou de la dose d'irradiation) comprenant tous les paramètres du traitement itératif du cancer par radiothérapie.

Il intègre les pharmaciens à l'expérimentation.

Un décret en conseil d'Etat précisera les modalités de ce déploiement.

➤ Report de la facturation individuelle des établissements de santé :

L'article 45 met en place des expérimentations pour résoudre les difficultés rencontrées sur le plan technique et d'organisation, dont les systèmes d'information, pour la généralisation de la facturation directe (FIDES) des établissements de santé, spécifiquement pour les séjours hospitaliers, en repoussant la date de généralisation de la FIDES à 2018 (contre 2016 pour les actes et consultations externes).

Il simplifie la répartition des charges hospitalières entre les régimes d'assurance maladie et harmonise les modalités de répartition entre les charges des établissements et services médico-sociaux et les charges hospitalières.

➤ Expérimentation de la délivrance des médicaments à l'unité :

L'article 46 définit l'expérimentation de la délivrance à l'unité d'antibiotiques au sein de pharmacies d'officine pour une durée de trois ans, afin d'en mesurer l'impact médico-économique.

Il engage la responsabilité des acteurs de la filière pharmaceutique et prévoit la remise d'un rapport d'évaluation au plus tard le 31 juillet 2017.

Les informations transmises au patient seront définies par décret après consultation des professionnels concernés.

➤ Promotion des médicaments biologiques similaires :

L'article 47 met en place une liste de référence dit : groupes biologiques similaires par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), avec d'éventuelles mises en garde ou restriction, pour informer les prescripteurs de l'existence de ces médicaments et les inviter à prescrire.

Il instaure la substitution seulement en initialisation de traitement. Mention sera faire sur l'ordonnance avec renseignement du dossier pharmaceutique et information entre le pharmacien et le prescripteur.

Il précise le rôle du médecin dans la prescription de biosimilaires, qui devra être expressément autorisée par le prescripteur.

- Prise en charge des médicaments ayant bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation :

L'article 48 pérennise l'expérimentation de la facturation à prix libres des médicaments ayant bénéficié d'une ATU et utilisés pendant la période entre l'octroi de l'Autorisation de mise sur le marché (AMM) et la fixation du prix par le Comité économique des produits de santé (CEPS).

Il fixe le délai de prise en charge à 7 mois et renforce l'encadrement financier.

La HAS est chargée de déterminer si l'absence d'alternative thérapeutique justifie ou non une ATU.

Le coût du dispositif est régulé par un dispositif de reversement obligatoire, si le prix fixé par le CEPS est inférieur au montant jusqu'alors facturé aux établissements de santé par le laboratoire.

Il clarifie le champ des patients concernés : si l'ATU ne prend pas en charge l'indication, le traitement peut être acheté, fourni, pris en charge et utilisé au profit des patients s'il n'y a pas d'alternative thérapeutique ou si le patient est en échec de traitement.

La remise d'un rapport annuel du gouvernement au parlement est prévue.

- Remises sur les médicaments génériques consenties aux pharmaciens par les laboratoires pharmaceutiques :

L'article 49 instaure une déclaration des remises accordées aux pharmaciens pour chaque spécialité générique, faite au CEPS, pour permettre un dispositif de transparence sur les remises obtenues par les pharmaciens (dans une limite fixée à 50 % du prix du fabricant). Dans l'attente du décret, la limite reste à 17 %.

Le CEPS pourra prononcer une pénalité, inférieure ou égale à 5 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fournisseur, pour non-déclaration ou erreur manifeste.

- Pharmacies mutualistes et pharmacies de secours minières :

L'article 50 intègre les pharmacies mutualistes et pharmacies de secours minières au champ de la convention pharmaceutique.

- Evolution du dispositif de la régulation de la liste en sus du contrat de bon usage :

L'article 51 simplifie la gestion des produits de la liste en sus par les ARS à travers la création d'un outil, au loi des deux suivants : le Contrat de bon usage et le dispositif de régulation quantitative.

Les ARS auront la possibilité de conclure un avenant avec un établissement de santé pour plus d'efficacité dans les pratiques de prescription.

Les indications thérapeutiques qui permettent la prise en charge au sein de la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une AMM dispensés dans les établissements devront être précisées.

Les ARS pourront prononcer la réduction de remboursement de 10 % de la part de prise en charge par l'assurance maladie en cas de refus de l'établissement ou de non-respect manifeste.

- Simplification des règles de tarification des actes innovants associés à des produits de santé :

L'article 52 instaure une inscription plus rapide à la nomenclature pour les nouveaux actes innovants associés aux dispositifs médicaux, afin que la procédure ait abouti dans les six mois suivants l'avis rendu par la Haute Autorité de santé.

Il autorise l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) de procéder à la hiérarchisation de l'acte dans les 5 mois suivant la réception de l'avis par la HAS.

- Sevrage tabagique :

L'article 54 renforce l'aide au sevrage tabagique à destination des jeunes. Le montant de la prise en charge des substituts nicotiques pour les jeunes adultes de 20 à 25 ans est triplé. Des programmes d'aide au sevrage sont aussi prévus pour les bénéficiaires de la prescription.

- Tiers payant sur les consultations et examens préalables à la contraception chez les mineures d'au moins 15 ans :

L'article 55 instaure le tiers-payant pour les consultations et examens biologiques nécessaires à la contraception pour les mineures de 15 ans et plus.

Il étend le dispositif aux actes de pose, changement, retrait des contraceptifs implantables (stérilets ou implants) et aux prescriptions d'examen de biologie par les sages-femmes.

Il garantit l'anonymat à travers un dispositif de prise en charge par l'assurance maladie via la carte professionnelle du praticien.

- Simplification de la législation relative aux indemnités journalières pour les travailleurs indépendants et les exploitants agricoles :

L'article 59 vise à sécuriser les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces des travailleurs non salariés.

Actuellement, dans le régime du RSI, pour bénéficier des indemnités journalières, l'assuré doit être à jour de ses cotisations, des dérogations étant toutefois prévues lorsque les assurés font l'objet d'un jugement de redressement judiciaire ou d'un étalement du paiement des cotisations décidé par la commission de recours amiable de la caisse(CRA). Dans ce cas, le droit aux indemnités journalières est rétabli s'ils respectent l'échéancier de paiement prévu (CSS, art. L. 613-8). Or, des délais de paiement peuvent être également accordés par la commission des chefs de services financiers des organismes de sécurité sociale et d'assurance chômage.

L'article L. 613-8 du Code de la sécurité sociale est modifié en conséquence, pour ajouter, à côté des décisions des CRA, celles prises par ces commissions.

L'article 59 de la loi encadre par ailleurs le dispositif d'indemnisation des travailleurs non-salariés agricoles en cas de maladie ou d'accident de la vie privée. À ce titre (C. rur. art. L. 732-15, L. 752-14 et L. 762-13-1) : il étend le dispositif prévu à l'article L. 613-8 du Code de la sécurité sociale modifié et il coordonne le dispositif permettant le versement d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident de la vie privée avec celui permettant le versement d'une pension d'invalidité dans le même régime.

- Modalités d'attribution des indemnités journalières au titre de l'assurance maladie et maternité :

L'article 60 prévoit la remise d'un rapport sur les modalités d'attribution des indemnités journalières au titre de l'assurance maladie et maternité avant la présentation du LFSS pour 2015.

- Financement du plan d'aide à l'investissement dans le secteur médico-social pour 2014 :

L'article 61 prévoit la reconduction pour 2014 du dispositif prévu dans la LFSS 2013 : 2 % des recettes de la contribution de solidarité pour l'autonomie prélevé sur le budget de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dont la gestion est confiée aux ARS.

- Expérimentation de majorations du forfait global relatif aux soins :

L'article 62 abroge l'article 67 de la LFSS 2012 portant sur l'expérimentation de majorations du forfait global relatif aux soins.

Les articles 63, 64, 65 fixent le montant :

- De la participation des régimes obligatoires de l'assurance maladie aux fonds : FMESPP, ONIEM, EPRUS, ARS...
- Des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2014.
- De l'ONDAM et sous-ONDAM pour 2014.

3 – Mesures relatives aux dépenses de la branche Accidents de travail et de Maladies professionnelles (AT-MP)

- L'article 69 : fixe la dotation de la branche AT-MP au fonds de cessation d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et le montant du transfert au titre de la sous-déclaration AT-MP pour 2014.
- L'article 70 étend au régime des marins les dispositions relatives à la faute inexcusable de l'employeur.
- L'article 71 aligne le taux d'incapacité des salariés agricoles, actuellement de 100 %, sur celui des salariés (80 %) pour permettre aux victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles de bénéficier de la prestation complémentaire.
- L'article 72 fixe les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2014.

4 – Mesures relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement :

- L'article 8 harmonise les modalités d'application des contributions et prélèvements sociaux sur les produits de placement à un taux de 15,5 %. Le champ d'application est réduit aux seuls contrats d'assurance-vie exonérés d'impôt sur le revenu et exclut donc les PEL, les PEA et l'épargne salariale.
- L'article 9 concerne le financement des mesures prises en matière de retraites complémentaires obligatoires agricoles.
- L'article 10 déplaçonne partiellement l'assiette des cotisations de l'assurance vieillesse de base des artisans et commerçants affiliés au régime social des indépendants par la création d'une cotisation assise sur la totalité de la rémunération en sus de celle applicable sous plafond, sauf pour 2014 et 2015.
- L'article 11 réforme les modalités de financement de la Haute Autorité de santé.
- L'article 12 fusionne la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires et la taxe sur les premières ventes de médicaments :
 - Instauration d'une contribution de 0,17 % due par tous les exploitants (fusion des deux taxes assises sur une assiette proche du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine).
 - Instauration d'une contribution additionnelle de 1,6 % pour les exploitants de spécialités pharmaceutiques remboursables.
 - Alignement des conditions fiscales des princeps, qui ont un prix de vente identique à celui des génériques de leur groupe, sur celles des génériques sous tarif forfaitaire de responsabilité (TFR).
 - Fixation d'un seuil minimum de perception des taxes de la première vente des dispositifs médicaux et produits cosmétiques, sauf pour les TPE avec des taxes inférieures ou égales à 300 euros.

- Actualisation de la déclaration des ventes de l'année précédente pour l'ensemble des médicaments et dispositifs médicaux : maintien de l'exhaustivité du champ, le champ des déclarants est désormais établi par référence à la nouvelle contribution de base sur le chiffre d'affaires.
 - Exclusion de la contribution les produits dérivés du sang, y compris s'il s'agit de médicaments non conformes au principe du don de sang bénévole en cas d'offre insuffisante.
- L'article 13 crée une troisième tranche de taxe à 20 % pour la contribution due par les grossistes-répartiteurs :
- Création d'une troisième tranche de 20 % sur la fraction du chiffre d'affaires hors taxes réalisée par l'entreprise, correspondant au montant de la marge rétrocédée aux pharmacies.
 - Diminution de la taxe applicable sur la première tranche de la contribution, constituée par le chiffre d'affaires HT, de 1,9 % à 1,75 %.
- L'article 15 fixe le taux K de la clause de sauvegarde à 0,4 % pour l'année 2014.
- L'article 16 intègre les déficits de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et de la Caisse nationale d'assurance familiale (Cnaf) dans le champ des reprises de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades).
- L'article 17 concerne des transferts de recettes, notamment :
- Transfert des produits de la taxe sur les boissons énergisantes et de la Taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) pour les contrats dits-non responsables afin de compenser les pertes de recettes du Fonds de solidarité vieillesse (FSV).
 - Minoration des droits de consommation sur les tabacs affectés à la branche des prestations familiales des salariés agricoles et transfert de la somme restante à la Caisse nationale d'assurance vieillesse.

A noter qu'au 1^{er} octobre 2014, seulement 44 % des textes d'application ont été publiés. 23 textes restent à publier.

Loi de financement de la sécurité sociale rectificative pour 2014

[Loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014](#)

[Décision du Conseil constitutionnel n° 2014-698 DC du 6 août 2014](#)

Le budget rectificatif prévoit notamment des allègements de cotisations sociales pour les employeurs (à compter de 2015), une baisse de cotisations pour certains salariés, mais aussi le gel des pensions de retraite supérieures à 1200 € durant un an supplémentaire.

1. Pour plus d'informations :

- [Lire le dossier de presse](#) sur le portail de l'économie et des finances
- [Le dossier législatif](#) sur le site du Sénat
- [Le dossier législatif](#) sur le site de l'Assemblée nationale
- [Le dossier législatif](#) sur Legifrance

Loi de financement de la sécurité sociale pour 2015

[LOI n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015](#), JO du 24 décembre 2014

[Décision n° 2014-706 DC du 18 décembre 2014](#)

[Extrait de : Liaisons sociales, n° 1658 et 16759, 23 et 26 janvier 2015]

La **Loi de financement de la sécurité sociale pour 2014** prévoyait de ramener le déficit du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) à 12,8 milliards d'euros, soit une réduction de 2,5 milliards d'euros par rapport à 2013, et un effort de 8,5 milliards d'euros par rapport à l'évolution tendancielle en l'absence de toute mesure.

Ces prévisions se fondaient sur une hypothèse de croissance de 0,9 % du PIB et de 2,2 % pour la masse salariale en 2014. Elles avaient été maintenues au printemps 2014 dans le cadre de la Loi rectificative de financement de la Sécurité sociale.

Or la reprise attendue n'a pas eu lieu : la croissance française serait de 0,4 % en 2014, 1 % en 2015 ? et la masse salariale se limiterait à 1,6 % en 2014.

Les recettes ne sont donc pas au rendez-vous et la réduction attendue du déficit est fortement contrariée.

Au global, le déficit cumulé de l'ensemble constitué par le régime général et le FSV s'établirait donc à un niveau identique à celui de l'année précédente, soit 15,4 milliards d'euros. En revanche, le déficit de l'ensemble des régimes de base et du FSV continuerait à se réduire à 15,3 milliards d'euros, soit 700 millions d'euros de moins que le niveau de 2013.

La loi de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 programme un budget déficitaire – il faut remonter à 1986 pour trouver le dernier équilibre des comptes du régime général de la Sécurité sociale. Elle prévoit de ramener le déficit de l'assurance maladie à 6,9 milliards d'euros, soit 3,2 milliards d'euros d'économie.

Les grandes orientations sont les suivantes :

- L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est ainsi ramener à 2,1 % en 2015 (contre 2,4 % en 2014) : 2,2 % pour les soins de ville et 2 % pour l'hôpital.
- La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) est contrainte à un plan d'économies de 2,9 milliards d'euros.
- Le gel des pensions vieillesse, la baisse de la prime de naissance au 2^e enfant 923 euros), la réduction de la durée du congé parental et une baisse possible du plafond de revenus pour les Exonérations de cotisations d'allocation de garde d'enfants à domicile.
- Au niveau de l'hépatite C, l'Etat va fixer un plafond de coût pour le SOVALDI (entre 800 millions et 1 milliard d'euros de coût pour l'Assurance maladie), pour taxer le dépassement du chiffre d'affaires réalisé avec ce produit.

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2015, adoptée définitivement le 1er décembre 2014 par le Parlement, a été promulguée le 22 décembre 2014. Elle avait été déferée au Conseil constitutionnel, par plus de 60 sénateurs, le 3 décembre, puis par plus de 60 députés, le 5 de ce même mois. Dans sa décision DC n° 2014-706 du 18 décembre 2014, le Conseil constitutionnel a déclaré l'article 85 de la loi relatif à la modulation des allocations familiales – le plus contesté – conforme à la Constitution, sous une réserve d'interprétation.

1- Dispositions relatives à l'exercice 2014 :

Le médicament est le principal contributeur : 1 milliard d'euros d'économie : le gouvernement prévoit de baisser les prix des médicaments (550 millions d'euros), encourage la prescription des génériques (435 millions d'euros), retient des mesures indirectes qui touchent la maîtrise médicalisée, la structure des prescriptions....

➤ Financement exceptionnel pour les médicaments destinés au traitement de l'hépatite C

L'article 3 instaure une mesure de régulation spécifique pour encadrer le coût des traitements liés à l'hépatite C.

En effet, suite à l'arrivée de nouvelles thérapies innovantes, et donc onéreuses, dans le traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C, ce PLFSS prévoit un mécanisme de régulation des dépenses qui y sont consacrées. D'un point de vue épidémiologique, cette infection touche 200 000 personnes en France et 3 000 personnes en décèdent chaque année. Ce mécanisme consiste en une régulation proche de celle du taux K. Au-delà d'un plafond de chiffre d'affaires annuel pour les médicaments destinés à cette

pathologie (liste définie par la Haute Autorité de Santé), les laboratoires devront verser une contribution progressive, calculée en fonction du chiffre d'affaires.

- Mise en place d'un mécanisme progressif de contribution des entreprises exploitant le traitement de l'hépatite C ;
- La Haute Autorité de santé établit la liste des médicaments concernés dans le traitement de l'hépatite C et la met à jour à chaque autorisation de mise sur le marché ou autorisation temporaire d'utilisation de médicaments ;
- Un plafond de dépenses assumé par la solidarité nationale pour l'hépatite C est défini. Si le plafond est dépassé, un effort supplémentaire est demandé aux industriels sur la base du chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'entreprise concernée ;
- Le Comité économique des produits de santé (CEPS) aura la possibilité de conclure avec les laboratoires concernés une convention pour la régulation du montant global de la contribution entre les différentes entreprises ;
- Le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'évaluation du présent article avant le 15 octobre 2016.

➤ Réduction de la dotation de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam)

L'article 4 fixe cette dotation à 118 millions d'euros (138 millions en 2014).

➤ Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam)

L'article 6 rectifie l'Ondam 2014 : 178,3 milliards d'euros.

- Dépenses de soins de ville : 80,9 milliards ;
- Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'acte : 19,7 milliards d'euros ;
- Autres dépenses relatives aux établissements de santé : 19,7 milliards d'euros ;
- Contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées : 8,5 milliards d'euros ;
- Dépenses relatives au fonds d'intervention régional (FIR) : 3 milliards
- Autres prises en charge : 1,7 milliards.

2- Mesures relatives aux recettes et à l'équilibre financier pour 2015 :

➤ Refonte du mécanisme de la clause de sauvegarde sur les médicaments : le taux K devient le taux L

Instauré par la loi de Financement de la Sécurité sociale de 1999 (art. 31), ce mécanisme de régulation à posteriori consiste dans le versement, par les laboratoires pharmaceutiques, d'une contribution lorsque l'évolution de leur chiffre d'affaires hors taxes (pour les spécialités remboursables) est supérieur au taux K. Ce dépassement déclenche le mécanisme de la clause de sauvegarde. Le PLFSS prévoit un élargissement du champ des médicaments visés par le taux K. A l'origine, il ne s'agissait que des médicaments pris en charge par l'Assurance maladie. Il faudra désormais comptabiliser en plus les médicaments mis à disposition selon des procédures exceptionnelles (Autorisation Temporaire d'Utilisation et post Autorisation Temporaire d'Utilisation). Et pour la première fois, ce taux sera négatif. Il impose donc, pour les laboratoires n'ayant pas signé de convention, de baisser leur chiffre d'affaires de 1 %.

- Une contribution est versée par les laboratoires dès lors que l'évolution de leur chiffre d'affaires hors taxes dépasse le taux L ;

- Le taux L est fixé à – 1 % ;
- Les médicaments pris en compte pour le calcul du chiffre d'affaires recourent notamment ceux bénéficiant d'une Autorisation temporaire d'utilisation (ATU) ;
- Les principes essentiels du dispositif sont conservés (référence au chiffre d'affaires, progressivité de la contribution, encouragement à un dispositif de remises conventionnelles) ;
- Les entreprises créées depuis moins d'un an non-redevables de la contribution en fonction de la progression du chiffre d'affaires sauf si la création résulte d'une scission / fusion d'une entreprise ou d'un groupe ;
- Le montant de la contribution ne peut excéder 10 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les DOM au cours de l'année civile ;
- Nouveau dispositif rendu plus efficace lorsque la clause de sauvegarde est activée ;
- Extension du rôle du CEPS s'agissant du cas où le débat conventionnel n'a pas permis d'aboutir à un consensus (dispositif alternatif à la fixation unilatérale du prix facial).

➤ Contribution sur les boissons et préparations liquides

L'article 18 instaure une contribution sur les boissons à base de soja contenant au moins 2,9 de protéines issues de la graine de soja exclue du champ d'application.

➤ Regroupement des taxes applicables pour les complémentaires santé

L'article 22 instaure le regroupement des taxes applicables aux contrats de complémentaires santé.

- Les taxes applicables aux garanties de protection en matière de frais de santé sont simplifiées ;
- Si les conditions ne sont pas respectées, une majoration du taux est prévue ;
- Rationalisation du paiement : l'Urssaf Ile-de-France pour les contrats d'assurance maladie.

➤ Modifications des modalités de recours engagés par les employeurs vis-à-vis des accidents du travail et des maladies professionnelles

L'article 27 prévoit une mesure visant à éviter que l'employeur n'ait à former plusieurs recours pour obtenir le remboursement des cotisations indument versées auprès de l'Urssaf quand la révision de son taux de cotisation par la Carsat est la conséquence d'une décision de la Cnam ou d'une décision juridictionnelle.

L'article 28 prévoit la simplification de l'action en remboursement de cotisations AT-MP indues.

➤ Caisse maritime d'allocations familiales (CMAF)

L'article 30 prévoit la suppression de la CMAF. Ces activités sont transférées aux caisses d'allocations familiales au 1^{er} janvier 2016..

3- Mesures relatives aux dépenses de santé pour 2015 :

➤ Amélioration de l'accès aux soins

- **La généralisation du tiers payant** : En anticipation sur la généralisation du tiers payant en ville, programmée à l'horizon 2017, l'article 41 étend le tiers payant intégral aux bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) à compter de l'entrée en vigueur de la réforme des contrats ACS, le 1^{er} juillet 2015, dès lors qu'ils respectent le parcours de soins (médecins traitants, médicaments génériques...). Des décrets fixeront les modalités du tiers-payant pour les professionnels et établissements de santé souhaitant avoir un interlocuteur unique, ainsi que la procédure à suivre. Un dispositif transitoire concernant la prise en charge de la part complémentaire est prévu pour la période allant du 1^{er} juillet au 31 décembre 2015. La dispense d'avance de frais s'appliquera à hauteur des niveaux minimaux de prise en charge prévue par le décret n° 2014-1144 du 8 octobre 2014 relatif à la mise en concurrence des contrats ACS.
- L'article 42 exonère des participations forfaitaires et des franchises les bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Toutefois, certaines personnes ne sont pas concernées par ces dispositifs de franchise : les enfants et les jeunes de moins de 18 ans, les femmes prises en charge dans le cadre de la maternité, à partir du 6 sixième moins de grossesse et jusqu'au 12^e jour suivant l'accouchement, les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'aide médicale d'Etat.
- L'article 43 fixe l'**exonération des honoraires de dispensation du pharmacien** en cas d'ordonnance complexe.
- L'article 44 instaure un **honoraires de dispensation par boîte de médicament pour les propharmaciens**. Un décret en Conseil d'Etat en fixera les modalités d'application.
 - Promotion de la prévention
- L'article 47 crée, par décision des Agences régionales de santé (ARS), **des centres d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit des infections (CIDDDGI)**. La fusion de la CDAG (Consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des hépatites) et de la CIDDIST (Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles) est effective à compter du 1^{er} janvier 2016. Le financement de la nouvelle structure est confié à l'assurance maladie.
- L'article 48 prévoit la réalisation d'un rapport d'évaluation, avant le 1^{er} octobre 2015, sur le dispositif permettant l'accès à la contraception aux mineures d'au moins quinze ans de manière gratuite et anonyme.
 - Renforcement de la qualité et de la proximité du système de soins
- L'article 51 crée **une dotation complémentaire d'incitation à la qualité et à la sécurité des soins pour les établissements de santé** (sorte de bonus/malus), ainsi qu'une contractualisation entre établissements et agences régionales de santé (ARS) sur la prévention de trois risques.
 - Incitation financière pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé exerçant des activités de médecine, chirurgie et obstétrique. Le dispositif sera généralisé en 2016.
 - A titre transitoire, pour 2015, les rémunérations versées en crédits d'aide à la contractualisation (AC) sont limitées à des établissements répondant à un appel à candidatures lancé dans le cadre du programme portant sur l'incitation à l'amélioration de la qualité (IFAQ).
 - Les risques couverts par le dispositif de contractualisation entre établissements et ARS sont les infections nosocomiales, les risques de rupture de parcours et les risques médicamenteux.
 - En cas de non atteinte des objectifs du contrat, des pénalités financières à l'encontre des établissements sont décidées par l'ARS.
- L'article 52 met en place un **financement propre aux hôpitaux de proximité**.
 - Il définit des critères permettant à des établissements ayant les mêmes caractéristiques d'activité et de fonctionnement d'être qualifiés d'hôpitaux de proximité ;
 - Le modèle de financement est spécifique puisque seules les activités de médecine sont visées ;

- Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application notamment les modalités de révision de la liste des hôpitaux de proximité ;
 - L'article 53 instaure, pour trois ans, l'expérimentation **d'hôtels particuliers pour favoriser la chirurgie ambulatoire**.
 - L'article 54 crée le **statut de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA)**.
 - Le dispositif est réservé aux jeunes médecins généralistes installés depuis moins d'un an et exerçant dans les territoires identifiés par les ARS ;
 - Incitations financières diverses pour les PTMA ;
 - Les engagements individualisés dans le contrat sont élargis ;
 - Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application dont les règles limitant les dépassements d'honoraires des médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents des tarifs conventionnels.
 - L'article 55 instaure **des mesures de soutien à l'activité ambulatoire**.
 - Les médecins exerçant en terrain isolé pourront percevoir une rémunération complémentaire sous réserve notamment que leur activité soit marquée par une forte saisonnalité ;
 - Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application, notamment les critères caractérisant le territoire isolé.
 - L'article 56 restructure **les champs d'intervention du fonds d'intervention régional (FIR)** et réforme les modalités de gestion.
 - Les missions sont étendues à la démocratie en santé et à l'amélioration des conditions de travail des personnels des structures médico-sociales et des établissements de santé susceptibles d'être bénéficiaires du fonds ;
 - La lisibilité des missions est améliorée autour de quatre axes : prévention, amélioration de la qualité et de la coordination de l'offre de soins, permanence des soins et répartition territoriale des structures et professionnels, efficacité des organisations et conditions de travail de leurs personnels ;
 - L'ensemble des paiements relatifs au FIR (sauf ceux directement versés aux professionnels de santé) est confié aux ARS : en cas de non consommation intégrale des crédits, ils seront reportés sur l'exercice de l'année suivante dans la limite du plafonnement ;
 - Le dispositif entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2016.
 - L'article 57 étend **le dispositif d'inscription accélérée au remboursement des actes innovants**. Ces dispositions viennent compléter le dispositif prévu par l'article 52 de la LFSS pour 2014.
 - Deux types d'actes sont couverts : les actes pratiqués en établissement de santé et ne présentant pas de bénéfice clinique, mais ayant un impact médico-économique ou sur les dépenses d'assurance maladie ; les actes pour lesquels des expérimentations ont permis d'évaluer un niveau pertinent de tarification ainsi que le bénéfice clinique et/ou un bénéfice médico-économique ;
 - Les conditions d'usage du forfait innovation sont plus exigeantes en termes de données scientifiques. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application.
- Promotion de la pertinence des prescriptions et des actes (1,1 milliard d'euros)

- L'article 58 renforce le **pilotage régional de la pertinence des soins en établissement de santé** avec une contractualisation tripartite entre les établissements de santé, l'ARS et l'assurance maladie. La contractualisation revêt deux types d'objectifs :
 - L'amélioration de la pertinence de soins, définis sur la base d'indicateurs de processus (pour une contractualisation large au niveau national) ;
 - La maîtrise du nombre des prescriptions, actes ou séjours non pertinents pour des établissements présentant un écart important avec les moyennes nationales et/ou régionales pour une même activité ou pratiques non conformes aux recommandations de la Haute Autorité de santé ;
 - Le dispositif de mise sous accord préalable pour les établissements de santé est refondu et un décret en Conseil d'Etat fixera les modalités d'application dont les modalités de l'atteinte des objectifs fixés au contrat d'amélioration de la pertinence de soins.
- L'article 59 stipule que le Gouvernement doit remettre au Parlement avant le 1^{er} juillet 2015 un **rapport relatif à la diffusion des actions concernant la pertinence de soins** au sein des équipes médicales hospitalières. Les moyens consacrés à la diffusion des bonnes pratiques sont évalués ainsi que la faisabilité d'extension à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle.
- L'article 60 met en place un **nouveau mode d'inscription des dispositifs médicaux** sur la liste des produits et prestations (LPP), mode intermédiaire entre la description générique et le nom de marque. Une description « générique renforcée » est créée pour identifier individuellement les dispositifs médicaux prise en charge par l'assurance maladie pour lesquels la performance est prévisible et ne nécessitant pas d'évaluation clinique spécifique par la HAS.
- L'article 61 étend la **gamme des génériques aux médicaments dont la substance active est d'origine minérale ou végétale**. La composition en substance, la forme pharmaceutique et l'activité thérapeutique doivent être équivalentes à la spécialité de référence. Aucune différence significative ne doit être observée en termes d'efficacité thérapeutiques ni d'effets indésirables.
- L'article 62 fixe les **règles applicables à la substitution des médicaments dispensés par voie inhalée**. Les modalités Seront fixées par un décret en Conseil d'Etat.
- L'article 63 donne la possibilité de **minorer le tarif national des prestations inscrites sur la liste en sus en fonction de la fréquence des prescriptions**. Il crée un forfait à la charge des établissements de santé pour les prescriptions de la liste en sus d'un certain nombre de spécialités. Des arrêtés des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixeront le montant forfaitaire ainsi que la liste des prestations d'hospitalisation concernée.

L'article 64 fixe annuellement l'**objectif de prescription des médicaments et des génériques**.

- Ce taux est arrêté sur recommandation du conseil d'hospitalisation sur la base de l'analyse de l'évolution annuelle du nombre d'unités de conditionnement de ces médicaments rapporté au nombre d'unités de conditionnement des médicaments.
- Un objectif de progression de volume est déterminé pour la prescription de ces médicaments appartenant au répertoire des génériques, résultant des prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein de l'établissement corrélé à son activité et à sa patientèle, en lien avec le taux prévisionnel ;
- Si à la fin de chacune des trois années de la durée du contrat, l'objectif n'est pas atteint par l'établissement, l'ARS peut ordonner à l'établissement de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses correspondant à l'écart entre le taux réalisé de prescription et l'objectif de progression de volume de prescription desdits médicaments prévus au contrat.

- L'article 65 donne la possibilité aux entreprises de taxis d'accéder au conventionnement assurance maladie pour le transfert assis de patients. Un décret en Conseil d'Etat précisera les modalités d'application.

4- Mesures relatives aux produits de santé :

- Nouveau dispositif de l'écart médicament indemnisable sur les produits de rétrocession

L'article 66 étend aux produits de la liste de rétrocession le mécanisme d'intéressement proche de celui existant pour la liste en sus pour un maintien d'un dispositif d'incitation à la négociation des prix. Il rapproche la prise en charge par l'Assurance maladie du prix réel d'achat par les établissements tout en leur permettant de conserver à leur bénéfice une partie de l'écart entre le prix d'achat et le tarif de remboursement.

5- Amélioration de l'efficience de la défense des établissements de santé :

- Création d'une mise en réserve prudentielle sur le champ des établissements sous objectif quantifié national (OQN)

L'article 68 instaure cette mise en réserve sous la forme d'un montant fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il pourra être différencié entre les deux secteurs de l'objectif quantifié national (OQN) : les activités de soins en psychiatrie et les activités de soins de suite et de réadaptation. Il instaure ainsi un coefficient prudentiel pour juguler les dépenses des cliniques spécialisées en psychiatrie et en soins de suite et de réadaptation (SSR).

- Rapprochement des règles de tarification des soins urgents du droit commun de la facturation des soins

L'article 69 précise le passage de l'application des tarifs journaliers de prestation à celle des tarifs nationaux utilisés dans le cadre de la tarification à l'activité. Il aligne le délai de facturation des soins urgents sur celui de l'Aide médicale d'Etat.

6- Mesures relatives aux accidents du travail – maladies professionnelles

- Elargissement des indemnités journalières aux conjoints collaborateurs agricoles

Jusqu'à présent, seuls les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole bénéficiaient des indemnités journalières AT-MP. L'article 83 précise qu'en cas d'accident du travail ou de maladies professionnelles, les conjoints collaborateurs, les aides familiaux et associés d'exploitation bénéficieront désormais du versement des indemnités journalières AT-MP pour les arrêts prescrits à partir du 1^{er} janvier 2015. A l'instar des règles en vigueur pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, les IJ seront servies à l'expiration d'un délai, déterminé par décret, à compter du point de départ de l'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure ou le décès, ainsi que dans le cas d'une rechute. En outre l'indemnité est égale à une fraction du gain forfaitaire annuel fixé par arrêté des ministres chargés de l'agriculture et de la sécurité sociale.

Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016

[LOI n° 2015-1702](#) du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, JO du 22 décembre 2015

[Décision n° 2015-723 DC du 17 décembre 2015](#)

Présenté en Conseil des ministres, le 7 octobre 2015, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 décline, en soixante articles, les quatre objectifs suivants : le rétablissement des comptes de la sécurité sociale tout en soutenant l'emploi et la croissance, la poursuite de la transformation du système de santé et la préservation des droits des assurés, la simplification, l'harmonisation et la revalorisation des prestations sociales.

Dans l'objectif du rétablissement des comptes sociaux engagé depuis 2012, le PLFSS prévoit une réduction du déficit du régime général (branches famille, maladie, vieillesse et accidents du travail) à 6 milliards d'euros en 2016, une estimation portée à 9,7 milliards en englobant le déficit du Fonds de solidarité vieillesse (FSV). La progression de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est fixée à 1,75 %, un seuil historiquement bas. Ces économies, qui s'inscrivent dans le cadre du plan ONDAM 2015-2017, reposeront sur une efficacité de la dépense hospitalière, la pertinence des pratiques médicales et des prescriptions, la rémunération des produits de santé à leur juste prix et le développement des génériques, ainsi que l'accroissement du recours aux soins en ambulatoire.

Le PLFSS pour 2016 prévoit aussi la deuxième étape du Pacte de responsabilité et de solidarité destiné à baisser les charges sociales des entreprises pour relancer l'emploi. Il renforce l'accès aux droits sociaux en créant une protection universelle dans l'optique de simplifier l'ouverture des droits à l'assurance maladie et de garantir leur continuité. Les droits à la prise en charge des frais de santé seront ouverts à tous ceux qui cotisent à l'assurance maladie ou résident de manière stable et régulière. Le soutien à la souscription d'une complémentaire santé pour les salariés précaires (CDD et temps partiels) et pour les retraités figure aussi dans le projet, mais cette dernière disposition relative aux retraités (article 21) suscite l'opposition des organismes de protection sociale. En effet, en proposant un appel d'offres pour couvrir les retraités, c'est un nouveau dispositif qui va s'ajouter aux huit déjà existants parmi lesquels (la CMU-C, l'aide à la complémentaire santé, la complémentaire santé obligatoire en entreprise...).

Par ailleurs, dans le cadre des orientations définies par la stratégie nationale de santé, le PLFSS adopte des mesures pour l'extension de la gratuité du dépistage du cancer du sein aux examens supplémentaires réalisés sur les femmes présentant un risque plus élevé, l'expérimentation de programmes de prévention de l'obésité chez les jeunes enfants (3-8 ans), la garantie de la gratuité et de la confidentialité du parcours de contraception des mineures, la modernisation de la filière visuelle pour raccourcir les délais d'attente pour une consultation en ophtalmologie.

Enfin, le PLFSS prévoit l'application aux prestations qui relèvent de la sécurité sociale la réforme des modalités de revalorisation inscrite dans le projet de loi de finances. Cette réforme vise d'une part à regrouper les dates de revalorisation au 1^{er} octobre pour les retraites, sans changement, et au 1^{er} avril pour toutes les autres prestations. Elle crée d'autre part un « bouclier » garantissant le maintien des prestations à leur niveau antérieur en cas d'inflation négative. Des mesures de réduction des niches sociales et de lutte contre la fraude sont également inscrites dans le projet de loi.

Ce texte budgétaire est le plus court depuis 2012, mais il comprend toutefois d'importantes ambitions en matière d'économies, même s'il présente peu de mesures structurelles. Lors de son examen par les députés de la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale, le projet de loi n'a été retouché qu'à la marge : seuls 21 amendements sur les 398 déposés ont été adoptés. Les principaux amendements ont porté sur le sujet de la généralisation de la couverture complémentaire santé pour les salariés des particuliers employeurs, qui ne sont pas concernés par la loi de juin 2013 sur la sécurisation de l'emploi. Deux autres amendements concernent l'accès des retraités de plus de 65 ans à la complémentaire santé : ils visent à éviter des offres dont le montant des primes serait anormalement bas en supprimant le caractère prépondérant du montant des primes dans le choix du contrat et en supprimant la procédure de mise en concurrence.

La LFSS pour 2016 a été validée en quasi-intégralité par le Conseil constitutionnel le 17 décembre 2015. En effet, le Conseil n'a censuré que trois articles de portée relativement modeste. Il s'agit de l'article 23 qui confie à la caisse de prévoyance sociale de Saint-Barthélemy la gestion des ressortissants du Régime social des indépendants, et de l'article 62, qui modifie des règles relatives au transport d'enfants décédés de cause médicalement inexplicite, censurés dans la mesure où ils ont été introduits en nouvelle lecture à l'Assemblée nationale sans être en relation directe avec une disposition restant en discussion. Enfin, l'article 35, qui prévoit la remise d'un rapport sur l'extension à certains travailleurs handicapés de la généralisation de la complémentaire santé à tous les salariés, est censuré comme "cavalier". Trois dispositions examinées d'office.

En revanche, le Conseil constitutionnel a écarté l'ensemble des griefs de la saisine déposée par les députés de l'opposition. Il a ainsi jugé conforme l'article 33 "qui institue un crédit d'impôt au titre de la taxe de solidarité additionnelle en cas de souscription, par une personne âgée de plus de soixante-cinq ans, d'un contrat d'assurance complémentaire en matière de santé ayant fait l'objet d'une labellisation". Une disposition vivement critiquée par les professionnels de la complémentaire santé. Les sages ont notamment considéré que cet article relevait bien du domaine d'une loi de financement de la Sécurité sociale, que "le législateur s'est fondé sur un critère objectif et rationnel" pour établir ce crédit d'impôt et qu'enfin "les dispositions contestées, qui se bornent à créer une catégorie de contrats labellisés ouvrant droit à un crédit d'impôt et pouvant être proposés, s'ils le souhaitent, par les organismes complémentaires en matière de santé, ne portent aucune atteinte à la liberté d'entreprendre". Les Sages ont également validé certaines des dispositions de l'article 59, qui a pour objet de modifier les règles de gestion de la prise en charge des frais de santé par les régimes obligatoires de base d'assurance maladie (réforme dite de la "protection universelle maladie"); certaines des dispositions de l'article 77, qui maintiennent une distinction transitoire entre les catégories d'établissements de santé en matière de règles de tarification des soins; certaines des dispositions de l'article 78, relatives à la détermination des modalités du financement des soins de suite et de réadaptation.

> [Décision n° 2015-723 DC du 17 décembre 2015](#)

1 – Dispositions relatives à l'exercice 2014 :

L'article 1er approuve les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2014 :

- Ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : solde de -9,3%
- Régime général de sécurité sociale : solde de -9,7%
- Organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : solde de -3,5%
- Dépenses du champ de l'ONDAM : 178 milliards d'euros
- Dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale : 12,7 milliards d'euros

L'article 2 instaure l'approbation du rapport sur la situation patrimoniale des régimes et organismes de sécurité sociale et décrivant les modalités de couverture du déficit constaté de l'exercice 2014.

2- Dispositions relatives à l'exercice 2015 :

L'article 3 réduit les montants des dotations 2015 :

- Le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics (Fmespp) : 230,6 millions (-50 millions) ;
- L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) : 83 millions (-32 millions)

L'article 4 simplifie les dispositifs de régulation des dépenses de médicaments :

- L'amélioration de la prévisibilité du montant qui serait dû par chaque industriel en cas de déclenchement de la clause de sauvegarde
- La clarification de l'application des dispositifs L (clause de sauvegarde ou encore remises conventionnelles) et W (contribution au titre des médicaments dit d'innovation de rupture)
- Le report d'un mois de la date de versement de la contribution due en cas de dépassement du taux L

L'article 5 rectifie les prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre pour 2015 :

- L'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : -8,6 milliards d'euros
- Le régime général de sécurité sociale : -9 milliards d'euros
- Le fonds de solidarité vieillesse (FSV) : -3,8 milliards d'euros

L'article 6 : rectification de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) 2015 (181,9 milliards d'euros) :

- Dépenses de soins de ville : 82,9 milliards d'euros
- Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité : 56,8 milliards d'euros
- Autres dépenses relatives aux établissements de santé : 19,8 milliards d'euros
- Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées : 8,7 milliards d'euros

- Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées : 9,1 milliards d'euros
- Dépenses relatives au Fond d'intervention régional (FIR) : 3 milliards d'euros
- Autres prises en charge : 1,6 milliards d'euros

3 – Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier pour l'exercice 2016 :

➤ Dispositions relatives aux recettes et à la trésorerie des organismes de sécurité sociale

L'article 24 réaffecte certaines recettes dans le cadre de la compensation d'exonérations de cotisations prévues par le pacte de responsabilité et clarification des recettes de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) :

- Affectation du produit des impositions sociales acquittées sur critère de résidence au financement de prestations sociales non contributives
- Fléchage d'une partie des prélèvements vers la CNSA, dont la fraction de CSG sera réaffectée aux branches du régime général à la CADES et au FSV
- Clarification de la nature des recettes affectées à la CADES

L'article 25 prévoit un prélèvement de 40 millions du Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) au profit du FMESPP :

- Objectifs : financement d'opérations d'investissement des établissements de santé et minoration de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au FMESPP pour l'année 2016

L'article 26 autorise la Cades à reprendre dès 2016 les déficits accumulés à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) :

- Cadre de désendettement de la sphère sociale
- Suppression du plafond annuel de 10 milliards d'euros
- Encadrement du calendrier annuel de reprise de dette
- Diminution du total cumulé de la dette de la CADES et des besoins de financement de l'ACOSS pour la première fois depuis 2002

L'article 27 prévoit le remplacement du taux de 7 % par le taux de 14 % pour la fusion de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) et la taxe de solidarité additionnelle (TSA).

➤ Dispositions relatives à l'architecture financière de la sécurité sociale

L'article 28 reconduit le dispositif qui participe à l'insertion des personnes exerçant une activité économique réduite à la résorption du secteur informel de l'économie :

- Application du présent article à compter du 1er janvier 2016 et jusqu'au 31 décembre 2018
- Un décret fixe les modalités d'application de cet article
- Le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation avant le 1er septembre 2016

L'article 29 confirme le régime social actuellement applicable aux correspondants locaux de presse (CLP).

- Les CLP sont dispensés sous un certain seuil d'affiliation au titre des risques maladie et vieillesse et bénéficient d'une assiette forfaitaire.

L'article 30 intègre le régime spécial du personnel du grand port maritime de Bordeaux au régime général de sécurité sociale :

- Suppression entre le 1er janvier 2017 et le 1er janvier 2018 du régime spécial d'assurance maladie (date fixée par décret), maternité et décès du personnel du grand port maritime de Bordeaux
- Objectifs : achever l'intégration de ce régime spécial et rationaliser le paysage des opérateurs au sens large afin d'améliorer l'efficacité du service public
- Un décret fixe les modalités du présent article après consultation des organisations syndicales représentatives des salariés du port et après avis du conseil de surveillance du grand port maritime de Bordeaux.

L'article 31 stipule l'affiliation obligatoire à la sécurité sociale pour les marins résidant en France et travaillant à bord de navires immatriculés dans un état étranger :

- Désignation du régime d'affiliation des marins embarqués à bord de navires pratiquant du cabotage dans les eaux territoriales : affiliation à l'ENIM des gens de mer marins concernés, et au régime général les gens de mer non marins
- Remède à l'absence de couverture sociale de ces marins résidant en France

L'article 32 révisé l'architecture du financement du risque maladie en vue de la création d'une protection universelle maladie inscrite à l'article 38, suppression des cotisations "minimales" des régimes des non salariés agricoles et non agricoles :

- Suppression des cotisations « minimales » applicables dans les régimes des non salariés agricoles et non agricoles au titre des risques maladie et maternité
- L'ensemble des personnes actives cotisent de manière proportionnelle à leurs revenus professionnels
- Pour les artisans et les commerçants, cette baisse de prélèvements permettra de financer une revalorisation des cotisations minimales d'assurance vieillesse afin de valider au moins trois trimestres chaque année
- Création d'un cadre plus large d'affiliation du fait de l'activité professionnelle ou de la résidence régulière en France

➤ Dispositions contribuant à l'organisation et au financement du risque maladie

L'article 33 améliore le rapport entre garanties et prix de la couverture complémentaire en santé pour les personnes âgées :

- Possibilité pour les plus de 65 ans d'accéder à des offres d'assurance complémentaire de santé sélectionnées sur des critères reposant sur le montant des primes apprécié au regard des garanties offertes par le contrat proposé, ainsi que sur des critères de qualité
- Les offres dont le montant des primes est anormalement bas sont écartées
- Plafonnement de l'évolution du montant des primes des contrats sélectionnés à l'évolution annuelle de l'ONDAM
- Instauration d'un crédit de taxe de solidarité additionnelle
- Objectifs : meilleure adéquation entre les besoins des assurés et les prestations complémentaires dont ils bénéficient, et une lisibilité accrue des offres présentées sur le marché pour les assurés
- Les modalités d'imputation du crédit d'impôt sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

L'article 34 crée une aide individuelle de l'employeur destinée à l'acquisition d'une complémentaire santé pour les salariés précaires :

- Meilleure articulation entre couverture collective en entreprise et couverture individuelle, éventuellement solvabilisée par un versement de l'employeur
- Possibilité pour ces salariés d'obtenir directement le versement par leur ou leurs employeurs
- Pas de cumul de cette somme avec d'autres dispositifs d'aide d'accès à la complémentaire santé
- Valable pour certains salariés ayant un contrat court ou une faible quotité de travail
- Possibilité pour les partenaires sociaux de prévoir par accord collectif la mise en oeuvre de la généralisation de la couverture complémentaire santé pour certains salariés
- La contribution versée par l'employeur bénéficie du même régime social que sa participation au financement des contrats collectifs et obligatoires
- Possibilité pour l'employeur d'assurer pendant une année au plus la couverture en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident
- Différents décrets fixent les modalités du présent article

L'article 35 stipule que le Gouvernement doit remettre un rapport sur les conditions d'extension de la couverture complémentaire collective aux travailleurs handicapés accueillis dans les établissements et services d'aide par le travail (ESAT).

L'article 36 prolonge jusqu'au terme de la convention médicale en 2016 de la participation transitoire des organismes complémentaires au forfait "médecin traitant".

L'article 37 fixe le "taux L" de la clause de sauvegarde sur le médicament et le "montant W" visant à réguler les dépenses de médicaments du traitement de l'hépatite C chronique :

- Le « taux L » est fixé à -1%, soit au même niveau que l'année 2015
- Traduction de l'objectif gouvernemental de stabilisation des dépenses de remboursement de l'ensemble des médicaments par l'assurance maladie
- Le « montant W » est fixé à 700 millions d'euros, soit au même niveau que l'année 2015 compte-tenu de la fin de la montée en charge de ces nouveaux traitements.

➤ Conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale

L'article 38 approuve la compensation des exonérations de cotisations prévues par le PLFSS à hauteur de 3,5 milliards d'euros et figurant à l'annexe 5. :

- Diminution du 0,2 milliards d'euros par rapport au montant défini pour 2015

L'article 39 prévoit les recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : -5,6 milliards d'euros :

- Maladie : -6,2 milliards d'euros
- Vieillesse : 0,9 milliard d'euros
- Famille : -0,8 milliard d'euros
- Accidents du travail et maladies professionnelles : 0,6 milliard d'euros

L'article 40 prévoit les recettes du régime général : -6 milliards d'euros :

- Maladie : -6,2 milliards d'euros
- Vieillesse : 0,5 milliard d'euros
- Famille : -0,8 milliard d'euros
- Accidents du travail et maladies professionnelles : 0,5 milliard d'euros

L'article 41 prévoit les recettes des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : fonds de solidarité vieillesse : 3,7 milliards d'euros.

L'article 42 prévoit le plafond des ressources exceptionnelles ouvertes à certains organismes de sécurité sociale pour leur besoin de trésorerie en 2016. :

- Agence centrale des organismes de sécurité sociale pour la période du 1er janvier au 31 juillet : 40 milliards d'euros
- Agence centrale des organismes de sécurité sociale pour la période du 1er août au 31 décembre : 30 milliards d'euros

L'article 43 prévoit l'approbation du rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour la période 2016-2019.

4 – Dispositions relatives aux dépenses pour l'exercice 2016

➤ Dispositions relatives à la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles

L'article 57 fixe les dotations 2016 de la branche AT-MP au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA, 600 millions d'euros), au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA, 430 millions) et fixation à 1 milliard d'euros du transfert à l'assurance maladie au titre de la sous-déclaration.

L'article 58 : objectifs de dépenses de la branche AT-MP pour 2016 :

- Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : 13,4 milliards d'euros
- Pour le régime général de la sécurité sociale : 12 milliards d'euros

➤ Dispositions relatives à la branche maladie

Amélioration de l'accès aux soins

L'article 59 instaure la "protection universelle maladie" :

- Réintroduction dans la loi du principe d'une convention entre les organismes d'assurance maladie et les organismes en délégation de gestion
- Processus d'universalisation de la prise en charge des frais de santé et garantie de l'effectivité du droit à cette prise en charge tout au long de la vie des assurés
- Simplification des conditions d'ouverture des droits à la protection maladie : toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable en dispose
- Redéploiement des ressources mobilisées sur un contrôle administratif des conditions d'ouverture des droits vers un contrôle renforcé des conditions de résidence
- Délégation d'opérations de gestion à des mutuelles ou groupements de mutuelles, à des assureurs ou groupements d'assureurs, à des organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires
- Les organismes ayant reçu délégation des opérations de gestion reçoivent des caisses d'assurance maladie des fonds nécessaires au service des prestations et justifient auxdites caisses de l'emploi des fonds reçus
- Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'organisation, de mise en oeuvre et de financement des opérations de gestion
- Différents décrets déterminent les modalités d'application du présent article

L'article 60 réduit les inégalités relatives au temps partiel thérapeutique :

Les durées des temps partiels ne sont plus fixées par les caisses de sécurité sociale

L'article 61 offre la possibilité pour les bénéficiaires de l'ACS de résilier leur contrat dans des situations spécifiques.

L'article 62 adapte le cadre législatif relatif aux transports sanitaires afin d'autoriser le transport médicalisé d'enfants décédés d'une cause médicalement inexpliquée.

L'article 63 simplifie et améliore la prise en charge des soins pour les victimes du terrorisme :

- Possibilité pour les victimes de bénéficier pendant un an de l'exonération de toute participation (ticket modérateur, franchise, participation forfaitaire un euro, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire de 18 euros)
- Assouplissement des conditions et formalités pour l'attribution des indemnités journalières maladie et AT-MP
- L'État rembourse à l'assurance maladie ces dépenses supplémentaires
- Différents décrets déterminent les modalités d'application de ces mesures
- L'extension à Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon la prise en charge dérogatoire des victimes d'actes de terrorisme

L'article 64 instaure la gratuité totale et l'anonymat pour les consultations et les actes en lien avec la prescription d'un contraceptif pour les mineures d'au moins 15 ans :

- Simplification du parcours d'accès à la contraception des mineures

L'article 65 étend la gratuité des examens de dépistage du cancer du sein :

- Aux femmes ayant certains antécédents familiaux et qui représentent un haut risque de développer ce type de cancer sur la base des recommandations de la HAS et de l'INCa
- Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités du présent article.

L'article 66 offre la possibilité pour les travailleurs indépendants de bénéficier de la prescription d'un temps partiel thérapeutique :

- Sur prescription du médecin afin de favoriser la reprise progressive de travail
- Perception d'une indemnité journalière servie dans ce cadre au titre des prestations supplémentaires offertes par leur régime

Promotion de la prévention et les parcours de prise en charge coordonnée

L'article 67 met en place un contrat de coopération pour soutenir la modernisation des cabinets d'ophtalmologie qui développent le travail aidé entre ophtalmologiste et orthoptiste :

- Contrat conclu pour une durée de trois ans dans des conditions définies par décret
- Cette aide s'adresse :
 - aux ophtalmologistes de secteur 1 souhaitant rester en exercice isolé et salarié des auxiliaires médicaux
 - aux ophtalmologistes souhaitant s'associer à des structures d'exercice regroupé
- Objectifs : accroître le nombre de consultations, réduire le délai moyen d'attente, garantir l'absence de dépassements tarifaires
- Définition du contrat par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés, des organisations représentatives des centres de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire
- Le contrat est évalué par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie au plus tard durant le premier semestre 2018
- Entrée en vigueur du présent article d'ici à la fin 2017

L'article 68 instaure l'expérimentation d'un dispositif de prévention de l'obésité chez l'enfant de trois à huit ans :

- Possibilité pour le médecin traitant de prescrire des consultations diététiques, des bilans d'activité physique ou des consultations psychologiques
- Financement de ces consultations par le biais d'un forfait annuel par enfant versé par la caisse primaire d'assurance maladie
- Mise en place du dispositif du 1er juillet 2016 au 31 décembre 2019 au plus tard
- La Cnam remet un rapport au Parlement sur l'efficacité de l'expérimentation
- Un décret précise les modalités d'application du présent article.

L'article 69 pérennise en Pays-de-la-Loire le dispositif expérimental confiant à l'ARS la gestion d'une enveloppe globale de financement de la permanence des soins ambulatoires :

- inclusion des forfaits d'astreinte ainsi que l'activité réalisée par les médecins lors des permanences
- soumission du projet à autorisation ministérielle pour une durée de trois ans renouvelables
- possibilité d'étendre le dispositif au territoire des ARS qui en feraient la demande

L'article 70 stipule que l'assurance maladie assure la prise en charge financière du certificat de décès sur la base d'un forfait :

- U décret fixe les modalités du présent article

L'article 71 instaure un mécanisme permettant l'inscription pérenne sur la liste des actes et prestations remboursables de pratiques innovantes expérimentées dans le cadre de délégations de tâches validées par la HAS :

- Valable pour les pratiques dont l'efficacité a été reconnue à l'issue de protocoles de coopération
- Modification des dispositions réglementaires définissant les actes respectifs des professionnels de santé
- Inscription des actes sur la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie
- Accélération des procédures préalables à ces modifications afin d'assurer la fluidité du processus

L'article 72 instaure une habilitation des partenaires conventionnels des masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes et chirurgiens-dentistes à procéder à une régulation du conventionnement fondée sur des critères géographiques.

L'article 73 renforce la compétence du CEPS et les outils à sa disposition pour garantir la soutenabilité des dépenses liées aux produits et prestations de la liste des produits et prestations (LPP) :

- Développement des moyens d'action du CEPS pour définir et mettre en oeuvre des mécanismes globaux de régulation des prix et des tarifs par voie conventionnelle
- Renforcement du rôle du CEPS dans l'élaboration de la politique économique des dispositifs médicaux et prestations remboursables
- Complète les dispositions législatives existantes régissant l'accord-cadre

L'article 74 prévoit le transfert d'ici 2017 du financement des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) de l'Etat à l'assurance maladie :

- Financement des dépenses de fonctionnements des ESAT par des crédits d'assurance maladie via l'ONDAM médico-social
- Renforcement de l'accompagnement demandé aux ARS pour l'adaptation au secteur protégé
- Compensation par l'Etat à la sécurité sociale dans le cadre des lois financières pour 2017
- Sécurisation du cadre juridique des ESAT

L'article 75 réforme la contractualisation et des procédures de tarification pour les établissements et services pour personnes handicapées et pour les services de soin infirmiers à domicile intervenant exclusivement ou pour partie auprès de personnes âgées :

- Signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) qui accompagne le passage en dotation globale
- Les établissements et services concernés par le contrat sont ceux qui relèvent de la compétence tarifaire exclusive ou conjointe du directeur général de l'ARS
- Les établissements et services couverts pas les CPOM bénéficient d'un cadre modernisé de présentation budgétaire : l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD)
- Objectifs : sécurisation financière du passage d'un tarif sous la forme d'un prix de journée au versement d'une dotation globale de financement, contractualisation avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux concernés sur des objectifs qualitatifs sur l'accompagnement des personnes handicapées
- Dispositif permettant d'améliorer la gestion du décalage entre l'exercice tarifaire et l'année civile
- Un décret précise les conditions de tarification

L'article 76 stipule que le Gouvernement doit remettre un rapport qui précise les conditions de mise en oeuvre de la continuité des soins entre le domicile et le placement en EHPAD et de facturation à l'Assurance maladie des produits et prestations.

Poursuite de la réforme du financement des établissements

L'article 77 reporte à 2020 de la réforme du calcul du ticket modérateur à l'hôpital :

- poursuite de la baisse des tarifs journaliers de prestations par les établissements de santé
- mise en conformité des modalités de facturation des séjours des ressortissants de la Polynésie Française dans les établissements de santé métropolitains avec celles applicables aux assurés de droit commun
- fixation par voie réglementaire d'une limite maximale d'évolution des tarifs journaliers de prestations
- un décret fixe les règles de fixation du montant des tarifs journaliers de prestations

L'article 78 réforme le financement des soins de suite et de réadaptation (SSR) :

- fixation d'un objectif de dépense d'assurance maladie annuel (constitué du montant des charges supportés par les régimes d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l'année).
- objectif fixé par décret dont le montant est en fonction de l'ONDAM. Corrections possible en cours d'année en fonction des situations
- mise en place d'une allocation des ressources plus efficiente et plus équitable entre les secteurs et les établissements : calcul des allocations par établissement sur la base d'un taux moyen régional de convergence des coefficients de transition (fixé par les ministres de la santé et de la sécurité sociale). La valeur du coefficient de transition de chaque établissement est fixée par le directeur général de l'agence régionale de santé
- favorisation du développement des prises en charge ambulatoires
- les pouvoirs publics déterminent les missions éligibles et les critères d'attribution des financements dans le cadre d'un compartiment dédié à des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)

L'article 79 stipule que le Gouvernement doit remettre au Parlement un rapport portant sur la prise en charge de l'ensemble des frais directs ou indirects liés à une pathologie cancéreuse et sur les restes à charge des patients, notamment liés à une chirurgie réparatrice, par exemple dans les cas de cancers du sein avant le 31 décembre 2016.

L'article 80 stipule que le Gouvernement doit remettre au Parlement un rapport relatif au développement et à la valorisation des consultations pluridisciplinaires au sein des établissements de santé avant le 1er octobre 2016 :

- objectif : évaluation de l'amélioration de la prise en charge de ces consultations au regard des économies induites par leur développement

L'article 81 simplifie et fusionne divers contrats tripartites conclus entre les établissements, l'ARS et l'assurance maladie :

- contrats concernés : CAQOS, CBU, pertinence et qualité
- harmonisation des procédures et sanctions applicables
- subordination de la prise en charge par l'assurance maladie au respect de l'obligation de mentionner sur chaque ordonnance le numéro du prescripteur au RPPS
- objectifs du nouveau contrat : plus grande lisibilité au modèle contractuel et possibilité pour les établissements de santé, les ARS et l'assurance maladie de s'inscrire dans une démarche partagée

L'article 82 précise la prise en charge par l'assurance maladie des frais de transport :

- obligation pour le prescripteur de mentionner les éléments d'ordre médical précisant le motif du déplacement et justifiant le mode de transport

L'article 83 définit une procédure de constitution des échantillons d'établissements pour la réalisation des études nationales de coûts :

- objectif : fiabiliser les études nationales de coûts par la réalisation d'études sur un échantillon suffisant et représentatif
- une personne publique (désignée par décret en Conseil d'Etat) assure la réalisation de ces études et notamment la sélection des établissements
- suite à un appel à candidature, si le nombre d'établissements est insuffisant, la personne publique peut sélectionner d'autres établissements n'ayant pas répondu à l'appel
- en cas de refus, une pénalité financière peut être prononcée par le directeur de l'ARS dans la limite de 1% des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Autres mesures et objectifs financiers

L'article 84 prévoit la réduction progressive des taux de cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) :

- réduction à due concurrence de la prise en charge de l'assurance maladie
- redéfinition de la cotisation sociale de solidarité due par les PAMC
- alignement progressif par décret du taux de la cotisation maladie applicable dans le régime des PAMC sur celui applicable au RSI
- limitation du niveau des cotisations par les conventions en vigueur

L'article 85 fixe les montants des dotations pour 2016 :

- de l'assurance maladie au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) : 307 millions d'euros
- de l'assurance maladie à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) : 87,5 millions d'euros
- de l'assurance maladie à l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) : 15,2 millions d'euros
- contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux ARS : 117,17 millions d'euros

L'article 86 fixe les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2016 :

- pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : 201,1 milliards d'euros
- pour le régime général de la sécurité sociale : 177,9 milliards d'euros

L'article 87 fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires :

- dépenses de soins en ville : 84,3 milliards d'euros
- dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité : 58,1 milliards d'euros
- autres dépenses relatives aux établissements de santé : 19,8 milliards d'euros
- contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées : 8,9 milliards d'euros
- contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées : 9,3 milliards d'euros

- dépenses relatives au Fonds d'intervention régional : 3,1 milliards d'euros
- autres prises en charge : 1,7 milliard d'euros
- total ONDAM : 185,2 milliards d'euros

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

L'article 88 détermine les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires en 2016 :

- fonds de solidarité vieillesse : 20,1 milliards d'euros

Dispositions communes aux différentes branches

L'article 89 définit les nouvelles modalités de revalorisation de certaines prestations :

- clarification des dates de revalorisations regroupées sur deux dates : 1er octobre pour les retraites et 1er avril pour toutes les autres prestations
- mise en place d'une règle de maintien des prestations à leur niveau antérieur en cas d'inflation négative
- revalorisation de l'ensemble des prestations sociales sur la base des dernières données d'inflation (hors tabac) publiées et appréciées en moyenne annuelle sur les douze derniers mois

L'article 90 donne des précisions sur la rédaction d'un article du code général des impôts relatif aux acquisitions d'immeubles et aux prêts.

L'article 91 crée un cadre juridique sécurisé pour la mutualisation d'activités entre des branches et des régimes différents de la sécurité sociale :

- renforcement de l'efficacité de la gestion des organismes
- les économies de gestion réalisées contribuent aux objectifs globaux du gouvernement en matière d'économies
- mutualisation de certaines activités telles que la gestion de la paie, la gestion immobilière ou la comptabilité
- possibilité de préciser le partage de responsabilité entre agents comptables dans le cadre de ces mutualisations
- un décret détermine les modalités d'application du présent article

L'article 92 renforce les coopérations inter-régimes dans la lutte contre la fraude et extension des prérogatives en matière de droit de communication :

- possibilité pour les organismes de sécurité sociale d'exploiter les procès-verbaux et rapports d'enquêtes réalisés par un organisme appartenant à un autre régime
- possibilité également pour les organismes relevant de régimes différents mais assurant la gestion d'un même risque de mutualiser la réalisation d'enquêtes

L'article 93 équilibre la législation réprimant la fraude aux prestations en vue d'une égalité de traitement entre particuliers et professionnels.

L'article 94 prévoit l'extension des procédures de signalement de fraude :

- possibilité pour les organismes de sécurité sociale de bénéficier de deux nouveaux canaux de transmission de signalements des comportements frauduleux
- les agents du Conseil national des activités privées de sécurité (CNAPS) sont habilités à échanger des informations destinées au contrôle du travail illégal
- les organismes de sécurité sociale sont informés et procèdent ainsi à plus de redressements
- autorisation des échanges d'information des organismes de sécurité sociale avec les services de renseignements
- le dispositif de transmission d'informations par les services de renseignement aux organismes de Sécurité sociale s'insère dans le cadre plus général des échanges d'informations entre les services de renseignement et l'ensemble des autorités administratives

L'article 95 précise que le droit de communication » peut porter sur des informations relatives à des personnes non identifiées :

- une amende de 1 500€ est prévue en cas de refus de déférer à une demande relevant du droit de communication

Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017

[Loi n° 2016-1827](#) du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, JO du 24 décembre 2016

[Décision du 22 décembre 2016 : 2016-742 DC](#)

Présentée en Conseil des ministres, le 5 octobre 2016, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017 a pour objectif de ramener à l'équilibre les comptes de la Sécurité sociale. Dans la continuité du LFSS 2016, elle prévoit cependant quelques nouvelles dispositions.

Les orientations globales sont les suivantes :

- L'objectif national de dépenses de l'assurance maladie a été fixé à 190,7 milliards d'euros, en progression de 2,1 % par rapport à l'année 2016.
- Le retour du déficit de l'ensemble des régimes de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) de 6,9 milliards en 2016 à 700 millions d'euros en 2018, pour atteindre un excédent de 6,7 milliards en 2020. Le déficit de la branche maladie devrait de 4,1 milliards d'euros en 2016 à 900 milliards d'euros en 2018, pour atteindre un excédent de 1,3 milliards en 2019.
- La réduction du reste à charge des ménages en matière de santé, en renforçant les aides aux familles modestes et le soutien à la garde d'enfants, en améliorant les droits à la retraite pour les salariés exposés à la pénibilité, ceux qui ont accompli des carrières longues et ceux qui sont exposés à la précarité.
- La mise en place d'une continuité des droits en cas de changement d'activité professionnelle, notamment pour les travailleurs saisonniers, dans le prolongement de la protection universelle maladie (PUMA) ; le renforcement de l'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ; un accès facilité aux soins dentaires.
- La réponse au défi structurel de l'innovation pharmaceutique en mettant en place un fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP) qui permettra de lisser dans le temps la dynamique irrégulière de ces dépenses en proposant des mesures de régulation sur le coût des traitements innovants.

Saisi par plus de soixante sénateurs et plus de soixante députés, le Conseil constitutionnel a validé dans sa quasi-intégralité, jeudi 22 décembre 2016, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2017 en ne retoquant que des dispositions marginales du texte et en censurant plusieurs "cavaliers" législatifs. Le Conseil a, en particulier, jugé contraire à la Constitution l'article 32 mettant en place un mécanisme de clause de co-désignation pour les accords collectifs complémentaires d'entreprise en matière de prévoyance (décès, invalidité, incapacité ou inaptitude). La nouvelle organisation du régime des indépendants prévu dans l'article 50 a, quant à elle, été en partie retoquée.

1- Dispositions relatives à l'exercice 2015

L'article 1 concerne les tableaux d'équilibre à l'exercice 2015.

- L'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale représente - 6,3 milliards d'euros, - 10,2 milliards d'euros avec le fonds solidarité vieillesse (FSV).
- Le régime général s'établit à - 6,8 milliards d'euros, soit - 10,8 milliards d'euros avec le FSV.
- Les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale : - 3,9 milliards d'euros.
- Les dépenses du champ de l'ONDAM (Objectif national des dépenses d'assurance maladie) : 181,8 milliards d'euros.
- La dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) se situe à 13,5 milliards d'euros.

L'article 2 approuve le rapport sur la situation patrimoniale des régimes et organismes de sécurité sociale en décrivant les modalités de couverture du déficit constaté de l'exercice 2015.

2- Dispositions relatives à l'exercice 2016

L'article 3 rectifie les dotations du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et fixe la contribution de la branche accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP) pour les départs anticipés à la retraite pour pénibilité.

- Contribution du Fonds pour l'emploi hospitalier : 150 millions d'euros.
- Contribution de l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) : 150 millions d'euros.
- Contribution de la branche AT-MP : 44,7 millions d'euros.

L'article 4 rectifie les prévisions de recettes, objectifs de dépenses et tableau d'équilibre.

- L'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : -3,1 milliards d'euros, 7,1 milliards d'euros pour la FSV.
- Régime général de sécurité sociale : -3,4 milliards d'euros, -7,1 milliards d'euros avec FSV.
- Organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (FSV) : -3,8 milliards d'euros.
- Objectifs d'amortissement de la dette sociale par la CADES : 14,4 milliards d'euros.

L'article 5 rectifie l'ONDAM (185,2 milliards d'euros) ainsi que ses sous-objectifs :

- Dépenses de soins de ville : 84,6 milliards d'euros.
- Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité : 58,3 milliards d'euros.
- Autres dépenses relatives aux établissements de santé : 19,6 milliards d'euros.
- Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissement et services pour personnes âgées : 8,8 milliards d'euros ; 9,2 milliards d'euros.
- Dépenses relatives au Fonds d'intervention (FIR) : 3,1 milliards d'euros.
- Autres prises en charge : 1,6 milliard d'euros.

3 - Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale pour l'exercice 2017

➤ Dispositions relatives aux recettes, au recouvrement et à la trésorerie

L'article 7 affine au régime social des indépendants les personnes exerçant une activité réduite à fin d'insertion et bénéficiant d'un accompagnement assuré par une association agréée.

L'article 11 réduit le taux des cotisations d'assurance maladie-maternité des travailleurs indépendants à faible revenu.

L'article 17 élargit les missions de la caisse de prévoyance de sécurité sociale de Saint-Barthélemy à la gestion des assurés sociaux relevant du RSI.

➤ Dispositions contribuant au financement de l'assurance maladie

L'article 28 crée une contribution sociale de 130 millions d'euros à la charge des fournisseurs de tabac. Cette contribution est assise sur le chiffre d'affaires des fournisseurs de tabac et affectée au fonds récemment créé pour lutter contre le tabagisme.

- Encadrement de la possibilité d'en répercuter le coût sur les producteurs.

L'article 29 aligne la fiscalité applicable aux produits de tabac à rouler sur celle applicable aux cigarettes en augmentant de 15 % le prix du tabac à rouler.

L'article 30 instaure une régulation macro-économique des dépenses de médicaments.

- Remplacement de la clause de sauvegarde par un mécanisme de régulation s'appliquant d'une part aux médicaments délivrés en officine, et d'autre part aux médicaments délivrés à l'hôpital. Le « taux L » de la clause de sauvegarde est ainsi divisé en « taux Lv » et « taux Lh »
- Le taux L portera désormais sur l'évolution du chiffre d'affaires brut et non plus net.
- Pour 2017, le « taux Lv » est fixé à 0 % et le « taux Lh » à 2 %. Le « montant W », visant à réguler les dépenses de médicaments du traitement de l'hépatite C est prolongé pour l'année 2017 et fixé à 600 millions d'euros, contre 700 millions d'euros en 2016. Cette diminution s'explique par l'arrivée de nouveaux traitements moins onéreux et la renégociation consécutive des prix des traitements déjà disponibles.
- Le mécanisme d'exonération d'une partie de la contribution des laboratoires au « montant W » en cas de contractualisation avec le Comité économique des produits de santé (CEPS) est abrogé.

L'article 31 proroge pour l'année 2017 la taxe de 150 millions d'euros due par les organismes d'assurance maladie complémentaire pour le financement du « forfait médecin traitant ».

- Les conditions de recouvrement pourront être aménagées par décret en Conseil d'État.

L'article 32 mutualise les garanties de prévoyance en entreprise et met en place de clauses de co-désignation d'organismes de prévoyance d'entreprise par les branches professionnelles.

L'article 33 pérennise la possibilité pour l'employeur de mettre en place par décision unilatérale une aide à la complémentaire santé au bénéfice des salariés en contrats courts ou temps très partiel au-delà du 31 décembre 2016

Conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale

L'article 34 organise les transferts de recettes et dépenses entre branches et régimes de la sécurité sociale.

- Diverses mesures législatives intervenues au cours de l'année 2016, ainsi que celles du PLFSS 2017, se traduisent par une perte de recettes et un surcroît de dépenses de 2,2 milliards d'euros pour la sécurité sociale. L'objectif de cet article est de réaffecter certaines recettes entre branches du régime général afin de rétablir des soldes équilibrés et de faire supporter de manière équitable les effets de la compensation.
- Suppression du fonds commun des accidents du travail (FCAT) et du fonds commun des accidents du travail agricole (FCATA) au profit des caisses du régime général et de la Mutualité sociale agricole.
- Transfert de recettes et de dépenses du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) vers les régimes de base des retraites.
- Affectation exclusive à la branche maladie des produits des droits de consommation des tabacs, fin de l'affectation exclusive à la branche vieillesse de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), affectation exclusive de la taxe de solidarité additionnelle à la CNAMTS et au fonds CMU.
- Transfert du versement des retraites complémentaires des artisans du secteur du BTP au régime complémentaires des indépendants (RCI).
- Les excédents de la Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) ne seront affectés au fonds de réserve des retraites (FRR) que lorsque le solde moyen de trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) sera positif. ☐ Pour l'année 2017, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) finance, dans la limite de 50 millions d'euros, un fonds d'appui à la définition de la stratégie territoriale dans le champ de l'aide à domicile, de soutien aux bonnes pratiques et d'aide à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile. ☐ Suppression de la possibilité de créer une nouvelle charge pour le FSV par voie réglementaire. ☐ Les conditions et modalités des transferts seront fixées par décret.

L'article 35 approuve l'approbation de la compensation des exonérations ou réductions de cotisations prévues par le PLFSS 2017 (6,1 milliards d'euros)

L'article 36 approuve les prévisions de recettes, de dépenses et du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (-0,3 milliards d'euros, -4,1 milliards d'euros avec FSV).

- Maladie : -2,6 milliards d'euros.
- Vieillesse : 1,6 milliards d'euros.
- Famille : 0 milliards d'euros.
- Accidents du travail - maladies professionnelles : 0,7 milliards d'euros.

L'article 37 approuve les prévisions de recettes, de dépenses et du tableau d'équilibre du régime général (-0,4 milliards d'euros, -4,2 milliards d'euros avec FSV).

- Maladie : -2,6 milliards d'euros.
- Vieillesse : 1,6 milliards d'euros.
- Famille : 0 milliards d'euros.
- Accidents du travail - maladies professionnelles : 0,7 milliards d'euros.

L'article 38 approuve les prévisions de recettes, de dépenses et du tableau d'équilibre suivants :

- Organismes concourant au financement des régimes obligatoire de base de sécurité sociale (FSV) : 3,8 milliards d'euros.
- Objectif d'amortissement de la dette sociale par la CADES : 14,9 milliards d'euros.
- Recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites : 0.
- Recettes mises en réserve par le fonds de solidarité vieillesse : 0.

L'article 39 instaure un plafond des ressources exceptionnelles ouvertes à certains organismes de sécurité sociale pour leurs besoins de trésorerie.

- Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) : 33 milliards d'euros.
- Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole : 4,45 milliards d'euros.
- - Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF : 450 millions d'euros du 1er au 31 janvier, 200 millions d'euros du 1er février au 31 décembre.
- - Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines : 350 millions d'euros.
- - Caisse nationale des industries électriques et gazières : 300 millions d'euros.

L'article 40 approuve le rapport décrivant, pour les quatre années à venir (2017 à 2020), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes, ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie

Dispositions relatives aux dépenses pour l'exercice 2017

➤ Dispositions relatives à la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles

L'article 57 fixe les dotations de la branche AT-MP.

- Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) : 400 millions d'euros.
- Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) : 626 millions d'euros.
- Transfert à l'assurance maladie au titre de la sous-déclaration : 1 milliard d'euros.
- Dépenses supplémentaires engendrées par les départs à la retraite anticipés liés à une incapacité : 59,8 millions d'euros.

L'article 58 précise que le Gouvernement remet avant le 1er octobre 2017 un rapport sur les modalités d'alignement des conditions d'obtention d'une rente viagère pour les ayants-droit d'un agent d'une des trois fonctions publiques victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, sur les conditions d'obtention applicables aux salariés du secteur privé

L'article 59 fixe les objectifs de dépenses de la branche AT-MP (+1,5 % en 2017).

- Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : 13,5 milliards d'euros.
- Pour le régime général de la sécurité sociale : 12,1 milliards d'euros.

➤ Dispositions relatives à la branche maladie

Consolider les droits sociaux, promouvoir la santé publique

L'article 60 comprend des mesures d'amélioration de la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme.

- Extension du dispositif de prise en charge à la part des honoraires et du coût des dispositifs médicaux et de l'appareillage qui excède les tarifs de responsabilité de l'assurance maladie.
- Articulation du dispositif avec l'offre d'indemnisation du Fonds de garantie des victimes du terrorisme et d'autres infractions (FGTI) ainsi que, pour les blessés les plus gravement atteints, avec les dispositions du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.
- Les conditions d'application seront fixées par décret.

L'article 61 simplifie les démarches permettant l'accès à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

L'article 62 instaure la continuité des droits en cas de changement de situations professionnelles relevant d'un régime social différent.

- En leur permettant de rester rattachés à leur caisse d'origine, les salariés qui enchaînent les contrats de travail de courte durée relevant de régimes sociaux différents, notamment les travailleurs saisonniers, auront accès à une couverture sociale simplifiée et continue. ☑ Les modalités d'application seront fixées par décret.

L'article 63 prend des mesures d'alignement des régimes non-salariés agricoles et salariés agricoles sur les dispositions applicables au régime social des indépendants ou au régime général.

- Accès au temps partiel thérapeutique pour les non-salariés agricoles.
- Accès aux actions de formation professionnelle avec maintien des indemnités journalières maladie et AT-MP pour les non-salariés agricoles.
- Extension de la couverture AT-MP du régime salarié agricole aux bénéficiaires de mises en situation dans les établissements et services d'aide par le travail.
- Majoration de pension des retraites de base des non-salariés agricoles. ☑ Les modalités d'application seront fixées par décret.

L'article 64 est relatif à des ajustements rédactionnels qui découlent de la mise en place de la protection universelle maladie (PUMa). Les modalités d'application seront fixées par décret.

L'article 65 améliore les droits des travailleurs indépendants bénéficiaires de la pension d'invalidité, dans la perspective d'une harmonisation avec les droits des assurés du régime général.

- Les artisans et commerçants qui cessent de remplir les conditions pour relever du régime social des indépendants, doivent pouvoir demander une pension d'invalidité pendant la période de maintien de leur droit dans le délai d'un an, comme les salariés actuellement.

L'article 66 autorise à titre expérimental et pour une durée de trois ans le financement par le fonds d'intervention régional (FIR) de l'administration par les pharmaciens du vaccin contre la grippe saisonnière aux personnes adultes.

- Un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement au terme de l'expérimentation et transmis au Parlement.
- Les conditions d'application de cette expérimentation et les modalités de rémunération des pharmaciens seront fixées par décret.

L'article 67 autorise le directeur général de l'Agence régionale de santé, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, la détention par le médecin généraliste, en vue de son administration, du vaccin contre la grippe saisonnière pour les personnes adultes.

- Un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement au terme de l'expérimentation et transmis au Parlement.
- Les conditions d'application de cette expérimentation seront fixées par décret en Conseil d'État.

L'article 68 instaure l'expérimentation portant sur la prise en charge de la souffrance psychique des enfants de 6 à 11 ans et des jeunes de 11 à 21 ans, chez lesquels un médecin a identifié une souffrance psychique et après évaluation de cette souffrance par un pédopsychiatre ou un psychiatre.

- Organisation de la prise en charge de ces jeunes dans le cadre des soins de ville, en articulation avec les maisons des adolescents, qui doit permettre d'améliorer l'accès aux soins de santé mentale, en organisant le parcours du jeune patient et la coordination entre les médecins traitants, les psychologues libéraux, les professionnels de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur et les maisons des adolescents.
- Un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement au terme de l'expérimentation et transmis au Parlement.
- Les modalités de mise en œuvre et d'évaluation seront fixées par décret.

L'article 69 étend les missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue (CAARUD).

- Les intervenants des CAARUD pourront délivrer les médicaments correspondant à leurs missions de réduction des risques et dommages.
- La liste des médicaments est fixée par arrêté du ministre de la santé.
- Les modalités d'application seront fixées par décret.

L'article 70 porte la création d'un fonds national de la démocratie sanitaire.

- Financement de l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS). Ce financement se substitue au financement du Collectif interassociatif sur la santé (CISS) par l'Assurance maladie, et d'une partie des CISS régionaux par les FIR.

- Financement du nouveau dispositif de formation de base des représentants d'usagers du système de santé visant à faciliter l'exercice de leur mandat dans les instances hospitalières et de santé publique. Le FIR financera la formation au niveau régional.
- Financement des actions des associations agréées au niveau national (appels à projet) et des organismes publics de recherche, formation et innovation en démocratie sanitaire.
- Préalablement à l'attribution du financement, tout bénéficiaire transmet à la CNAMTS une liste détaillant le montant et l'origine de l'ensemble des ressources et financements dont il bénéficie.
- Un arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget fixe, chaque année, la liste des bénéficiaires des financements assurés par le fonds et les montants des sommes qui leur sont versées.
- Les modalités d'application seront fixées par décret.

L'article 71 élargit la possibilité de prescrire des substituts nicotiques aux orthophonistes.

Promouvoir les parcours de santé

L'article 72 crée un avantage financier durant le congé maternité ou paternité des médecins exerçant en secteur 1 ou à ceux exerçant en secteur 2 et ayant conclu un contrat d'accès aux soins.

- Cette rémunération complémentaire, qui représente plus de 3 105 euros par mois pendant trois mois pour le congé maternité et 1 117 euros pendant 11 jours pour le congé paternité, constitue un levier d'attractivité vers l'exercice libéral, car elle entre en compte dans les facteurs de choix du mode d'exercice par les internes et les jeunes médecins récemment installés.

- La négociation du contenu de cette mesure est confiée aux partenaires signataires de la convention médicale.

L'article 73 instaure une incitation financière pour les médecins remplaçants à exercer en zones sous-dense.

- Les agences régionales de santé coordonnent les périodes de remplacement.
- Les incitations financières seront financées par le fonds d'intervention régional.
- Les conditions d'application seront fixées par décret en Conseil d'État.

L'article 74 permet la révision des indicateurs de la rémunération sur objectifs de santé publique sans recours obligatoire à un avenant à la convention médicale.

- Les révisions seront mises en œuvre par la décision du directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM).

L'article 75 crée une procédure subsidiaire en cas d'échec au 1er février 2017 des négociations conventionnelles en cours pour les chirurgiens-dentistes. Par ailleurs, elle pérennise et élargit le dispositif de prévention MT'Dents aux enfants, adolescents et jeunes adultes de 9, 15, 21 et 24 ans.

L'article 76 élargit aux pharmaciens le dispositif de règlement arbitral applicable aux conventions professionnelles, en cas de rupture des négociations conventionnelles ou d'opposition d'une organisation syndicale à la mise en œuvre d'une convention ou d'un de ses avenants

L'article 77 inclut la nouvelle option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), remplaçant le contrat d'accès aux soins, dans le contenu des contrats responsables.

L'article 78 stipule que dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant les conséquences et le coût de l'amélioration de la protection maternité et paternité pour l'ensemble des professions médicales et paramédicales libérales

L'article 79 rénove le modèle de financement des établissements de santé.

- Facilitation du développement des prises en charge ambulatoires, notamment les prises en charge intermédiaires, entre l'activité externe des établissements de santé et l'hospitalisation de jour, et à travers l'adaptation des modalités de contrôle de la tarification à l'activité aux spécificités de l'activité d'hospitalisation à domicile.
- Prescription dans le délai d'un an des factures établies dans le cadre de la HAD, pour des factures émises à la fin de chaque séquence de soins.

- Introduction d'une part forfaitaire dans le financement des unités de soins critiques (réanimation, soins intensifs, surveillance continue), afin de tenir davantage compte des spécificités de leur activité (aléas d'activité, importance des coûts fixes...).
- Mise en place de dispositifs complémentaires ouvrant la voie à de futures évolutions des modes de financement actuels (prolongation de la durée des expérimentations relatives aux transports sanitaires urgents) ou adaptant le cadre juridique actuel aux réalités des pratiques (autorisation des SMUR au transport médicalisé d'enfants décédés en cas de « mort inattendue du nourrisson ») ou des caractéristiques locales (prise en compte de la spécificité des établissements en situation d'insularité dans le cadre du financement des « activités isolées »)
- Le produit des sanctions prononcées par le directeur général d'une ARS doit être reversé à l'Assurance maladie et non à l'État.
- Les conditions d'application seront fixées par décret en Conseil d'État.

L'article 80 précise le financement par les établissements hospitaliers des transports inter-établissements.

- Mise en place à partir du 1er mars 2018
- Les conditions d'application seront fixées par décret.

L'article 81 crée un cadre juridique et financier aux greffes dites exceptionnelles. Les conditions d'application seront fixées par décret en Conseil d'État.

L'article 82 rénove le modèle de financement des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR).

- Extension de la réforme « hôpitaux de proximité » à l'activité de SSR, dès lors que les établissements remplissent un certain nombre de critères définis par décret. Cette mesure apporte 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 territoires.
- Mise en place d'une année de transition (du 1er mars 2017 au 28 février 2018) combinant les modalités antérieures de financement et le dispositif prévu par la réforme des hôpitaux de proximité, permettant ainsi de garantir une mise en œuvre progressive de cette réforme.
- Les modalités d'application seront fixées par décret en Conseil d'État.

L'article 83 stipule que le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard au 15 octobre 2017, un rapport d'étape sur la réforme des modalités de financement de l'activité d'hospitalisation à domicile. Ce rapport présente notamment le calendrier de déploiement de la réforme

L'article 84 favorise le recrutement des médecins par les établissements thermaux et clarification de la facturation des actes effectués dans ce cadre

L'article 85 autorise sous certaines conditions de dérogation à l'âge limite de 72 ans, pour l'exercice médical dans les établissements publics de santé, dans le cadre d'un cumul emploi-retraite.

- Objectif de conservation temporaire au sein d'un établissement hospitalier des compétences et de l'expertise de certains praticiens.

L'article 86 reporte la limite d'âge de la retraite des médecins à 73 ans dans la fonction publique et le secteur public (plus particulièrement exerçant à l'Office français de l'immigration et de l'intégration), à titre transitoire, jusqu'au 31 décembre 2020

L'article 87 stipule que le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1er juillet 2017, un rapport sur l'usage de l'enveloppement corporel humide (packing) dans le secteur sanitaire.

L'article 88 précise que le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1er octobre 2017, un rapport sur la prise en charge hospitalière des personnes handicapées et les conditions de revalorisation des tarifs appliqués à cette prise en charge

L'article 89 définit l'accompagnement des réformes de la tarification dans le secteur médico-social.

- Mesures d'ajustement de la loi portant adaptation de la société au vieillissement, notamment dans la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), et de la LFSS 2016, généralisant

les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) d'ici 2021 pour le secteur des établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes et ceux accueillant des personnes handicapées.

- Obligation des CPOM pour les activités relevant de la compétence conjointe des directeurs généraux d'ARS et des présidents des Conseils départementaux, ou de la compétence exclusive des départements.
- Possibilité pour les groupes gérants plusieurs EHPAD de signer un CPOM commun à plusieurs EHPAD situés dans un même département. ☑ Inclusion de l'autorisation des frais de siège social dans le CPOM.
- Les modalités d'application seront précisées par décret.

L'article 90 stipule que le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1er juillet 2017, un rapport définissant les conditions de mise en place d'un fonds d'amorçage pluriannuel de prévention des départs non choisis en Belgique. Ce rapport s'appuie sur une évaluation de l'efficacité du fonds d'amorçage mis en place en 2016

L'article 91 proroge et élargit le cadre des expérimentations de télémédecine.

- Extension de l'expérimentation à l'ensemble du territoire et prolongation d'un an, de façon à avoir suffisamment de données pour réaliser une évaluation et décider d'une généralisation. ☑ Suppression du mécanisme de conventionnement et ouverture de l'expérimentation aux activités externes des établissements de santé.
- Restriction de la possibilité pour des dispositifs médicaux qui seraient éligibles à l'expérimentation de présenter une demande de remboursement de droit commun au titre de la liste des produits et prestations (LPP).
- Possibilité pour les industriels de déposer leur demande de remboursement auprès de la Haute Autorité de santé avant la fin de l'expérimentation.
- Continuité de prise en charge des dispositifs médicaux faisant l'objet d'une expérimentation, entre la fin de l'expérimentation et la décision de prise en charge selon un processus de droit commun.

L'article 92 encadre le télé-suivi de l'observance pour certaines maladies chroniques. Les modalités d'application seront fixées par décret en Conseil d'État.

L'article 93 prolonge de deux ans les expérimentations « article 70 » de la LFSS 2012 relatives au parcours de soins des personnes âgées.

- Cette prolongation doit permettre de disposer d'une durée d'expérimentation suffisante pour mettre en œuvre les projets, de prendre en compte les adaptations réalisées au cours de l'expérimentation, de mettre en cohérence sa durée avec l'expérimentation des parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) introduite par la LFSS 2013. Cette dernière expérimentation est prolongée jusqu'au 31 décembre 2018.

L'article 94 définit l'expérimentation de la mise en place d'un parcours de prise en charge des personnes souffrant de douleurs chroniques ☑ Expérimentation financée par le fonds d'intervention régional, pour une durée de trois ans.

- Au terme de l'expérimentation, un rapport d'évaluation sera réalisé par le Gouvernement et transmis au Parlement
- - Les modalités de mise en œuvre seront fixées par décret en Conseil d'État.

Garantir la pertinence des prises en charge

L'article 95 crée un fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP).

- Ce fonds modifie l'articulation entre le pilotage de l'ONDAM et les dépenses d'innovations, à savoir les dépenses liées à la liste en sus, les dispositifs d'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et post ATU, les médicaments rétrocedés par les pharmacies à usage interne des établissements hospitaliers et les ATU associées.
- L'ONDAM versera au FFIP une dotation annuelle, à laquelle s'ajouteront l'ensemble des remises perçues pour les produits pris en charge au titre de la liste en sus, des ATU et post-ATU, de la rétrocession et des ATU associées, ainsi que celles relatives aux dispositifs de régulation macro-économique qui leur sont liés (remises liées au « dispositif W » ou au « taux Lh » introduit par la présente LFSS). Pour assurer sa trésorerie initiale, il bénéficiera d'une dotation de 876 millions d'euros.
- Les comptes du FFIP étant intégrés à ceux de la CNAMTS, les dépenses d'innovation ne seront pas modifiées.
- La pérennité du FFIP sera assurée par plusieurs règles prudentielles.

L'article 96 encadre l'interchangeabilité et de la substitution d'un médicament biologique par un médicament bio-similaire.

- Autorisation de l'interchangeabilité, sous le contrôle du prescripteur.
- Le prescripteur est tenu d'informer le patient de la spécificité de ces médicaments et de la possibilité de substitution. Il doit également mettre en œuvre une surveillance clinique adaptée au patient.
- Cette mesure générera des économies pour l'Assurance maladie et réduira les risques de rupture de stocks et les éventuelles tensions du marché des médicaments biologiques.

L'article 97 assure la préservation du dispositif d'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et de post-ATU et crée un outil de maîtrise financière garantissant la soutenabilité de ce dispositif.

- Pour les médicaments pris en charge au titre d'une ATU ou en post-ATU, cette mesure conserve le principe de liberté de prix, et pose en contrepartie celui du reversement rétroactif de l'éventuel différentiel avec le prix, net des remises, négocié conventionnellement entre le CEPS et le laboratoire pharmaceutique. Le dispositif introduit ainsi pour les ATU la distinction entre prix facial (déterminé par l'industriel dans le cas des ATU) et prix net (négocié).
- L'encadrement des délais de dépôt des différents dossiers relatifs à la procédure de fixation des prix négociés incitera à la conclusion de la négociation.
- Renforcement des mesures permettant le suivi précis de l'utilisation des médicaments pour lesquels les autorités sanitaires ne disposent pas encore de tous les résultats d'évaluation clinique.
- Plafonnement à 10 000 € du coût par an et par patient pour un médicament en ATU ou post-ATU dont le chiffre d'affaires est supérieur à 30 millions d'euros.
- Les modalités d'application seront définies par décret en Conseil d'État.

Article 98 définit l'évolution des critères de fixation et de modification des prix et tarifs des produits de santé ☒ Cette mesure comble les manques juridiques de la base législative sur laquelle le CEPS assait ses positions, afin de recouvrir toutes les possibilités ouvertes par l'accord-cadre de négociation des prix. Elle énumère de manière exhaustive les critères qui guident la négociation des prix lors de l'arrivée des produits sur le marché ainsi que ceux qui justifient une baisse du prix ou du tarif de responsabilité. Ces critères n'ont pas vocation à modifier la doctrine du CEPS, mais à la sécuriser.

- Possibilité pour le dispositif médical de négocier un prix valable pour tous les industriels dès lors qu'un accord est trouvé avec une part importante d'entre eux.
- Les modalités d'application seront définies par décret en Conseil d'État.

L'article 99 définit la révision du forfait technique entrant en compte dans la composition des tarifs des actes de radiologie.

- Cette révision aura lieu au moins une fois tous les trois ans et sera réalisée par une commission composée de représentants des radiologues et des médecins nucléaires, de représentants des fédérations hospitalières représentatives et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM).
- En cas d'échec de la négociation, le directeur général de l'UNCAM pourra modifier unilatéralement la classification et les forfaits techniques.

L'article 100 fixe les dotations du montant de la participation au titre de l'exercice 2017 des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP et de l'ONIAM ; contribution de la CNSA au financement des ARS et des opérateurs.

- Contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) : 44,4 millions d'euros.
- Contribution exceptionnelle du Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) au profit du FMESPP : 70 millions d'euros. ☒ Contribution exceptionnelle de l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) au profit du FMESPP : 150 millions d'euros.
- Dotation de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) : 107 millions d'euros.
- Contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au financement des ARS : 129,6 millions d'euros.

L'article 101 fixe les objectifs de dépenses de la branche famille, maternité, invalidité et décès.

- Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : 207,1 milliards d'euros.
- Pour le régime général de la sécurité sociale : 205,9 milliards d'euros.

L'article 102 fixe l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires.

- Dépenses de soins de ville : 86,6 milliards d'euros.
- Dépenses relatives aux établissements de santé : 79,2 milliards d'euros.
- Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées : 9,1 milliards d'euros.
- Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées : 11,0 milliards d'euros.
- Dépenses relatives au fonds d'intervention régional : 3,2 milliards d'euros.
- Autres prises en charge : 1,7 milliards d'euros. ☑ ONDAM total : 190,7 milliards d'euros.

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

➤ Gestion

L'article 103 prévoit les charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale ☑ Fonds de solidarité vieillesse : 19,6 milliards d'euros.

L'article 105 instaure le transfert de la gouvernance des systèmes d'information de la branche recouvrement du régime général de l'URSSAF Île-de-France à l'ACOSS au 1er janvier 2018

L'article 106 élargit l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) des dispositions relatives aux échanges entre organismes sociaux et avec l'administration fiscale.

L'article 107 porte sur l'amélioration du recouvrement de sommes devant revenir aux organismes de sécurité sociale auprès de tiers responsables ou dans le cadre de successions.

- Introduction d'une pénalité pour les tiers responsables en cas de manquement à leur obligation d'information.
- Amélioration des modalités de recouvrement des prestations sur les successions.

➤ Fraudes aux prestations

L'article 108 élargit le périmètre des échanges d'informations des organismes de sécurité sociale.

- Renforcement de la lutte contre la fraude et contribution à une gestion efficiente des organismes de sécurité sociale pour améliorer le recouvrement des créances sociales.
- Intégration de nouveaux partenaires pour l'alimentation et la consultation du Répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS).
- Développement des échanges entre les organismes en charge du recouvrement et l'Agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués (AGRASC).

L'article 109 définit des mesures visant à limiter les indus pour l'assurance maladie.

- Obligation d'information des organismes d'assurance maladie sur les décisions devenues définitives d'interdiction d'exercice des médecins prononcées par les autorités judiciaires ou ordinales.
- Obligation d'information de l'assurance maladie par l'employeur de la reprise anticipée de travail de son salarié en arrêt de travail indemnisé, lorsque la caisse lui verse des indemnités journalières. Un dispositif de sanction et de recouvrement auprès de l'employeur des indus versés est prévu

Loi de financement pour la Sécurité sociale 2018

LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, JO du 31/12/17

Décision n° 2017-756 DC du 21 décembre 2017

Présenté en Conseil des ministres, le 28 septembre 2017, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 décline, en 74 articles, les quatre objectifs suivants : une dépense sociale maîtrisée avec un retour à l'équilibre de l'ensemble des comptes à l'horizon 2020, le soutien du pouvoir d'achat des actifs, le développement de la prévention et de l'innovation pour des soins plus pertinents, la prise en compte des besoins des plus fragiles et

l'accompagnement des familles. Du côté de la branche maladie, l'Ondam en progression (2,3 % vs 2,2 % en 2017) s'appuie sur des économies programmées au niveau de la structuration de l'offre de soins, de la pertinence et l'efficacité des produits de santé, de la baisse des prescriptions d'arrêts de travail et de transport, de la pertinence et de la qualité des actes, du contrôle et de la lutte contre la fraude. Parmi les mesures phares : la protection sociale des travailleurs indépendants, qui sera désormais assurée par le régime général – ce dernier couvrant déjà l'essentiel de la population française ; la télémédecine, qui passera d'un cadre expérimental à un modèle économique fixant la tarification conventionnelle des actes médicaux délivrés à distance ; la hausse du forfait hospitalier de 18 à 20 euros.

Le 21 décembre, le Conseil constitutionnel a déclaré conforme à la Constitution l'essentiel des dispositions du Projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2018. Cela concerne notamment l'article 8 portant sur l'augmentation de 1,7 du taux de CSG et l'article 15 supprimant le RSI. Certaines mesures ont en revanche été censurées car assimilées à des " cavaliers sociaux " (n'ayant pas leur place dans une LFSS) : notamment diverses dispositions de l'article 58 (relatif aux produits de santé et dispositifs médicaux), les articles 52 (consultation du dossier pharmaceutique du patient par les pharmaciens biologistes) et **71** (financement des dépenses liées au fonctionnement de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées).

1 - Les dispositions relatives à l'exercice 2016

L'article 1 approuve les tableaux d'équilibre 2016.

- Ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : -3,4 milliards d'euros, -7 milliards d'euros en comprenant le fonds de solidarité vieillesse (FSV).
- Régime général de sécurité sociale : -4,1 milliards d'euros, -7,8 milliards d'euros avec le FSV.
- Organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : le FSV s'établit à -3,6 milliards d'euros.
- Dépenses du champ de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) : 185,1 milliards d'euros.
☐ Dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale : 14,4 milliards d'euros.

L'article 2 approuve le rapport sur la situation patrimoniale des régimes et organismes de sécurité sociale ainsi que les modalités de couverture du déficit constaté sur l'exercice 2016

2 – Dispositions relatives à l'exercice 2017

L'article 3 rectifie les dotations du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et définit la contribution de la branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) aux départs anticipés à la retraite pour pénibilité

- Il établit la dotation du fonds pour l'emploi hospitalier au profit du FMESPP : 30 millions d'euros ainsi que la participation totale des régimes d'assurance maladie au FMESPP : 59,4 millions d'euros.
- Il définit la contribution de la branche AT-MP du régime général pour les départs anticipés à la retraite : 67,4 millions d'euros.

L'article 4 supprime la contribution sociale de solidarité des sociétés (C4S).

L'article 5 régularise les textes pour l'exonération de taxe sur les primes d'impatriation et la création du crédit d'impôt de taxe sur les salaires.

L'article 6 rectifie les prévisions de recettes, objectifs de dépenses et tableau d'équilibre /

- Ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : -1,3 milliard d'euros, -4,9 milliards d'euros avec le FSV.
- Régime général de sécurité sociale : -1,6 milliard d'euros, -5,2 milliards d'euros avec le FSV.
- Organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : le FSV s'établit à -3,6 milliards d'euros.
- Objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale : 14,8 milliards d'euros.

L'article 7 rectifie l'ONDAM et de ses sous-objets :

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-lois-de-financement-de-la-securite-sociale-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-lois-de-financement-de-la-securite-sociale-en-france.epub

- Dépenses de soins de ville : 86,8 milliards d'euros.
- Dépenses relatives aux établissements de santé : 79 milliards d'euros.
- Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées : 9 milliards d'euros.
- Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées : 10,9 milliards d'euros.
- Dépenses relatives au fonds d'intervention régional : 3,3 milliards d'euros.
- Autres prises en charge : 1,6 milliard d'euros.

3 – Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale pour 2017

- Dispositions relatives aux recettes, au recouvrement et à la trésorerie

Dispositions relatives au pouvoir d'achat des actifs

L'article 8 supprime les cotisations sociales en contrepartie de la hausse de la contribution sociale généralisée (CSG) à partir du 1^{er} janvier 2018. Cette disposition conduit à la suppression de certaines cotisations sociales pour les actifs :

- Pour les travailleurs salariés, la mesure supprime le paiement de la cotisation salariale d'assurance maladie (0,75 % de la rémunération brute) et les contributions d'assurance chômage (2,40 % de la rémunération brute), sans que ces droits leurs soient écartés. Cette mesure s'appliquera en deux temps au cours de l'année 2018, en janvier et en octobre.
- 75 % des travailleurs indépendants sont assujettis à cette mesure, 25 % des plus aisés y échappent. Le mécanisme accroît l'exonération des cotisations d'assurance maladie et maternité tout en supprimant quasi intégralement la cotisation d'allocations familiales.
- Ces cotisations sociales sont basculées et financées, à partir du 1^{er} janvier 2018, par une augmentation d'1,7 point de la CSG sur les revenus du capital, d'activité et de remplacement, à l'exception des indemnités journalières, des allocations chômage.

Il supprime le mécanisme des taux historiques en vigueur sur les PEA, PEE et PERCO pour les gains réalisés après le 1^{er} janvier 2018.

Il remplace le taux de cotisation maladie des exploitants agricoles actuellement fixé à 3,04 % par un taux progressif s'étalant de 1,5 % à 6,5 % selon le revenu professionnel.

Dispositions relatives à l'emploi et aux entrepreneurs

L'article 9 renforce les allègements généraux en contrepartie de la suppression du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) et du crédit d'impôt de taxe sur les salaires à partir du 1^{er} janvier 2019.

Deux dispositifs principaux de réduction du coût du travail existent aujourd'hui :

- L'allègement général de cotisations patronales de sécurité sociale, dégressif pour les rémunérations entre 1 et 1,6 SMIC ;
- Le CICE, qui réduit l'impôt sur les bénéfices, assis au taux de 7 % sur les rémunérations sous 2,5 SMIC.

L'article supprime le CICE et le transforme en allègement immédiat, et non plus en fonction du résultat de l'année n-1, de cotisations sociales à partir du 1^{er} janvier 2019, sous deux formes. Il élargit le champ de l'allègement général en réduisant de 10 points, au niveau du SMIC, les cotisations sociales patronales de chômage et retraite complémentaire et abaisse de 6 points les cotisations patronales maladie en dessous de 2,5 SMIC. Il prévoit la suppression du crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires. Il prévoit aussi, sur la période 2018 et 2019, de ramener le taux du CICE à 6 %, équivalent à son taux de 2016.

L'article 10 fusionne la C3S et la C4S avec obligation de téléversement. Cela pour rendre plus lisible la fiscalité des entreprises.

L'article 11 facilite la distribution d'actions gratuites en ramenant de 30 à 20 % la contribution patronale.

L'article 12 prolonge les conditions d'assujettissement du congé de fin d'activité des conducteurs routiers au forfait social.

L'article 13 réforme l'ACCRE, dispositif relatif aux petites activités à partir du 1er janvier 2019. Il crée un dispositif d'exonération généralisée, sur la première année de début d'activité, pour les créateurs ou repreneurs d'entreprise en élargissant, à partir du 1er janvier 2019, le dispositif d'exonération générale des cotisations sociales (ACCRE) à tous les entrepreneurs ayant un revenu annuel net inférieur à 40 000 euros. En conséquence, l'ACCRE est transformée sémantiquement en « exonération de début d'activité ». Le bénéfice de cette nouvelle exonération ne pourra intervenir au maximum qu'une fois tous les trois ans, dans le cadre d'une nouvelle activité. Il supprime la fixation par décret du plafond de revenus ou de rémunérations à partir duquel l'exonération ACCRE est accordée. L'exonération est totale en dessous de 29 421 euros, et dégressive linéairement entre 29 421 euros et 39 228 euros. Il prévoit un interlocuteur URSSAF unique pour les créateurs d'entreprise et double le plafond du chiffre d'affaires pour bénéficier du régime micro-fiscal. Enfin, il rend cumulable le dispositif d'année blanche prévu à cet article avec le dispositif d'exonérations partielles et dégressives des cotisations sociales aux jeunes agriculteurs.

L'article 14 allège les démarches des petits déclarants par la modernisation des titres simplifiés à partir du 1er janvier 2019. Il améliore les droits sociaux et facilite la déclaration d'activité des personnes non éligibles au chèque emploi service (CESU) et étend l'utilisation du CESU à l'ensemble des particuliers employés à domicile ou prestataires indépendants sous certaines conditions.

L'article 15 supprime le Régime social des indépendants (RSI) et modifie les règles d'affiliation à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL).

- Confère, de manière obligatoire, la protection sociale des travailleurs indépendants au régime général d'assurance maladie par la suppression du RSI. Pour ce faire, une phase de transition de 2 ans est prévue pour une mise en place définitive le 1er janvier 2020.
- Permet l'alignement de la couverture maternité, pour les travailleurs indépendants, sur les prestations dont disposent les travailleurs salariés.
- Les règles spécifiques de cotisation des travailleurs indépendants restent inchangées.
- Les prestations seront assurées par la CPAM et la CARSAT et le recouvrement des cotisations par les URSSAF.
- La création d'un conseil de la protection sociale des indépendants et des retraités permettra de gérer le régime d'assurance vieillesse complémentaire.
- Rétablit la possibilité pour l'ensemble des travailleurs indépendants que soit organisé le versement de prestations supplémentaires, notamment au titre des accidents du travail et maladies professionnelles.
- Facilite le recours à la faculté d'estimation des revenus annuels pour le calcul des cotisations sociales et prolonge, jusqu'au 30 juin 2019, la période d'expérimentation relative à la modulation des acomptes de cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants en fonction de leur activité ou de leurs revenus mensuels ou trimestriels.
- Fixe à 8 % le seuil d'audience requis pour établir le caractère représentatif des organisations qui seront amenées à désigner des membres au sein du conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants.
- Supprime le maintien de l'affiliation des traducteurs-interprètes à la CIPAV.
- Place, sous l'autorité directe des ministres de la Santé et du Budget, le comité de surveillance chargé de piloter la réforme et octroie aux ministres la désignation du président du comité. Donne au comité de surveillance la possibilité de réaliser des contrôles par les corps d'inspection de l'IGF et de l'IGAS.
- Suspend, pour les revenus 2018 et 2019, la sanction prévue dans le cadre de la procédure de recouvrement des cotisations sur la base d'une déclaration du travailleur indépendant lorsqu'il existe un écart de plus 30 % entre le revenu déclaré et le revenu réellement perçu.
- Amène le Gouvernement à préciser les propositions retenues pour simplifier le mode de calcul de l'assiette des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants. Les conditions d'application seront précisées par décret.

L'article 16 instaure des mesures économiques exceptionnelles pour les entreprises de Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Dispositions relatives à la fiscalité comportementale

L'article 17 augmente les droits de consommation applicable au tabac et aligne la fiscalité du tabac en Corse .
L'augmentation de la fiscalité sur le tabac est progressive, le 1er mars 2018, le 1er avril 2019, le 1er novembre 2019, le 1er avril 2020 et le 1er novembre 2020 de la fiscalité sur les tabacs pour atteindre le prix d'un paquet de cigarettes à 10 euros d'ici 2020.

Il fait converger, d'ici 2021, la fiscalité sur les produits de tabacs vendus en Corse sur la fiscalité continentale.
Il atténue la fiscalité et son rythme de progression sur les cigares et cigarillos (amendement du Gouvernement).

L'article 18 concerne le verdissement du barème de la taxe sur les véhicules de société et adapte la taxe sur les véhicules de société afin d'inciter l'achat de véhicules électriques et hybrides. Il octroie l'exonération de la taxe sur les véhicules de société pendant une période de douze trimestres aux véhicules fonctionnant au Superéthanol-E85.

L'article 19 module la taxe soda en fonction du taux de sucre sur les boissons sucrées. Il abroge la taxe en dessous de 5 grammes de sucres pour 100 ml. Double la taxe au-dessus de 8 grammes et triple la taxe au-dessus de 10 g. Le produit de la nouvelle contribution sur les boissons sucrées est affecté à la branche maladie du régime général en vue de financer des actions de prévention. L'Assemblée nationale, dans le même esprit que l'amendement adopté en commission, a remplacé l'effet de seuil par un effet de lissage : la taxation se déclenchera à partir de 1 gramme de sucre pour 100 ml. Elle progressera jusqu'à une vingtaine d'euros par hectolitre, pour un produit dépassant 11 g de sucres ajoutés pour 100 ml.

Dispositions relatives aux recettes de la branche maladie

L'article 20 installe une régulation macro-économique des dépenses de médicaments et simplifie le remplacement instauré l'année dernière de la clause de sauvegarde (taux L) en mécanisme de régulation s'appliquant aux médicaments délivrés en officine (taux Lv) et à l'hôpital (taux Lh). Il fixe le taux Lh à 3 % et le taux Lv à 0 % pour 2018.

L'article 22 abaisse la taxe sur le chiffre d'affaires des distributeurs répartiteurs et exclut les médicaments génériques de l'assiette de la taxe.

L'article 21 prolonge, en 2018, le prélèvement fiscal sur les organismes complémentaires pour le financement du « forfait médecin traitant ». Il proroge pour l'année 2018 la participation des organismes complémentaires au financement de rémunérations alternatives au paiement à l'acte. Le produit est affecté à la Cnamts. Les conditions de recouvrement pourront être aménagées par décret en Conseil d'État.

L'article 22 installe un dispositif de soulagement économique pour les grossistes répartiteurs. Il permet de sécuriser le calcul de l'assiette de la troisième part de la contribution « vente en gros » par les entreprises assujetties ainsi que son contrôle par les services en charge du recouvrement

Dispositions relatives à la modernisation du recouvrement

L'article 23 simplifie le régime de sécurité sociale des artistes auteurs. Il améliore les conditions de recouvrement des cotisations sociales et ouvre l'affiliation au régime à l'ensemble des personnes percevant des revenus artistiques sans condition de revenus. Les conditions d'application seront précisées par décret.

L'article 24 ajuste les règles de rattachement au régime général pour les polyactifs.

L'article 25 facilite les démarches d'installation des médecins libéraux, ainsi que leur remplacement. Il supprime la condition imposant un délai préalable d'exercice non salarié avant d'être affilié au régime des professionnels et auxiliaires médicaux conventionnés. Jusqu'ici les médecins non thésés qui effectuaient des remplacements ne pouvaient cotiser à la retraite. Cet article leur donne la possibilité d'ouvrir des droits à la retraite pour faciliter les remplacements.

L'article 26 aménage les règles d'affiliation à la sécurité sociale française des gens de la mer.

L'article 27 centralise la passation des marchés de services bancaires du régime général et confie à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale la fonction de centrale d'achat sur les prestations de services bancaires pour les caisses nationales du régime général. Il sécurise ainsi la trésorerie du régime général.

➤ Conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale

L'article 28 organise le transfert de recettes et dépenses entre branches et régimes de la sécurité sociale. Certaines mesures du projet de loi de finance (PLF) 2018 et du PLFSS 2018, qui visent notamment à transférer le paiement de certaines cotisations sociales vers la CSG, vont entraîner un déséquilibre du résultat financier de la sécurité sociale. Le présent article vise à neutraliser ce déséquilibre et à assurer des soldes équilibrés par la réaffectation certaines recettes entre branches et régimes de la sécurité sociale, et entre l'État et la sécurité sociale. Il réajuste la fraction de la TVA affectée à la sécurité sociale et modifie les fractions de taxes sur les salaires dont bénéficient la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf).

- Il réaffecte la taxe sur les farines au régime complémentaire obligatoire des exploitants agricoles.
- Il modifie le mode de financement du fonds de la couverture maladie universelle (CMU), financé désormais exclusivement par la part de la taxe de solidarité additionnelle.
- La contribution additionnelle de solidarité autonome est transférée à l'objectif général de dépenses.
- Il réaffecte le financement des dépenses des prestations accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) du régime des marins, de la branche maladie du régime général vers sa branche AT-MP.
- Il prévoit un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pour fixer les modalités d'affectation de la taxe de solidarité additionnelle sur les contrats responsables.
- Il supprime la possibilité de faire prendre en charge le financement de primes exceptionnelles au bénéfice des retraités les plus modestes par le fonds de solidarité vieillesse.

L'article 29 prévoit le reversement du reliquat de trésorerie du FCCPA (Fonds de compensation du congé de fin d'activité) à la CNRACL (Retraites des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers).

L'article 30 approuve la compensation des exonérations ou réductions de cotisations prévues par le PLFSS 2018 (6,0 milliards d'euros)

Article 31 approuve les prévisions de recettes, des dépenses et du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (1,3 milliard d'euros, -2,2 milliards d'euros avec le FSV) en 2017 :

- Maladie : -0,7 milliard d'euros.
- Accidents du travail et maladies professionnelles : 0,5 milliard d'euros.
- Vieillesse : 0,2 milliard d'euros.
- Famille : 1,3 milliard d'euros.

L'article 32 approuve les prévisions de recettes, des dépenses et du tableau d'équilibre de l'ensemble du régime général de sécurité sociale (1,2 milliard d'euros, -2,2 milliards d'euros avec le FSV) en 2017 :

- Maladie : -0,7 milliard d'euros.
- Accidents du travail et maladies professionnelles : 0,4 milliard d'euros.
- Vieillesse : 0,2 milliard d'euros.
- Famille : 1,3 milliard d'euros.

L'article 33 approuve les prévisions de recettes, des dépenses et du tableau d'équilibre du fonds de solidarité vieillesse (-3,5 milliards d'euros), de l'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (15,2 milliards d'euros), des recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites (0). Il prévoit 106 milliards d'euros en 2018 pour la dette restant à amortir par la CADES.

L'article 34 instaure un plafond des ressources exceptionnelles ouvertes à certains organismes de sécurité sociale pour leurs besoins de trésorerie :

- Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) : 38 milliards d'euros.
- Caisse centrale de la mutualité agricole : 4,9 milliards d'euros.
- Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF : 500 millions d'euros du 1er au 31 janvier et 200 millions d'euros du 1er février au 31 décembre.
- Caisse nationale de la sécurité sociale des mines : 450 millions d'euros.
- Caisse nationale des industries électriques et gazières : 440 millions d'euros.

L'article 35 approuve le rapport décrivant de 2018 à 2021 les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

4 – Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre de la sécurité sociale pour l'exercice 2018

➤ Dispositions relatives à la branche famille

L'article 36 majore le complément du libre choix de mode de garde (CMG) pour les familles monoparentales à partir du 1^{er} octobre 2018. La majoration est de 30 % du plafond d'aide maximal auquel les familles monoparentales peuvent prétendre pour la garde de leur enfant par une garde à domicile ou une assistante maternelle.

L'article 37 harmonise le barème et les plafonds du complément familial (CF) et de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) à partir du 1^{er} avril 2018. Il prévoit aussi une revalorisation annuelle des montants de l'allocation de base de la PAJE et de la prime à la naissance gelées depuis 2014.

L'article 38, qui établit un rapport sur les modalités d'attribution des places au sein des établissements d'accueil des enfants de moins de 6 ans est censuré.

L'article 39 fixe l'objectif des dépenses de la branche famille pour 2018 (49,7 milliards d'euros).

➤ Dispositions relatives à la branche vieillesse

L'article 40 revalorise l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et des anciennes allocations du minimum vieillesse. Les dates de revalorisation annuelles sont avancées : du 1^{er} avril au 1^{er} janvier à partir de 2019.

L'article 41 harmonise la date de revalorisation des pensions et du minimum vieillesse au 1^{er} janvier à partir de 2019.

L'article 42 clarifie la nature juridique du RAVGDT (retraite additionnelle des buralistes).

L'article 43 fixe l'objectif des dépenses de la branche vieillesse pour 2018 (+2,3 %).

- Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale : 236,4 milliards d'euros.
- Pour le régime général : 133,6 milliards d'euros.

➤ Dispositions relatives à la branche accidents du travail – maladies professionnelles

L'article 44 prévoit l'indemnisation des victimes de maladies professionnelles à la date de la première constatation médicale. Jusqu'ici, l'indemnisation des victimes de maladies professionnelles s'engageait à la date à laquelle la victime était informée par certificat médical du lien possible entre sa profession et sa pathologie. Le début d'indemnisation est avancé à la constatation de l'apparition des premiers symptômes de la maladie. Afin de diminuer le risque financier pour une entreprise, cette date ne pourra pas remonter au-delà de 2 ans avant la demande de reconnaissance de la maladie professionnelle de la part de l'assuré.

L'article 45 concerne les dotations de la branche accidents du travail-maladies professionnelles :

- Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) : 270 millions d'euros.
- Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) : 613 millions d'euros.
- Transfert à l'assurance maladie au titre de la sous-déclaration : 1 milliard d'euros.
- Dépenses supplémentaires engendrées par les départs à la retraite anticipés liés à une incapacité : 186 millions d'euros.

L'article 46 instaure l'obligation de justificatifs de l'employeur en cas de contestation du caractère professionnel de la maladie. Il précise que l'employeur qui conteste le caractère professionnel de l'accident dans le cadre d'une action précontentieuse ou contentieuse doit produire les éléments relatifs à l'absence de matérialité ou de lien entre l'accident et le travail.

L'article 47 fixe l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail-maladies professionnelles pour 2018 (+2,3 %) :

- Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : 13,5 milliards d'euros.
- Pour le régime général : 12,2 milliards d'euros.

L'article 48 a été censuré par le Conseil constitutionnel. Il demandait l'établissement d'un rapport sur l'exposition des salariés aux risques chimiques.

➤ Dispositions relatives à la branche maladie

Dispositions relatives à la prévention

L'article 49 instaure la vaccination obligatoire des enfants et étend l'obligation vaccinale, pour les enfants âgés de 0 à 18 mois, de 3 à 11 vaccins obligatoires. Les huit vaccins ajoutés, qui étaient jusqu'ici recommandés, sont les suivants : coqueluche, rougeole, oreillons, rubéole, hépatite B, méningocoque C, Haemophilus influenzae, pneumocoque. La mesure n'est pas rétroactive, concerne les enfants nés à partir du 1er janvier 2018 et entre en vigueur à partir du 1er juin 2018. La HAS évaluera chaque année le taux de couverture vaccinal en s'appuyant sur des données épidémiologiques, sur des études sur l'efficacité et la tolérance de la vaccination, ainsi que des études médico-économiques. Cette étude sera publiée, par le Gouvernement et à compter du dernier trimestre 2019. L'assurance maladie prendra en charge à 100 % la consultation de prévention du cancer du sein et du col de l'utérus pour les femmes âgées de 25 ans.

L'article 50 fixe le remboursement à 100 % d'une consultation de prévention des cancers du col de l'utérus et du sein pour les femmes de 25 ans.

Promouvoir l'innovation en santé

L'article 51 fixe le cadre d'expérimentation pour l'innovation dans le système de santé. Il permet la mise en place, pour une durée maximale de cinq ans, d'expérimentations dédiées à la diversification des modes de financement des soins, à l'émergence de nouvelles organisations dans les secteurs sanitaire et médico-social afin d'améliorer le parcours du patient, et à l'expérimentation de produits de santé, grâce à un fonds de financement d'expériences.

Ce fonds contribue à des expérimentations de remboursements pertinents des médicaments :

- En incitant les professionnels de santé à une juste prescription, notamment des biosimilaires.
- En définissant de nouvelles modalités de prise en charge des médicaments onéreux et produits innovants pour les établissements de santé :
- En améliorant l'accès au forfait innovation pour les dispositifs médicaux.

Le fonds participe à l'évaluation des projets expérimentaux, développe les modes d'exercices regroupés et de coopération des professionnels de santé, et lutte contre la désertification médicale. Les expérimentations à dimension régionale sont autorisées par arrêté des directeurs généraux d'ARS, et celles à dimensions nationales par arrêté des ministres en charge de la Sécurité sociale et de la Santé.

Il crée un comité technique composé des ministres de la Sécurité sociale, des représentants des ARS et de l'Assurance maladie en charge d'émettre un avis sur les expérimentations, sur leur financement et leur évaluation. Le comité technique devra saisir l'avis de la HAS sur les projets dérogeant à la loi. Les catégories, modalités de sélection et d'autorisation, de financement et d'évaluation des expérimentations ainsi que la composition et les missions du comité technique seront précisées par décret.

Cet article complète la gouvernance du nouveau cadre d'expérimentation, en introduisant, en plus du comité technique, un conseil stratégique chargé de la réflexion prospective, du suivi et de la formulation d'un avis autour de ces expérimentations. Les professionnels de santé, les établissements de santé et les associations de patients « auraient » vocation à siéger. Sa composition et ses missions seront précisées par décret.

La mise en œuvre des expérimentations sera financée par le fonds pour l'innovation du système de santé, dont le montant est fixé annuellement par arrêté des ministres, par le FIR et par l'Assurance maladie au titre du risque maladie. Leur évaluation restera financée essentiellement pour l'innovation du système de santé. Pour l'année 2018, 20 millions d'euros sont prévus pour le fonds ainsi que 10 millions pour le FIR.

L'article 53 préconise la remise d'un rapport gouvernemental au Parlement, au plus tard le 1er juin 2018, relatif aux dépenses des indemnités journalières au titre de la maladie, notamment concernant les arrêts courts ou itératifs, afin de mieux prévenir ces arrêts ou d'en améliorer les contrôles

L'article 54 concerne la prise en charge de la télémédecine. Il bascule le financement de certains actes de télémédecine dans le droit commun de la sécurité sociale, qui jusque-là était assuré à titre dérogatoire dans un cadre expérimental. Il organise la prise en charge de la téléconsultation par vidéo-transmission et de la télé-expertise par l'assurance maladie. Dans l'attente de signature de l'accord conventionnel, le cadre expérimental restera en vigueur jusqu'au 1er juillet 2019 au plus tard. Il renouvelle le cadre expérimental, jusqu'au 30 septembre 2021 30 juin 2019, de la télésurveillance par pathologie. Le financement des expérimentations sera réalisé par le FIR.

L'article 55 dynamise la procédure d'inscription des actes à la nomenclature nécessaire à leur remboursement. Il facilite la procédure d'inscription au remboursement des actes libéraux réalisés en équipe, dont le financement n'était assuré aujourd'hui qu'à titre dérogatoire et limité dans le temps. Il facilite la mise en place de protocoles de coopération entre professionnels libéraux.

L'article 56 adapte les conditions de prise en charge des produits hospitaliers de la liste en sus. Il supprime le mécanisme de minoration tarifaire qui conduisait à minorer de 40 euros le tarif d'hospitalisation lorsqu'un médicament de la liste en sus était utilisé. Il crée un tarif unique de remboursement pour les médicaments à efficacité équivalente. Cela permet au Comité économique des produits de santé (CEPS) de proposer un tarif unifié pour les médicaments de même classe.

Il permet ainsi d'encourager les établissements de santé à prescrire des médicaments biosimilaires ou génériques. Il permet aussi au CEPS de fixer un prix limite de vente pour les médicaments de liste en sus ou rétrocedés et de facturer directement le coût de la consommation de produits onéreux de la liste en sus aux patients qui relèvent d'un régime de sécurité sociale étranger. ☑ Favorise le recours à la recommandation temporaire d'utilisation (RTU) en introduisant une renégociation systématique des prix des médicaments en bénéficiant. Jusqu'à présent, le prix d'un médicament sous RTU était figé.

Accroître la pertinence et la qualité des soins

L'article 57 renforce la pertinence et l'efficacité des prescriptions hospitalières. Depuis 2016, des objectifs contractuels d'amélioration de la qualité, de la pertinence et d'efficacité des soins (CAQES) sont prévus pour les établissements de santé dans l'objectif de proscrire les dépenses injustifiées. L'article crée, après évaluation des contrats conclus à compter du 1er janvier 2018, un intéressement aux établissements, sous forme de dotations du FIR, pouvant aller jusqu'à 30 % des économies réalisées en fonction des résultats obtenus. L'intéressement existant, qui ne concernait jusqu'ici que les volets additionnels des CAQES, est étendu au volet obligatoire. Enfin, il associe les commissions et conférences médicales d'établissement à la conclusion des CAQES.

L'article 58 vise à améliorer la pertinence de l'utilisation des produits de santé.

- Il encadre la visite médicale pour les dispositifs médicaux et prestations associées en instaurant une procédure de certification pour les activités de promotion, de présentation ou d'information établies par la Haute Autorité de santé (HAS), et mise en œuvre à partir du 1er janvier 2019 selon les modalités fixées par décret.
- Il encadre aussi l'information et les pratiques commerciales sur les dispositifs médicaux à travers une charte de qualité conclue, avant le 30 septembre 2018, entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et les syndicats ou organisations regroupant les fabricants ou distributeurs de produits. Limite la possibilité de faire de la publicité sur les dispositifs médicaux et leurs prestations associées. Le CEPS pourra fixer des objectifs chiffrés d'évolution des pratiques commerciales, promotionnelles et d'information sur les dispositifs médicaux. Une pénalité maximale à 10 % du chiffre d'affaires pouvant être appliquée en cas de non-respect des objectifs.
- Il encadre les démarchages publicitaires au sein des établissements de santé grâce au levier de la certification.
- Il étend le principe de certification des logiciels d'aide à la prescription, centrée sur la prescription des médicaments, aux dispositifs médicaux. Les logiciels devront comporter l'affichage du prix du produit, les recommandations et avis de la HAS, et devront permettre la prescription sous la dénomination commune internationale.
- Il subordonne la prise en charge par l'assurance maladie d'un produit de santé et de ses prestations associées, à des renseignements sur les circonstances et les indications de la prescription portés par le professionnel de santé sur l'ordonnance.

- Il ajoute aux missions des directeurs d'établissement public de santé celle de définir les conditions de réalisation et d'encadrement des activités de présentation, d'information ou de promotion des produits de santé ou de formation à leur utilisation.
- Il encadre, par voie de décret, les activités de formation professionnelle relatives à la connaissance ou à l'utilisation des produits de santé.
- Les modalités d'application seront précisées par décret.
- **Les alinéas 1° à 6 du paragraphe III et le paragraphe IV sur l'information et la publicité des dispositifs médicaux ont été censurés.**

L'article 59 renforce la régulation du secteur des dispositifs médicaux.

- Il renforce les pouvoirs du CEPS vis-à-vis des négociations de prix et des remises sur les dispositifs médicaux (définition de conditions d'accès au marché, tarifs de remboursement, prononciation de pénalités financières). Le CEPS pourra diminuer les tarifs et les prix de vente unilatéralement lorsqu'un plafond de dépenses sera atteint.
- Il incite à la mise à disposition pour le CEPS d'informations économiques sur les volumes de vente des fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux en France et dans l'Union européenne. Ces éléments fournis permettront de rééquilibrer les négociations.
- Il permet la mise à disposition de moyens des caisses nationales d'assurance maladie, en termes de mise à disposition gratuite d'effectifs et de participation aux dépenses de fonctionnement, au profit du fonctionnement du CEPS.
- Il modifie le cadre des négociations conventionnelles sur les dispositifs médicaux génériques pour les pharmaciens d'officine.
- Il instaure un prix plafond sur les dispositifs médicaux inscrit sur la liste en sus des établissements de santé. ☐ Les modalités d'application seront précisées par décret.

L'article 60 uniformise et renforce l'efficacité du mécanisme de demande d'autorisation préalable (DAP).

- Il instaure le principe du silence vaut acceptation de la demande
- Il rend la mention « non remboursable » obligatoire sur l'ordonnance sans accord de prise en charge par l'assurance maladie ou sollicitation du contrôle médical.
- Il renforce les pouvoirs des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, dans les cas où il existe des enjeux de santé publique, dans l'instauration et la mise en œuvre d'une demande d'autorisation préalable (DAP) qui étaient jusqu'à aujourd'hui dévolues à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM).
- Il clarifie, auprès du patient, le rôle d'informateur et de prestataire du pharmacien, et du distributeur vis-à-vis de la DAP.
- Il organise le contrôle a posteriori de la mise en œuvre de la procédure en chargeant les distributeurs de s'assurer que l'accord de prise en charge a bien été rendu sous peine de recouvrement.
- Les modalités d'application seront précisées par décret.

L'article 61 étend la mise sous accord préalable (MSAP) et la mise sous objectifs (MSO) auprès des masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes et infirmiers. Il instaure ainsi le non-remboursement des prestations réalisées dans les établissements de santé omettant de faire une demande d'accord préalable.

Moderniser le système de santé

L'article 62 reporte d'un an l'application du règlement arbitral dentaire sur le plafonnement des dépassements sur les soins prothétiques et de la revalorisation des soins conservateurs, initialement prévue le 1er janvier 2018.

L'article 63 instaure la transformation du tiers payant généralisé (obligatoire) en tiers payant généralisable (possible).

- Il supprime l'obligation de généralisation du tiers payant à l'ensemble de la population. Une concertation, avec les assurances maladie obligatoire et complémentaire, les représentants des professionnels de santé, des assurés et des éditeurs de logiciels sera menée dans les prochains mois afin de définir un calendrier de mise en œuvre opérationnelle et technique. Cette concertation devra identifier les publics prioritaires au-delà de ceux qui sont déjà couverts par le tiers payant. Un rapport sur cette concertation sera remis au Parlement avant le 31 mars 2018.

L'article 64 préconise la remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement sur l'accès financier aux soins des personnes en situation de handicap et personnes en situation de précarité. Ce rapport portera sur les restes à charge, l'avance de frais, le renoncement aux soins.

L'article 65 prévoit le déploiement de la facturation individuelle des établissements de santé pour les prestations hospitalières facturables à l'assurance maladie obligatoire.

- Il permet d'étendre la facturation individuelle des établissements de santé, jusqu'ici possible sur les actes et consultations externes, aux séjours d'hospitalisation.
- Il prévoit un déploiement du dispositif sur quatre ans.
- Les modalités d'application seront précisées par décret.

L'article 66 instaure la suppression de la dégressivité tarifaire. Il supprime la possibilité de minorer les tarifs d'un établissement de santé lors du dépassement d'un certain seuil d'activité.

L'article 67 reporte, au 1er octobre 2018, l'entrée en vigueur de l'intégration des dépenses de transports inter-établissements dans le budget des établissements de santé, initialement prévue le 1er mars 2018.

L'article 68 déploie la réforme du financement des activités de soins de suite et réadaptation (SSR). Il prolonge de 2 ans le dispositif transitoire de financement des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) en vue d'une meilleure appropriation du nouveau modèle. Il assouplit le dispositif transitoire.

L'article 69 précise l'évolution des compétences financières des ARS.

- Il assouplit la gestion financière des ARS et du fonds d'intervention régional (FIR).
- Il conduit à l'intégration régionale des hôpitaux des armées, aujourd'hui davantage gérés de manière centralisée.
- Il favorise la convergence des dispositifs d'appui à la coordination territoriale.
- Il renforce les marges de manœuvre des ARS en permettant d'abonder le FIR dans le cadre du mécanisme de « fongibilité » entre les différentes enveloppes de l'ONDAM. ☒ Les modalités d'application seront précisées par décret.

L'article 70 concerne l'efficacité et l'adaptation de l'offre aux besoins du secteur médico-social.

- Il supprime l'opposabilité des conventions collectives de travail, déjà prévue pour les EHPAD, aux établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) ayant signé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).
- Il permet une gestion plus flexible des ESSMS. ☒ Harmonise les dispositions des CPOM des EHPAD et ESSMS.
- Il garantit la libre affectation des résultats des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- Il fixe les modalités d'application seront précisées par décret.

L'article 71 portant sur le financement des dépenses liées au fonctionnement de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées a été censuré par le Conseil constitutionnel.

L'article 72 met en place le transfert des missions de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) au sein de la Haute Autorité de santé (HAS) à partir du 1er avril 2018

L'article 73 fixe les dotations du montant de la participation au titre de l'exercice 2018 des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM), et de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au financement des ARS ☒ Dotation de l'assurance maladie au FMESPP : 448,7 millions d'euros. ☒ Dotation de l'assurance maladie à l'ONIAM : 136,82 millions. ☒ Contribution de la CNSA aux ARS : 131,7 millions.

Dispositions relatives aux dépenses de la branche maladie

L'article 74 fixe pour 2018 les objectifs de dépenses de la branche famille, maternité, invalidité et décès. Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : 211,7 milliards d'euros. ☒ Pour le régime général de la sécurité sociale : 210,6 milliards d'euros.

L'article 75 fixe pour 2018 l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires :

- Dépenses de soins de ville : 88,9 milliards d'euros

- Dépenses relatives aux établissements de santé : 80,7 milliards d'euros.
 - Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées : 9,3 milliards d'euros.
 - Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées : 11,2 milliards d'euros.
 - Dépenses relatives au fonds d'intervention régional : 3,4 milliards d'euros.
 - Autres prises en charge : 1,8 milliard d'euros.
 - Pour un ONDAM total de 195,2 milliards d'euros, soit 2,3 %.
- Dispositions relative à la branche accidents du travail – maladies professionnelles

Article 76 Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale. Le budget du Fonds de solidarité vieillesse est fixé à 19,3 milliards d'euros.

- Dispositions communes aux différentes branches

L'article 77 fixe la convention d'objectifs et de gestion pour la Caisse nationale des barreaux français

- Prévoit la formalisation, entre l'État et l'organisme en charge de la gestion des retraites des avocats, d'objectifs pour la Caisse nationale des barreaux français et des moyens mis en œuvre.

L'article 78 instaure des mesures relatives à la lutte contre la fraude.

- Il renforce les dispositifs juridiques de lutte contre la fraude des organismes de sécurité sociale par :
 - L'accroissement des pénalités financières et l'extension, à la branche maladie, de l'interdiction de remise de dettes déjà prévue pour branche famille ;
 - L'extension à la branche maladie, de l'interdiction de remise de dettes déjà prévue pour la branche famille ;
 - L'élargissement des compétences des chambres disciplinaires des ordres professionnels, leur octroyant la possibilité de demander aux professionnels de santé de reverser les indus en cas d'abus d'actes ;
 - L'instauration d'une sanction forfaitaire en cas de non communication des renseignements demandés.
- Il octroie un droit à la méconnaissance involontaire des obligations déclaratives.
- Il introduit un plafond sur la pénalité financière en cas de fraude aux prestations d'assurance maladie commise en bande organisée.
- Il élève la pénalité financière dont doivent s'acquitter les destinataires du droit de communication n'ayant pas satisfait aux demandes de l'organisme regardant des personnes non identifiées
- Il permet aux caisses de sécurité sociale du régime agricole de mettre en œuvre la procédure de saisie conservatoire lorsque les constats de travail dissimulé sont dressés par les URSSAF, les autres corps de contrôle et les agents de contrôle de la MSA.

Loi de financement pour la Sécurité sociale 2019

[LOI n° 2018-1203](#) du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, JO du 23/12/18

[Décision n° 2018-776 DC du 21 décembre 2018](#)

Présenté en Conseil des ministres, le 25 septembre 2018, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 décline, en 88 articles, les objectifs suivants : l'inscription dans la trajectoire des finances publiques présentée dans le cadre de la loi de programmation des finances publiques adoptées en 2017 ; le retour à l'équilibre de la Sécurité sociale (régime de base et fonds de solidarité vieillesse) après 18 années de déficit et confirmation de l'apurement de la totalité de la dette sociale à l'horizon 2024 ; la libéralisation de l'activité économique et de l'activité (baisse des cotisations sociales et salariales, transformation du CICE en allègement de charges...) ; la protection des plus vulnérables (mise en œuvre du plan « 100 % santé » en optique, dentaire et audioprothèse, fusion de l'ACS et de la CMU-C, mise en œuvre de la stratégie nationale de santé) ; la transformation du système de soins (mise en œuvre du plan « Ma santé 2022 », généralisation de la vaccination antigrippale par les pharmaciens d'officine, réforme des ATU, renforcement du recours aux génériques, transcription de certaines mesures du CSIS).

Le 21 décembre, le Conseil constitutionnel a déclaré conforme à la Constitution l'essentiel des dispositions du Projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2019. Le Conseil constitutionnel a censuré, comme cavaliers

sociaux, deux dispositions : l'ajout de l'éducation thérapeutique comme dans la liste des buts poursuivis par les expérimentations prévues par le code de la sécurité sociale ; la dématérialisation des arrêts de travail. Le Conseil a également censuré l'application en 2020 de la revalorisation annuelle de certaines prestations sociales selon un taux inférieur à celui de l'inflation. Le Conseil a aussi considéré que l'année 2020 n'était pas couverte par la LFSS 2019.

1 - Les dispositions relatives à l'exercice 2017

L'article 1 : approbation des tableaux d'équilibre 2017 :

- Ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : -1,9 milliard d'euros, -4,8 milliards d'euros en comprenant le fonds de solidarité vieillesse (FSV) ;
- Régime général de sécurité sociale : -2,2 milliards d'euros, -5,1 milliards d'euros avec le FSV ;
- Organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : 2,9 milliards d'euros ;
- Dépenses du champ de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) : 190,7 milliards d'euros ;
- Dette amortie par la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) : 15 milliards d'euros.

L'article 2 : approbation du rapport annexé sur les excédents ou déficits de l'exercice 2016 et le tableau patrimonial.

2- Les dispositions relatives à l'exercice 2019

Article 3 : Rectification des dotations 2018 de la branche maladie ☐ Dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour sa mission d'indemnisation des accidents médicaux et des préjudices résultant de contaminations par VIH, VHB et VHC, HTLV : 125 millions d'euros (+ 20 millions d'euros).

Article 4 : Suppression du fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP)

- Simplification du système de remboursement avec un remboursement qui s'effectuera uniquement par l'Assurance maladie et non plus, en partie, par le FFIP. Sans impact sur l'ONDAM.

Article 5 : Rectification des tableaux d'équilibre 2018

- Solde toutes branches de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : 0,7 milliard d'euros
- Solde toutes branches de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, y compris le fonds de solidarité vieillesse : -1,4 milliard d'euros.
- Solde toutes branches du régime général de sécurité sociale : 1,1 milliard d'euros. ☐ Solde toutes branches du régime général de sécurité sociale, y compris le fonds de solidarité vieillesse : - 1,0 milliard d'euros.
- Solde du fonds de solidarité vieillesse : - 2,1 milliards d'euros.
- Amortissement de la dette sociale par la Cades : 15,4 milliards d'euros.

Article 6 : Rectification de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) 2018 (195,4 milliards d'euros) et des sous-ONDAM 2018

3- Les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre de la Sécurité sociale pour 2019

- Dispositions relatives aux recettes, au recouvrement et à la trésorerie

Mesure en faveur du soutien à l'activité économique des actifs

Article 7 : Exonération de cotisations salariales sur le recours aux heures supplémentaires et complémentaires

Article 8 : Mise en œuvre de la transformation en 2019 du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) et du crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS) en baisse pérenne de cotisations sociales pour les employeurs.

Article 9 : Prolongation du dispositif d'apurement des cotisations des indépendants pour Saint-Barthélemy et Saint-Martin post ouragan Irma

Article 10 : Prolongation de la durée de l'aide aux demandeurs d'emploi créant ou reprenant une entreprise (ACCRE) pour les exploitants relevant du micro-bénéfice agricole

Article 11 : Alignement de la fiscalité des alcools en Outre- mer sur celle de la métropole

Règles de cotisations plus claires et plus justes

Article 12 : Rendre « plus équitable » la cotisation subsidiaire d'assurance maladie

- La mise en place de la protection universelle maladie (PUMA) a entraîné en 2016 la suppression de la cotisation à la couverture maladie universelle de base (CMU-b), remplacée par la cotisation subsidiaire maladie. Le présent article corrige les défauts suivants :
- L'assujettissement des travailleurs indépendants et exploitants agricoles avec une activité déficitaire mais un capital élevé
- la différence d'assujettissement parfois importante pour une variation modeste des revenus d'activités
- Les retraités et les personnes ayant perçu une pension d'invalidité sont exonérés de la cotisation subsidiaire d'assurance maladie.
- Par voie réglementaire, ajustement des modalités de calcul de la cotisation : l'abattement d'assiette passe de 25 % du PASS à 50 % : le taux de cotisation est ramené de 8 % à 6,5 %.
- Par voie réglementaire, doublement du seuil de revenus au-delà duquel la cotisation n'est plus due. Plafonnement de la cotisation à 8 fois la valeur du PASS.

Article 13 : Remise d'un rapport au parlement sur les mesures des travailleurs saisonniers

Article 14 : Atténuation du franchissement du seuil d'assujettissement de la contribution sociale généralisée (CSG) au taux normal sur les revenus de remplacement

Article 15 : Exonération de l'EFS de la taxe sur les salaires. L'Établissement français du sang est exonéré de la taxe sur les salaires.

Article 16 : Versement de la contribution sociale sur les revenus d'activité et de remplacement. Les entreprises de moins de cinquante salariés ne sont pas concernées par le versement de la contribution sociale sur les revenus d'activité et de remplacement

Article 17 : Sécurisation de la participation des organismes complémentaires santé au financement des nouveaux modes de rémunération

- En 2012, les organismes complémentaires prenaient l'engagement de contribuer au forfait patientèle. Cet engagement a été renouvelé dans le cadre de la convention médicale du 25 août 2016.
- Le présent article sécurise leur engagement en instaurant une contribution à la prise en charge des modes de rémunération due par les organismes complémentaires. Cette contribution s'élèvera à 0,8 % des sommes versées au titre des contrats d'assurance maladie complémentaire et entrera en vigueur le 1er janvier 2019.
- Les modalités de recouvrement de cette taxe seront précisées par décret en Conseil d'État.
- Cette contribution prendra fin en même temps que l'expiration de la convention médicale de 2016.

Article 18 : Poursuite de la simplification de la déclaration et du recouvrement des cotisations

Article 19 : prolongation de la période contradictoire dans le cadre des contentieux URSSAF. La période contradictoire est prolongée. Les personnes ayant recours au travail dissimulé ou à la dissimulation d'activité sont exclues de cette mesure.

Article 20 : Simplification de la procédure de dépôt des demandes de modifications mineures d'autorisation de mise sur le marché des médicaments (AMM)

- Cette mesure a été annoncée dans le cadre du CSIS de juillet 2018.
- Simplification de la demande d'autorisation de mise sur le marché d'un médicament auprès de l'ANSM à partir du 1er janvier 2019 et s'applique aux demandes déposées à compter de cette même date.
- Suppression de l'acquittement du droit d'enregistrement pour les modifications simples, comme les modifications portant sur des informations purement administratives ou sur le conditionnement secondaire.
- Cette exonération des droits d'enregistrement est aussi effective sur les médicaments dont la demande d'AMM passe par une procédure de reconnaissance mutuelle.

- Augmentation des montants des droits pour les demandes initiales d'AMM ou pour des modifications majeures à 60 000 € portant sur les demandes suivantes : demande de renouvellement, demande de reconnaissance par au moins un autre État membre de l'Union européenne, demande d'autorisation d'importation parallèle.
- Un décret en Conseil d'État fixe la liste des informations de nature administrative et technique et ne nécessitant pas une expertise scientifique qui fera qu'un médicament à usage humain ou vétérinaire ne sera pas soumis au paiement du droit de modification.

Article 21 : Simplification et homogénéisation des mécanismes de la clause de sauvegarde pour les produits de santé

- Le Gouvernement, suite au CSIS de juillet 2018, a exprimé sa volonté de stabiliser et accroître la lisibilité du dialogue avec les industries de santé
- Les taux Lh et Lv sont fusionnés et deviennent le taux M.
- Le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde est fixé à une progression de 0,5 % du chiffre d'affaires net des médicaments remboursables.
- Le calcul du seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde prend en compte le montant S qui correspond au montant dû par les entreprises qui exploitent un ou plusieurs médicaments pour l'année 2018.
- Le taux M est élargi à l'ensemble des médicaments.
- Le chiffre d'affaires net de remise est désormais pris en compte.
- Le CEPS communique directement à l'ACOSS les montants des remises pour les entreprises redevables, selon des modalités fixées par décret. ☑ Cet article entrera en vigueur le 1er janvier 2019.

Article 22 : Clarification des modalités de calcul des cotisations sociales des travailleurs indépendants

Article 23 : Modulation des sanctions applicables en matière de travail dissimulé

Article 24 : Rapport au parlement sur la fraude patronale aux cotisations sociales. Le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la fraude patronale aux cotisations sociales dans un délai de 6 mois à compter de la publication de la LFSS 2019.

Article 25 : Mesures d'efficacité de la gestion financière des organismes de sécurité sociale

- Modernisation de la gestion financière et des versements des prestations sociales.
- Amélioration du versement des prestations sociales afin d'éviter les erreurs.
- Renforcement du contrôle interne. ☑ Capitalisation sur les compétences de l'ACOSS en matière de recouvrement et de gestion de trésorerie.

➤ Conditions générales de l'équilibre financier de la Sécurité sociale

Article 26 : Transfert de recettes entre la Sécurité sociale et l'État et entre régimes de sécurité sociale

- Transferts de recettes entre branches et organismes de sécurité sociale ou pour lesquels des recettes sont recouvrées ou centralisées par la sécurité sociale.
- Les branches du régime général équilibrent l'ACOSS au titre de sa mission de prise en charge des cotisations patronales d'assurance chômage
- Financement par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie dans la limite de 50 millions d'euros de la transformation des services d'aide à domicile.
- Exonération de la CSG et de la CRDS sur les revenus du capital pour les personnes qui relèvent du régime obligatoire de sécurité sociale d'un autre État membre de l'UE, de l'UEE ou de la Suisse.

Article 27 : Reprise par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) des déficits portés en trésorerie par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)

- Suppression de la Cades maintenue à 2024.
- Autorisation d'un transfert de 15 milliards d'euros de la Cades à l'ACOSS et financé en partie par la CSG pour la couverture des déficits des exercices 2014 à 2018.
- Les montants et les dates des versements sont fixés par décret.

Article 28 : Intégration dans le droit commun de l'École nationale supérieure maritime

- L'École nationale supérieure maritime n'est plus sous la tutelle du ministère chargé de la mer.

Article 29 : Désaffiliation du régime général des certains experts non salariés

- Les experts ou personnes requis, commis ou désignés par les juridictions de l'ordre judiciaire et accomplissant une mission d'expertise indépendante et affiliés à un régime de travailleurs non salariés, ne sont plus dans l'obligation de cotiser aux assurances sociales du régime général.

Article 30 : Harmonisation du régime des travailleurs indépendants et du régime général

Article 31 : Approbation du montant de la compensation de certaines exonérations de cotisations ou contributions sociales

- Ouverture de crédits à hauteur de 5,6 milliards d'euros pour compenser certaines exonérations.

Article 32 : Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV (en milliards d'euros)

Article 34 : Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du fonds de réserve des retraites (FRR) et du fonds de solidarité vieillesse (FSV)

- Objectif d'amortissement de la dette sociale par la Cades : 16,0 milliards d'euros.

Article 35 : Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes (en millions d'euros)

Article 36 : Approbation du rapport sur l'évolution du financement de la sécurité sociale pour 2019-2022 en Annexe B

4- Dispositions relatives aux recettes à l'équilibre de la Sécurité sociale pour l'exercice 2019

- Transformer le système de soins

Article 37 : Extension du dispositif de paiement à la qualité des établissements de santé

- La démarche qualité renforcée a été plébiscitée dans le rapport charges et produits de la CNAM pour 2019 et dans la SNS. Cet article vient matérialiser cette volonté politique de faire de la qualité un levier essentiel pour réaliser des économies.
- Les établissements dont les résultats n'atteignent pas pendant trois années consécutives un seuil minimum pour certains des critères liés à la qualité et à la sécurité des soins feront l'objet d'une pénalité dont le montant dépendra du nombre de critères concernés et ne dépassera pas 0,5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement. La mesure est mise en place au 1er janvier 2020. Ce seuil est défini pour chacun des indicateurs et fixé par indicateur en fonction de la répartition des résultats de l'ensemble des établissements concernés.
- Ces indicateurs prennent en compte les résultats et les expériences rapportés par les patients.
- Le patient participe à l'élaboration des critères d'évaluation de la qualité des soins.
- Des circonstances particulières laissées au jugement du directeur de l'ARS peuvent exempter de la pénalité. ☐ Le directeur général de l'ARS alerte les établissements en cas de non atteinte d'un seuil pour un indicateur et indique le montant de la pénalité financière risquée.
- Cette pénalité s'accompagne d'un plan d'amélioration de la qualité permettant une remise à niveau sur les critères dont le seuil n'a pas été atteint. Ce plan d'amélioration doit être présenté par l'établissement.
- Ces mesures entrent en vigueur le 1er janvier 2020 sauf pour les établissements de psychiatrie qui n'entrent en compte qu'à partir du 1er janvier 2021.
- Un décret en Conseil d'État précise : les modalités de détermination et de mise en œuvre de la dotation complémentaire et de la pénalité financière ; les catégories des indicateurs ; les modalités de détermination des seuils minimaux de résultats requis pour certains des indicateurs.
- Un arrêté ministériel détermine la liste des indicateurs et fixe les modalités de calcul de la dotation complémentaire et de la pénalité financière. Cet arrêté sera publié avant le 31 décembre de chaque année.

Article 38 : Financement forfaitaire de pathologies chroniques

- Dans la logique des nouveaux modes de rémunération et d'une prise en charge pluriprofessionnelle plus efficiente des patients, la Cnam avait dans son rapport charges et produits 2019 émis la possibilité de financement forfaitaire de pathologies chroniques.

- La liste des pathologies chroniques qui seront concernées par le financement forfaitaire sera définie par voie d'arrêté.
- En 2019, le forfait ne concernera que les établissements de santé et deux pathologies : diabète et insuffisance rénale chronique.

Article 39 : Réécriture du dispositif d'expérimentation des innovations organisationnelles (article 51 de la LFSS 2018)

- Correspond à l'article 51 de la LFSS 2018 qui a donné un cadre d'expérimentation unique favorisant l'émergence de nouveaux modes de financement
- Extension du champ d'action de l'article 51 et appui au portage de projets favorisant l'innovation organisationnelle. Cette extension se prolonge également aux établissements et services sociaux et médico-sociaux
- Permet à un praticien de réaliser une activité libérale en dehors de l'établissement où il exerce principalement, sans dépassement d'honoraires
- Les SISA peuvent adapter leur statut pour rendre possible l'encaissement et le reversement des rémunérations des activités de prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale
- Une expérimentation permettra à un praticien libéral d'exercer au sein d'un centre de santé dans les zones où l'offre de soins est insuffisante
- Amplification du développement territorial de l'offre de soins et soutien au plan d'égal accès aux soins.
- Dérogation possible aux conditions techniques de fonctionnement relevant du droit des autorisations des activités de soins.
- Développement de l'exercice mixte ville / hôpital.
- Les pharmaciens d'officine, dans le cadre de coopérations interprofessionnelles, ont la possibilité de renouveler des traitements chroniques ou d'ajuster leur posologie sous réserve que le pharmacien et le médecin aient signé un projet de santé.

Article 40 : Amélioration de la pertinence des soins dans les établissements de santé

- Dans le cadre des plans d'action pluriannuels des agences régionale de santé, l'amélioration de la pertinence des soins fait l'objet d'un programme.
- L'ARS peut demander à un établissement de conclure un avenant au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES) sur la base de ce programme.

Article 41 : Modification du taux maximal applicable aux nouveaux emprunts structurés détenus par les établissements publics de santé**Article 42 : Déploiement des assistants médicaux auprès des médecins**

- Les conventions nationales des médecins doivent prévoir les conditions et modalités de participation financière au recrutement des assistants médicaux.
- Les conventions nationales des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux, kinésithérapeutes, infirmiers et des directeurs de laboratoires déterminent les conditions de modulation de la rémunération de ces professionnels dans le cadre d'un exercice coordonné.
- Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les équipes de soins primaires (ESP) sont incluses dans les accords-cadres interprofessionnels
- Le directeur de l'Uncam a à charge l'organisation de négociations conventionnelles pour définir des mesures visant au développement des CPTS dans un délai d'un mois après promulgation de la LFSS 2019.

Article 43 : Création d'un forfait de réorientation des urgences vers la ville

- Création d'un forfait de réorientation des patients des urgences vers un médecin de ville dans le cadre d'une expérimentation de 3 ans. Les conditions de désignation des établissements retenus pour participer à l'expérimentation et les conditions d'évaluation sont fixées par décret du Conseil d'État.

Article 44 : Remboursement à l'assurance maladie par les établissements de santé, d'actes non autorisés

- L'Assurance maladie pourra récupérer les sommes facturées aux établissements (indus) réalisant des actes alors qu'ils ne disposent pas d'une autorisation pour ce faire. Les modalités de récupération de ces sommes par l'Assurance maladie sont définies par décret en Conseil d'État.

Article 45 : Expérimentation d'actions à visent à développer l'éducation thérapeutique

- Les expérimentations permettant de développer la compréhension et la participation active des patients à leur parcours de soins sont désormais permises. Ces initiatives peuvent concerner la vulgarisation du système de soins ou encore l'éducation thérapeutique. Article censuré par le Conseil constitutionnel.

Article 46 : Financement par l'État et l'Assurance maladie de l'EHPAD à partir du 1er janvier 2020.

Article 47 : Simplification de l'exercice libéral à titre accessoire pour les médecins remplaçants

- Certains étudiants en médecine pourront opter pour un taux global et un calcul mensuel ou trimestriel de l'ensemble des cotisations et contributions sociales dont ils sont redevables. Le taux global est fixé par décret, qui fixe également les règles d'affectation des sommes versées entre les différents régimes ou branches concernées.
- Pour y accéder le médecin ou l'étudiant devra exercer dans le cadre de la convention médicale.
- La CPAM attachée à la circonscription où le remplacement est réalisé assure ces nouvelles dispositions. Elle assure la réalisation des déclarations nécessaires à ces activités de remplacement
- Un télé-service est mis en place pour la déclaration des rémunérations et le paiement des cotisations.
- Cet article entre en vigueur au 1er janvier 2020.

Article 48 : Extension de l'objet des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) aux pratiques avancées

- Les pratiques avancées des auxiliaires médicaux en ville sont étendues aux maisons de santé
- Un rapport sur le déploiement des pratiques avancées sur le territoire est remis avant le 31 décembre 2021.

Article 49 : Renforcement de l'usage du numérique et du partage d'information pour améliorer la qualité de la prise en charge

- Les logiciels d'aide à la prescription ont l'obligation d'indiquer l'appartenance d'un médicament au registre des médicaments hybrides. Cette mesure sera prise en compte lors des procédures de certification des logiciels d'aide à la prescription médicale
- La certification de ces logiciels n'est plus obligatoire. Elle peut néanmoins toujours être demandée par les éditeurs
- En cas de retard dans la mise à jour d'un logiciel certifié, une pénalité n'excédant pas 10 % du chiffre d'affaires de l'éditeur est appliquée. En cas de manquement répété les logiciels concernés peuvent perdre leur certification
- Les logiciels devront fournir des informations dans l'aide à la prescription ou à la dispensation des produits de santé et prestations associées
- Fixation par décret de la liste des fonctionnalités qui doivent être fournies par les logiciels.
- L'Assurance maladie peut transmettre aux médecins et aux pharmaciens certaines données personnelles des patients, sauf opposition de ce dernier
- Certaines données des patients peuvent désormais être utilisées par ces logiciels dans le cadre d'actions de prévention ou de soins ciblés
- L'utilisation de logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation certifiés peut faire l'objet d'engagements individualisés et d'une contrepartie financière dans le cadre des négociations conventionnelles médicales entre l'UNCAM, les organisations syndicales et les professionnels de santé
- L'identification des prescripteurs en établissements privés est renforcée.
- Les pharmaciens reportent les numéros ou leur absence sur les documents envoyés aux caisses d'assurance maladie. Une procédure de recouvrement de l'indu par le pharmacien peut être demandée.

Article 50 : Simplification de l'accès au temps partiel thérapeutique

- Les arrêts de travail sont prescrits de manière dématérialisée sauf exception. Cette mesure entre en vigueur par voie conventionnelle au plus le 31 décembre 2021. En cas d'absence de dispositions conventionnelles, c'est un arrêté ministériel qui définira la mise en application de cette mesure. Censuré par le Conseil constitutionnel.
- Simplification de l'accès au temps partiel thérapeutique par la suppression de l'obligation préalable d'un arrêt de travail à temps plein. Les modalités de calcul de l'indemnité journalière ainsi que la durée de versement du temps partiel thérapeutique seront déterminées par décret en Conseil d'État.

Article 51 : Mesures de déploiement du « reste à charge zéro » après intervention des complémentaires santé pour les domaines de l'optique, des aides auditives et des prothèses dentaires

- Les produits ou prestations qui feront l'objet du reste à charge zéro figureront sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR)

- Les produits ou prestations inscrits sur la LPPR pourront distinguer plusieurs classes dont au moins une aura vocation à ne faire l'objet d'aucun reste à charge. Les bases de remboursement par la sécurité sociale de ces produits ont été relevées
 - Un décret en Conseil d'État définit les conditions d'application de la distribution des produits de santé et prestation concernés.
 - Un arrêté du ministre de la santé peut définir, pour des produits ou prestations n'appartenant pas à la classe « RAC 0 », des tarifs de responsabilité inférieurs à ceux y appartenant.
 - Les opticiens et audioprothésistes seront tenus de proposer des offres sans reste à charge.
 - Afin d'assurer la qualité des produits de la LPPR, le prescripteur ou le distributeur peuvent avoir l'obligation de participer à l'évaluation des produits par des enquêtes auprès des patients ou un recueil de données, les résultats pouvant être rendus publics. Les modalités de mise en œuvre de ces dispositifs d'évaluation seront fixées par décret.
 - Renforcement de la prévention buccodentaire : les examens buccodentaires sont obligatoires dès le 1er janvier 2019 dans l'année qui suit le 3e, le 6e, le 9e, le 12e, le 15e, le 18e, le 21e et le 24e anniversaire du patient, ces examens restant pris en charge. Les modalités et les conditions de mise en œuvre de ces examens et leur prise en charge, sont définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
 - Pour l'optique et l'audioprothèse, les devis comportent au moins un équipement appartenant à l'une des classes de prise en charge renforcée
 - Renforcement de la traçabilité des produits d'appareillage auditif ou lunetterie : les informations relatives à l'identification et la traçabilité de ces produits devront figurer sur le devis remis au patient ☒ Cette mesure entrera en vigueur à compter des contrats souscrits au 1er janvier 2020. Les accords professionnels devront être conformes avant le 1er janvier 2020.
- Améliorer la couverture des besoins de santé

Lever les obstacles financiers à l'accès aux droits et aux soins

Article 52 : Refonte des dispositifs de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide à la couverture complémentaire santé (ACS)

- Il n'est désormais plus question de « couverture santé », mais de « protection en matière de santé ». Ainsi, l'ACS entre dans le système de protection sociale assuré par la CMU-C
- Les plafonds de ressources conditionnant la participation financière de certains foyers seront systématiquement relevés de 35 %, augmentant le nombre de personnes pouvant bénéficier de la CMU-C. Cette participation financière ne devrait pas dépasser 1 € par jour, soit 30 € mensuels. Le montant de cette participation financière sera adapté pour les assurés éligibles à l'ACS des régimes d'Alsace-Moselle
- Ces plafonds sont fixés par décret puis revalorisés au 1er avril de chaque année.
- Pour les enfants ayant rompu les liens avec leur famille, ce n'est plus l'autorité administrative qui a compétence sur l'octroi d'une complémentaire santé mais l'organisme assurant la prise en charge de leurs frais de santé.
- Le bénéfice à titre personnel de la complémentaire santé par des personnes majeures n'est plus garanti par la loi mais défini au cas par cas par décret en conseil d'État.
- En cohérence avec les points précédents, l'absence de contrepartie contributive est supprimée.
- Pour les bénéficiaires du RSA, le droit à la protection complémentaire en matière de santé est automatiquement renouvelé avec la détermination systématique du montant de la participation à cette protection.
- La gestion du versement de la CMU-C n'est plus départementale mais nationale, avec une gestion par la Cnam qui répartira sur l'ensemble du territoire au travers des CPAM.
- Le montant de la participation de l'assuré est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et varie selon l'âge du bénéficiaire. Les modalités de notification et de recouvrement de la participation sont fixées par décret en Conseil d'État. Ce n'est qu'après acquittement de l'ensemble des participations que le bénéficiaire pourra retrouver ses droits. En cas de non-paiement, il sera mis fin à la prise en charge de l'assuré.
- Le fonds CMU continue de financer la couverture maladie universelle, mais il ne gère plus la gestion des crédits d'impôts l'abondant.

Article 53 : Exonération du ticket modérateur sur les soins de ville pour les personnes modestes à Mayotte

Article 54 : Gestion et financement des dispositifs de prise en charge des risques et conséquences d'une situation sanitaire exceptionnelle par l'assurance maladie

- Lorsque les conditions de santé publique le justifient, en cas de risque sanitaire grave ou exceptionnel, des règles de prise en charge renforcée des frais de santé dérogatoires au droit commun peuvent être prises par décret, pour une durée maximale d'un an.

Article 55 : prise en charge des personnes victimes d'un acte de terrorisme

Renforcer la prévention

Article 56 : Modification du calendrier des examens de santé obligatoires des jeunes de moins de 18 ans

- La grille des âges de consultation change pour les nourrissons et les enfants. Le nombre de consultations (20 au total) ne change pas, mais elles sont réparties jusqu'à l'âge de 18 ans au lieu de 6 ans à ce jour.
- Ces consultations peuvent être réalisées dans un cadre scolaire, et seront remboursées à 100 % avec possibilité de tiers payant.

Article 57 : Création d'un fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives au sein de la Cnam

- L'action du fonds de lutte contre le tabac est élargie aux addictions liées aux substances psychoactives. Ce fonds sera abondé par le produit des amendes forfaitaires sanctionnant la consommation de cannabis.
- Une partie de ce fonds sera dédiée aux actions de prévention en Outre-mer.
- Les modalités d'application de cette mesure seront précisées par décret. Un arrêté précise la liste des bénéficiaires des financements octroyés par ce fonds.

Article 58 : Rapport au parlement sur les dépenses de prévention des addictions

- Un rapport sur les dépenses de prévention des addictions, y compris celles concernant l'alcool, est remis au parlement au plus tard le 1er juin 2019, prenant compte des hospitalisations et passages aux urgences liés à ces conduites.

Article 59 : Généralisation de la vaccination antigrippale par les pharmaciens

- L'expérimentation sur la vaccination antigrippale par le pharmacien est étendue à 2 régions supplémentaires d'octobre 2018 à janvier 2019 (Nouvelle-Aquitaine et Hauts-de-France) puis généralisée sur l'ensemble du territoire à partir de la campagne vaccinale d'octobre 2019.
- La liste des vaccins qui seront réalisables par le pharmacien ainsi que les conditions et honoraires seront fixés par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale.

Article 60 : Expérimentation sur le développement de la vaccination contre l'HPV

- Pour une durée de 3 ans, une expérimentation sur la vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains chez les jeunes filles et garçons de 11 à 14 ans pourra être effectuée dans deux régions volontaires dont au moins une région d'Outre-mer.
- Les modalités de mise en place de cette expérimentation sont précisées par décret.
- Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation.

Article 61 : Développement de la vaccination antigrippale chez les professionnels de santé et le personnel des établissements de santé

Une expérimentation pour la vaccination antigrippale chez les professionnels de santé et le personnel soignant et non soignant des établissements de santé dans deux régions volontaires est financée par le fonds d'intervention régional.

- Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations et les modalités d'expérimentation.
- Le contenu des projets d'expérimentation est arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ils arrêtent la liste des territoires concernés après des ARS.
- Un rapport est remis au Parlement par le Gouvernement au terme de l'expérimentation.

Améliorer les prises en charge

Article 62 : Prise en charge de l'intervention précoce pour l'autisme et les troubles du neuro-développement

- Crée un parcours de bilan et d'intervention précoce pour les troubles du neuro-développement pris en charge par l'assurance maladie.
- Un arrêté du directeur général de l'ARS désigne les structures organisant le parcours.

- Les professionnels de santé peuvent contracter avec ces structures, prévoyant de bonnes pratiques professionnelles.
- La prise en charge du parcours est soumise à prescription médicale. L'intégralité des dépenses est prise en charge par l'Assurance maladie. Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application de cet article.

Article 63 : Organisation de la compétence tarifaire autour d'une convention pour les CAMSP, FAM et SAMSAH

- Une convention entre les co-financeurs d'un établissement médico-social – les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les foyers d'accueil médicalisés (FAM) et les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) – peut être réalisée pour organiser la compétence tarifaire
- Expérimentation de 5 ans dès promulgation de la LFSS 2019
- Un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement au terme de l'évaluation et remis au Parlement.

Article 64 : Accélération de la convergence tarifaire des forfaits soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

- Le délai de convergence tarifaire concernant les EHPAD est réduit de 2 ans, la période transitoire de convergence passant de 2017-2023 à 2017-2021
- Les EHPAD ayant un niveau de financement inférieur à celui du forfait « soins » cible seront mieux financés ☑ Les médecins coordonnateurs des EHPAD peuvent réaliser les prescriptions médicamenteuses dans des conditions prévues par décret.

Améliorer les conditions d'accès aux produits de santé

Article 65 : Renforcement de l'accès précoce à certains produits de santé innovants et modification du système de fixation de leurs prix

- Élargir l'accès au « post-ATU » pour les produits n'ayant pu bénéficier d'une ATU avant leur AMM :
 - Les entreprises exploitant une spécialité pharmaceutique n'ayant pas fait l'objet d'une ATU pour une indication donnée mais bénéficiant d'une AMM dans cette indication peuvent demander sa prise en charge temporaire par l'Assurance maladie par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale ;
 - Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application.
- Simplifier la négociation du prix des produits sous ATU :
 - Les ministres fixeront un prix temporaire aux médicaments disposant d'une ATU, dite « compensation ». Nonobstant, le principe actuel demeure : le prix net négocié avec le CEPS sera appliqué rétroactivement sur la période de l'ATU
 - Nouvelles modalités de négociation de la prise en charge des ATU et de leur suivi pour s'assurer du bon usage en situation réelle d'utilisation
- Créer un dispositif d'accès précoce pour certaines extensions d'indication :
 - Le dispositif d'ATU est étendu aux extensions d'indications thérapeutiques de certains médicaments. Afin d'adapter les modalités de fixation des prix de ces médicaments à accès précoce, les ministres pourront fixer de manière temporaire un prix. Néanmoins, c'est le prix net négocié avec le CEPS qui s'appliquera de manière rétroactive
 - Les ministres pourront désormais autoriser l'accès précoce à un médicament qui n'aurait pas reçu une ATU avant l'octroi de son AMM, mais qui remplirait toutes les conditions pour un accès précoce (produit de santé indiqué dans une maladie rare ou grave, sans alternative thérapeutique et dont l'efficacité et la sécurité d'emploi sont démontrées après avis de la CT de la HAS)
 - Pour les ATU concernant une extension d'indication, le seuil de 30 millions d'euros de déclenchement de la clause de plafonnement ne prend en compte que le chiffre d'affaire total pour le médicament dans ladite indication.
- Créer un dispositif d'accès précoce pour les dispositifs médicaux :
 - La CNEDiMTS statue sur l'accès précoce au marché pour les dispositifs médicaux
 - Certains dispositifs médicaux pourront faire l'objet d'une prise en charge temporaire par l'Assurance maladie si une demande d'inscription est demandée et est en cours d'instruction. Les conditions seront fixées par décret en Conseil d'État
 - Une convention avec le CEPS fixe le prix de ces dispositifs médicaux
 - Les conventions conclues entre le CEPS et les entreprises pour les dispositifs médicaux prennent compte des prévisions relatives aux volumes de vente pour la prochaine année ☑ sur la base de ces éléments, le CEPS fixe un

prix net de référence. Le prix net négocié avec le CEPS qui s'appliquera de manière rétroactive pour le calcul des remises.

- Prévoir la continuité des traitements lors de la fin de la prise en charge précoce :
- Dans le cadre d'une ATU/accès précoce, la poursuite d'un traitement pour un patient est autorisée sous réserve que l'indication n'ait pas fait l'objet d'une évaluation défavorable
- Le laboratoire exploitant une spécialité dans le cadre d'une ATU/accès précoce doit assurer la continuité des traitements initiés pendant la durée de prise en charge et pendant une durée d'au moins un an à compter de l'arrêt de la prise en charge
- Le CEPS fixe les conditions de prise en charge pendant la période de continuité
- En cas de manquement, le CEPS peut prononcer une pénalité financière à l'encontre du laboratoire. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre de la spécialité mentionnée, durant les vingt-quatre mois précédant la constatation du manquement.
- Un décret fixe les conditions de fixation des pénalités financières par le CEPS.
- Permettre au CEPS de fixer les niveaux de remises pour les médicaments utilisés en association :
- pour les produits d'immunothérapie utilisés en association, notamment lorsqu'ils sont exploités par des laboratoires différents, dans le cas où une solution conventionnelle avec le CEPS n'est pas trouvée, le dispositif de fixation des remises actuellement en vigueur pour les dispositifs médicaux pourra s'appliquer, et ce, dans le respect de l'accord-cadre
- Pour les médicaments utilisés en association, le remboursement des spécialités peut être soumis au versement obligatoire d'une remise. Ces remises sont fixées par convention entre l'entreprise exploitant la spécialité et le Comité économique des produits de santé
- Renforcer la collecte et l'analyse des données relatives aux produits de santé :
- La prise en charge d'un produit de santé peut être subordonnée au recueil et la transmission d'informations relatives aux patients traités, au contexte de la prescription, aux indications dans lesquelles ces produits sont prescrits et aux résultats ou effets de ces traitements.
- Préciser les règles de prise en charge de l'homéopathie :
- Un décret précise la procédure et les modalités d'évaluation ou de réévaluation de ces médicaments, et les conditions de prise en charge.

Article 66 : Moindre remboursement en cas de refus non médicalement justifié du recours aux médicaments génériques et biosimilaires

- Inscription dans le code de la santé publique de la définition de spécialité hybride et de groupe hybride, création du registre des groupes hybrides.
- Les médicaments hybrides entrent dans le cadre de la substitution à condition que le prescripteur n'ait pas exclu cette possibilité par une mention expresse et justifiée portée sur l'ordonnance. Les conditions d'élaboration du registre des groupes hybrides sont fixées par décret du Conseil d'État. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l'ANSM, précise les situations médicales dans lesquelles cette exclusion peut être justifiée.
- Sans justification médicale, l'assuré qui ne souhaite pas la substitution se verra remboursé sur la base du prix du médicament générique ou hybride le plus cher.
- Les établissements exerçant une activité de MCO pourront bénéficier d'une dotation du FIR en fonction d'indicateurs de pertinence et d'efficacité des prescriptions de produits de santé. Cette incitation pourra servir à favoriser le recours aux médicaments biosimilaires pour les prescriptions hospitalières exécutées en ville. La liste des indicateurs et les modalités de calcul de la dotation seront fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Article 67 : Renforcement de l'encadrement de certains médicaments innovants

- Dans le cadre de la prévention des risques, certains médicaments innovants seront inclus dans le dispositif de haut niveau d'encadrement soumis à des règles de bonnes pratiques déjà fixées par décret des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

➤ Moduler et adapter les prestations aux besoins

Article 68 : Ajustement exceptionnel de la revalorisation de certaines prestations sociales pour 2019

- En 2019, les montants des prestations sociales et plafonds de ressources seront désindexés de l'augmentation des prix à la consommation pour être revalorisés de 0,3 % sauf : l'allocation de veuvage, l'allocation de solidarité

aux personnes âgées, l'allocation supplémentaire d'invalidité, le plafond de ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire, le revenu de solidarité active, l'allocation pour demandeur d'asile, l'allocation spéciale pour personnes âgées, l'allocation de solidarité aux personnes âgées et autres prestations applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon.

- Revalorisations exceptionnelles d'ici la fin du quinquennat, notamment : le minimum vieillesse augmentera de 100 € (30 € en avril dernier, 35 € en janvier 2019, et 35 € en janvier 2020) et l'allocation adulte handicapé augmentera de 90 € d'ici 2019.

Article 69 : Majoration du montant maximum du complément de mode de garde pour les familles au titre de l'enfant en situation de handicap

- Majoration du montant du complément de libre choix du mode de garde lorsque l'un des enfants de la famille ouvre droit à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

Article 70 : Effets de l'abaissement de l'instruction obligatoire à trois ans sur les prestations familiales

- L'âge obligatoire de scolarisation est avancé de 6 à 3 ans. Cela nécessite de :
 - Prolonger le droit au complément de libre choix de mode de garde à taux plein jusqu'à l'entrée effective à l'école des enfants
 - Pour l'allocation de rentrée scolaire, l'ouverture du droit à 6 ans n'est plus effective. Cette ouverture se fera selon la notion d'âge déterminé fixé par décret du Conseil d'État et le CMG structure pourra être versé en tiers payant.

Article 71 : Harmonisation des modalités d'indemnisation du congé maternité

- Les travailleuses indépendantes bénéficieront de 38 jours supplémentaires de durée de versement des indemnités journalières, portant cette dernière à 112 jours. Cette mesure sera appliquée par décret fin 2018.
- Les exploitantes agricoles n'auront plus à verser la CSG et la CRDS sur l'allocation de remplacement, dont l'attractivité sera renforcée. Dans le cas où l'allocation de remplacement ne pourrait être versée, les exploitantes agricoles bénéficieront d'une indemnité journalière forfaitaire.

Article 72 : protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles

- Lorsqu'un enfant est hospitalisé, versement de l'allocation de remplacement et de l'indemnité journalière pendant la période d'hospitalisation.

Article 73 : Amélioration du congé maternité des travailleuses indépendante

- Les travailleuses indépendantes peuvent reporter systématiquement les délais de paiement de leurs cotisations sociales pendant un congé maternité. Dès la déclaration de leurs grossesses, un document détaillant l'ensemble de ces droits leur est envoyé.
- Il leur sera possible de reporter des indemnités journalières non perçues dans la limite de 10 jours sur l'ensemble de la période de 112 jours autorisée.

Article 74 : Information des travailleuses indépendante à la suite d'une déclaration de grossesse

Article 75 : Reprise progressive du travail des travailleuses indépendantes

- Une expérimentation de trois ans permet aux travailleuses indépendantes de percevoir une indemnité journalière suite à un arrêt de travail dans les conditions suivantes :
 - Un jour par semaine durant les quatre premières semaines
 - Deux jours maximum les quatre semaines suivantes.

Article 76 : Convergence des règles en matière d'indemnités journalières des travailleurs indépendants vers le régime général

- Il n'est plus nécessaire pour les travailleurs indépendants d'être à jour de leurs cotisations annuelles pour pouvoir bénéficier des indemnités journalières maladie et maternité. Cette mesure prend effet le 1er janvier 2019.
- Les travailleurs indépendants bénéficiaires d'une pension invalidité bénéficieront automatiquement de la pension de vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail. Cette mesure prendra effet au 1er janvier 2020.

Article 77 : Amélioration du recouvrement de divers indus par les organismes de sécurité sociale

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-lois-de-financement-de-la-securite-sociale-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-lois-de-financement-de-la-securite-sociale-en-france.epub

- Dotations et objectifs de dépenses des branches et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 79 : Dotations 2018 de l'Assurance maladie

- Participation des régimes obligatoires au fonds pour la modernisation des établissements de santé (FMESPP) : 647 millions d'euros.
- Contribution de la Caisse nationale de solidarité à destination des ARS : 137 millions d'euros.
- Dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales : 155 millions d'euros.

Article 80 : Prise en charge par l'assurance maladie des frais engendrés par les expertises médicales

- Les frais engendrés par les expertises médicales dans le cadre de contentieux sont pris en charge par l'Assurance maladie.

Article 81 : Fixation des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2019 (+ 2,5 %)

- Objectifs de dépenses pour l'ensemble des régimes obligatoires : 218 milliards d'euros.
- Objectifs de dépenses pour le régime général de la sécurité sociale : 216,4 milliards d'euros.

Article 82 : Fixation à 200,3 milliards d'euros de l'ONDAM pour 2019 et sa ventilation (+ 2,5 %)

- Dépenses de soins de ville : 91,5 milliards d'euros.
- Dépenses relatives aux établissements de santé : 82,7 milliards d'euros.
- Contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées : 9,4 milliards d'euros.
- Contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées : 11,3 milliards d'euros.
- Dépenses relatives au fonds d'intervention régional : 3,5 milliards d'euros.
- Autres prises en charge : 1,9 milliard d'euros. Total : 200,3 milliards d'euros.
- Objectif national des dépenses d'assurances maladie : + 2,5 %.

Article 83 : Dotation 2019 de la branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP)

- Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) : 532 millions d'euros.
- Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FICA) : 260 millions d'euros.
- Transfert à l'assurance maladie au titre de la sous-déclaration : 1 milliard d'euros.

Article 84 : Report à 2022 de l'alignement des règles de tarification d'AT-MP à Mayotte sur le droit commun : les décrets relatifs à la prise en charge des accidents du travail et maladies professionnelles à Mayotte sont reportés au plus tard à janvier 2022.

Article 85 : Objectifs de dépenses de la branche AT-MP pour 2019

- Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladie professionnelles pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : 13,5 milliards d'euros (+ 200 millions d'euros).
- Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladie professionnelles pour le régime général de la sécurité sociale : 12,2 milliards d'euros.

Article 86 : Objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2019 (+ 1,9 %)

- Objectif de dépenses de la branche vieillesse pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : 241,2 milliards d'euros.
- Objectif de dépenses de la branche vieillesse pour le régime général de la sécurité sociale : 136,9 milliards d'euros.

Article 87 : Objectif de dépenses de la branche famille pour 2019 (50,3 milliards d'euros, soit + 600 millions d'euros)

Article 88 : Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)

- Contribution du fonds de solidarité vieillesse au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale : 18,4 milliards d'euros.

Loi de financement de la Sécurité sociale 2020

[Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020](#), JO n°0300 du 27 décembre 2019

[Décision n° 2019-795 DC du 20/12/2019](#)

Rectificatif

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000039810220>

Présenté en Conseil des ministres des ministres, le 9 octobre 2019, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 déclinée en 94 articles poursuit les objectifs de transformation et d'organisation du système de santé tel que préconisé par le plan gouvernemental « Ma Santé 2022 ». En ce sens, il veille à poursuivre les efforts engagés de maîtrise des comptes, tout en encourageant et valorisant le travail, en renforçant la justice sociale, en élargissant la protection sociale aux risques actuels et favorisant la pertinence des soins et l'accès aux soins au bénéfice des usagers.

Le 20 décembre 2019, le Conseil constitutionnel a jugé conforme à la Constitution, la quasi-totalité du texte. Il a validé la revalorisation différentielle de certaines prestations et pensions. Les retraites supérieures à 2 000 euros, comme les prestations familiales, ne seront revalorisées que de 0,3 % en 2020, bien en-deçà de l'inflation. Le Conseil constitutionnel reconnaît que cette mesure "modifie durablement les niveaux relatifs des prestations versées à chaque assuré, au profit des trois quarts des retraités (...) et au détriment du quart restant" et "affecte" ainsi "le caractère contributif des régimes d'assurance vieillesse". Mais pour autant, elle "ne crée pas de rupture caractérisée de l'égalité devant les charges publiques. "Mieux vaudrait ne pas trop se servir de cet instrument et de ce seuil à l'avenir, au risque d'être invalidé ». Les Sages ont par ailleurs donné leur feu vert à la non-compensation par l'État à la Sécurité sociale des mesures décidées l'an dernier durant la crise des "gilets jaunes" (taux réduit de CSG pour certains retraités, etc.) ainsi qu'au relèvement par amendement de l'Ondam, de 2,3 à 2,45 %. Ils ont en revanche censuré comme chaque année des "cavaliers sociaux", comme la dispense de certificat médical lors d'une inscription à une activité sportive pour les mineurs et l'obligation pour les assistantes maternelles de déclarer en ligne leurs disponibilités, leur identité et leurs coordonnées. Le législateur devra également revoir la mesure visant à neutraliser certains effets produits par la création d'un bonus-malus à l'Unédic pour 2021. Le calcul des allègements généraux de cotisations va être impacté par la modulation du taux de contribution à l'assurance chômage en fonction du nombre de contrats de travail à courte durée. Les dispositions glissées dans la LFSS afin de mieux articuler bonus-malus et allègements généraux, n'ont pas leur place dans le texte.

1 – Les dispositions relatives à l'année 2018

Article 1er : Approbation des tableaux d'équilibre, de l'Ondam et des éléments relatifs aux fonds de réserve pour les retraites, aux fonds de solidarité vieillesse et à la caisse d'amortissement de la dette sociale

- Ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : -300 millions d'euros, -1,4 milliard d'euros en comprenant le fonds de solidarité vieillesse (FSV) ;
- Régime général de sécurité sociale : 500 millions d'euros, -1,2 milliard d'euros avec le FSV ;
- Organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : -1,8 milliard d'euros ;
- Dépenses du champ de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (Ondam) : 195,2 milliards d'euros ;
- Dette amortie par la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) : 15,4 milliards d'euros.

Article 2 : Approbation du rapport sur les excédents ou déficits de l'exercice 2017 et le tableau patrimonial

2 - Dispositions relatives à l'exercice 2019

Article 3 : Affectations des recettes par l'État à la sécurité sociale pour l'année 2019

- Non-compensation par l'État des exonérations de charges sociales sur les mesures d'urgences économiques et sociales (MUES) adoptées fin 2018 en réponse à la crise des gilets jaunes ;
- Modification des affectations de recettes entre les branches du régime général et avec le FSV ;

- Modification de dispositions de l'article prévue afin de garantir un plancher de ressources propres destinées au financement des actions en matière de handicap.

Article 4 : Clause de sauvegarde médicaments

- Pour l'année 2020, le « taux M » d'évolution du chiffre d'affaires à partir duquel la contribution due par les entreprises du secteur se déclenche est égal à 1,01 au lieu de 1,005 (en 2019) ;
- La mesure vise à relever le taux de déclenchement de la clause de sauvegarde pour 2019 de 0,5 à 1 %. Cette mesure tient compte de la baisse du chiffre d'affaires du médicament en 2018 et des enjeux liés à l'innovation.

Article 5 : Rectification des tableaux d'équilibre 2019 ▪ Solde toutes branches de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : -3,3 milliards d'euros.

- Solde toutes branches de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, y compris le fonds de solidarité vieillesse : -5,5 milliards d'euros ;
- Solde toutes branches du régime général de sécurité sociale : -3,1 milliards d'euros ;
- Solde toutes branches du régime général de sécurité sociale, y compris le fonds de solidarité vieillesse : - 5,4 milliards d'euros ;
- Solde du fonds de solidarité vieillesse : - 2,3 milliards d'euros ;
- Objectif d'amortissement de la dette sociale par la Cades : 16 milliards d'euros.

Article 6 : Rectification de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) 2019 (200,4 milliards d'euros) et des sous-Ondam 2019

3 – Les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre de la sécurité sociale pour l'exercice 2020

- Dispositions relatives aux recettes, au recouvrement et à la trésorerie

Mesure en faveur du soutien à l'activité économique des actifs

Article 7 : Reconstitution du versement d'une prime exceptionnelle exonérée de contributions et de cotisations sociales

Article 8 : Ajustement du calcul des allègements

Censuré par le Conseil constitutionnel

Article 9 : Clarification des règles d'affiliation à la sécurité sociale de certains salariés du secteur agricole

- Dans le cadre de la simplification des démarches déclaratives de rémunération et de paiement des cotisations, un principe d'affiliation unique au régime agricole pour les salariés des filiales des coopératives est mis en place sous certaines conditions spécifiques.

Article 10 : Dispense de cotisations minimales pour les travailleurs indépendants exerçant une activité saisonnière

Article 11 : Inclusion du secteur de la presse dans le régime d'exonération renforcé propre à certaines collectivités d'outre

Article 12 : Extension des seuils d'exonération du régime d'exonération renforcé propre à certaines collectivités d'outre-mer

Article 13 : Non-assujettissement aux cotisations et contributions sociales des indemnités spécifiques de rupture conventionnelle dans la fonction publique

Article 14 : Exclusion du dédommagement du proche aidant d'un bénéficiaire de la prestation de compensation du handicap de l'assiette de l'impôt sur le revenu, de la CSG et de la CRDS

- Dans le cadre de la « solidarité proche aidant », le gouvernement prévoit une exemption du dédommagement perçu par un aidant familial dans le cadre de la prestation de compensation du handicap (PCH) de l'assiette de la CSG, de la CRDS et de l'impôt sur le revenu ;
- Cet article est applicable aux revenus perçus ou réalisés à compter du 1er janvier 2019.

Article 15 : Révision du champ d'application et du barème de la taxe sur les « prémix »

- Évolution de la taxation des « prémix » à base de vins : 3 € par décilitre d'alcool pur pour les prémix à base de vins et 11 € par décilitre d'alcool pur pour les autres boissons ;
- L'extension de l'assiette de la taxe prémix sera accompagnée d'une mise à jour des références aux règlements européens en lien.

Article 16 : Exclusion de l'assiette de la CSG d'une fraction des rémunérations perçues par les détenus exerçant une activité dans le cadre pénitentiaire

Article 17 : Exonération de la contribution sur les avantages de préretraite du dispositif de reconnaissance de la pénibilité et de cessation anticipée d'activité de la branche des ports et de la manutention portuaire

Simplifier et moderniser les relations avec les administrations

Article 18 : Unification du recouvrement dans la sphère sociale autour des Urssaf

Article 19 : Simplification des démarches déclaratives et des modalités de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants

Article 20 : Simplification et création d'un cadre de prise en compte contemporaine des aides en faveur des particuliers employeurs dans le cadre des services à la personne

Article 21 : Poursuite de la simplification de la déclaration et du recouvrement des cotisations

Article 22 : Mesures de lutte contre la fraude fiscale au détachement

Réguler le secteur des produits de santé

Article 23 : Clause de sauvegarde appliquée aux dispositifs médicaux

- Application d'un mécanisme de clause de sauvegarde aux dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus, en vue de sécuriser les dépenses, favoriser les négociations avec le Comité économique des produits de santé (CEPS), promouvoir le bon usage ;
- Déclenchement du mécanisme de clause de sauvegarde si le taux de progression des DM concerné dépasse 3 % en 2020 ;
- - Entrée en vigueur de la mesure prévue pour le 1er janvier 2020 ;
- Le montant total de contribution par les entreprises est égal au montant remboursé par l'assurance maladie minoré des remises et le montant Z. Le montant « Z » est égal au montant remboursé des DM de la liste en sus sur l'année 2019 multiplié par 1,03 ;
- La contribution ne peut excéder la part de 10 % du CAHT réalisé par les entreprises concernées et doit être reversée par celles-ci au plus tard le 1er juillet 2021 ;
- Les entreprises qui ne souscriront pas à la clause de sauvegarde ne pourront voir leurs DM remboursés sur la liste en sus ;
- Modalités de mise en place de la clause de sauvegarde :
 - Transmission directe des montants remboursés à l'Acoss par la Cnam pour le compte de l'Uncam ou l'Atih ;
 - Information par le Ceps à l'Acoss du montant des remises consenties lors des négociations de prix ;
 - La mesure approfondit le travail de définition de la notion d'exploitant.

Article 24 : Clause de sauvegarde appliquée aux médicaments

- Pour l'année 2020 le montant M au-delà duquel les entreprises du médicament sont assujetties à une contribution est égal à 1,005 fois le chiffre d'affaires hors taxes réalisé.

➤ Conditions générales de l'équilibre des comptes de la sécurité sociale

Article 25 : Transferts de recettes entre branches et organismes de sécurité sociale

- Organisation de la répartition de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) et de la taxe sur les salaires (TS) entre les branches tenant compte du :

- renforcement des allègements généraux élargis aux cotisations patronales de l'assurance chômage ;
 - transfert à la sécurité sociale du financement de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et de l'Agence nationale de santé publique (ANSP) ;
 - suppression de la taxe sur les huiles affectée au régime complémentaire de retraite des non salariés agricoles.
- Abrogation des dispositions relatives aux transferts de dette de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) vers la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) avec suppression de l'affectation de fractions de la contribution sociale généralisée (CSG) pour l'amortir ;
 - Instauration d'une compensation entre le régime spécial de retraite du personnel de la SNCF, la Cnav et l'Agirc-Arrco et de différentes mesures en application du nouveau pacte ferroviaire ;
 - Afin de pérenniser le dispositif jeune entreprise innovante (JEI), la mesure prévoit pour 2020 une détermination forfaitaire de la compensation de l'exonération prévue par la loi de finances pour 2004 ;
 - Finalisation de la réforme de transfert du régime social des indépendants (RSI) vers le régime général. Un décret précise les modalités d'application ;
 - Intensification de l'appui au financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) par un financement de 50 millions d'euros reconduit en 2020. Les modalités d'attribution de l'enveloppe seront précisées par décret.

Article 26 : Approbation du montant de la compensation des exonérations

- Approbation du montant de 5,1 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale.

Article 27 : Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories, et le tableau d'équilibre par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV (en milliards d'euros)

Article 28 : Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories, et le tableau d'équilibre par branche, du régime général et du FSV (en milliards d'euros)

Article 29 : Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du fonds de réserve des retraites (FRR) et du fonds de solidarité vieillesse (FSV)

- Objectif d'amortissement de la dette sociale par la Cades : 16,7 milliards d'euros.

Article 30 : Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes (en millions d'euros)

- Les taux de référence, le niveau de marge, les conditions de prise en compte de la réitération des avances ainsi que l'encours maximal des avances octroyées sont prévues par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Article 31 : Approbation du rapport sur l'évolution du financement de la sécurité sociale pour 2020-2023

4 – Dispositions relatives aux dépenses pour 2020

- Poursuivre la transformation du système de soins

Réformer le financement de notre système de soins

Article 32 : Visibilité pluriannuelle sur les ressources des établissements de santé

- En vue d'assurer la visibilité pluriannuelle des hôpitaux, création d'un protocole de coopération entre l'État et les hôpitaux, dans une logique de contractualisation ;
- Ce protocole sera intégré au sein d'un comité dont la pluri-annualité ne pourra excéder 3 ans. Les réunions de concertation sont déjà amorcées et le calendrier des actions sera précisé ultérieurement.

Article 33 : Réforme du financement des hôpitaux de proximité

- Mise en œuvre d'une garantie de financement pluriannuelle : le niveau de cette garantie est déterminé en tenant compte du volume d'activité et des recettes perçues antérieurement par l'établissement, des besoins de santé et

de la population du territoire tels que définis par le projet régional de santé et ses déclinaisons territoriales, ainsi que de la qualité de la prise en charge ;

- Création d'une dotation de responsabilité territoriale sur une base contractualisée des acteurs et des tutelles ;
- Prise en compte dans le financement des hôpitaux de leurs résultats en matière de qualité des prises en charge ;
- Afin d'améliorer la qualité organisationnelle et l'accès aux soins de ces territoires, une réflexion globale sur l'efficacité des financements actuels dans les établissements hospitaliers d'outre-mer, et dans la collectivité de Corse. Un rapport sur le financement des établissements hospitaliers en territoire d'outre-mer sera remis par le gouvernement au Parlement dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi.

Article 34 : Réforme du financement de la psychiatrie et évolution du modèle cible de financement des soins de suite et de réadaptation (SSR)

Dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie, il est prévu :

- o Un financement par dotation populationnelle et financements complémentaires incluant une dotation pour l'incitation financière à la qualité à l'hôpital. L'entrée en vigueur du nouveau modèle de financement est prévue au 1er Janvier 2021 et des mesures d'accompagnement de la mise en œuvre sont prévues ;
- o Un objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de psychiatrie est défini chaque année ;
- o Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférents aux frais d'hospitalisation et de prise en charge au titre des soins dispensés au cours de l'année
- o Le montant de cet objectif est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de l'Ondam ;
- o Un décret précisera le contenu de l'objectif de ces dépenses ;
- o La dotation populationnelle intègre la démographie, les caractéristiques et les besoins de la population, les caractéristiques de l'offre de soins hospitalière et extrahospitalière ainsi que le projet régional de santé, ses déclinaisons territoriales et les orientations des schémas interrégionaux. Ces orientations incluent l'offre médico-sociale ;
- o Les dotations complémentaires doivent prendre en compte les activités hospitalières et extrahospitalières et seront élaborées en fonction des critères fixés par arrêté ministériel.
- La rénovation de la réforme du financement des activités de SSR se fera sur la base d'un modèle de financement mixte intégrant la valorisation à l'activité et la forfaitisation. La date d'entrée en vigueur du modèle cible de financement des SSR est fixée au 1er janvier 2021.

Article 35 : Réforme du ticket modérateur à l'hôpital

- Le dispositif de tarification à l'activité prévoit la mise en place d'un dispositif transitoire permettant de calculer le ticket modérateur sur la base des tarifs nationaux de prestations issus des groupes homogènes de séjours (GHS) dans les établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif.
 - Arrêt du dispositif transitoire et pérennisation du calcul du ticket modérateur sur la base des tarifs journaliers de prestations ;
 - Introduction d'une nomenclature simplifiée et nationale des tarifs journaliers de prestations ;
 - Participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation proportionnelle aux bases de calculs établies ;
 - Ces dispositions sont aussi applicables aux activités des hôpitaux des armées ;
 - Une entrée en vigueur progressive de cette réforme est prévue à partir de 2021.

Article 36 : Réforme du financement des services d'urgence

- Dotation populationnelle dont le montant fixé par arrêté ministériel après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé. Cette dotation tient compte des besoins de la population et des caractéristiques de l'offre de soins. Elle fait l'objet d'une répartition régionale en fonction des critères définis au niveau de la région, critères pouvant faire l'objet d'un encadrement au niveau national ;
- Recettes additionnelles liées à l'activité, prenant en compte l'intensité de la prise en charge ;
- Dotation complémentaire allouée aux établissements remplissant des critères de qualité et d'organisation de la prise en charge. ▪ Suppression du financement de la part des activités d'urgence liées aux actes et consultations externes ;
- La prise en compte du service de santé des armées dans le calcul de la dotation populationnelle ;
- Les modalités d'application seront détaillées par un décret en Conseil d'État.

Article 37 : Rapport au Parlement sur le financement et l'évolution du financement des missions de recherche et d'innovation des établissements de santé

- Le Gouvernement se charge de remettre au Parlement un rapport sur le financement et l'évolution du financement des missions de recherche et d'innovation au sein des établissements publics de santé, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi.

Article 38 : Révision de la nomenclature des actes de ville Dans le cadre de l'inscription sur la liste des actes et prestations remboursables (LAP), sont prévus :

- o Une possibilité d'inscription provisoire pour les actes innovants dans les conditions fixées par décret
- o Une durée de révision de 3 ans renouvelable une fois .
- o L'inscription au remboursement est maintenue par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam)
- o La demande d'avis à la HAS pour l'inscription à la LAP, portant sur l'évaluation du service attendu (SA) ou médical rendu (SMR), est adressée par l'Uncam ou les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- o La mesure prévoit la possibilité, à la demande du collège, d'une préparation de l'avis de la HAS par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé.
- o L'avis doit être transmis dans un délai de 6 mois à partir du dépôt de la demande.
- o Les conseils nationaux professionnels dédiés et les associations d'usagers pourraient proposer à la HAS de s'autosaisir de l'évaluation du SMR de l'acte ou d'une prestation, selon les modalités définies par la HAS.
- En vue de faciliter la révision des actes, institution d'un Haut Conseil des nomenclatures :
 - o Composé d'un nombre égal de médecins libéraux, praticiens hospitaliers et de personnes qualifiées nommées par décret ▪ chargé de procéder à la description et à la hiérarchisation des actes et prestations, pour l'Uncam, dans un délai de 6 mois renouvelable .
 - o Propose à la Commission de hiérarchisation des actes professionnels (Chap) compétente pour les médecins, une méthodologie de description et de hiérarchisation des actes et prestations.
- Modification des missions de la Chap médecins :
 - o Validation de la proposition de méthodologie du Haut Conseil ;
 - o Émission d'avis sur les rapports de description et de hiérarchisation des actes.
- Concernant les autres Chap, auto-détermination de leurs règles de hiérarchisation des actes.
- Entrée en vigueur prévue dès le 1er avril 2020. Un décret en conseil d'État est prévu pour préciser les modalités d'application et l'organisation des travaux du Haut Conseil des nomenclatures.

Article 39 : Réforme de la prise en charge des dispositifs médicaux

- Mise en place d'un processus de référencement sélectif s'inspirant des mesures de mise en concurrence des offres :
 - o La mise en œuvre de la procédure de référencement peut déroger aux dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux négociations conventionnelles avec le CEPS ;
 - o le référencement est valable pour une période maximale de 2 ans, prorogeable d'un an le cas échéant sous certaines conditions ;
 - o La mise en œuvre de la procédure de référencement peut engager les exploitants ou distributeurs à fournir des quantités minimales de produits et prestations sur le marché français, et à garantir une couverture suffisante du territoire pendant la durée de référencement ;
 - o En cas de non-respect des engagements, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pourront déroger à la procédure de référencement ou relancer une nouvelle procédure ;
 - o Le gouvernement peut supprimer le référencement du produit ou mettre à la charge des exploitants et distributeurs les surcoûts éventuels liés à un défaut d'approvisionnement ou à une mauvaise couverture du territoire. En cas de méconnaissance de ces obligations, ils s'exposeront à une pénalité financière.
- Possibilité de prise en charge des dispositifs médicaux déjà réutilisés ou restaurés (dont les fauteuils roulants), afin de limiter le gaspillage :
- Obligation d'effectuer pour tout exploitant ou fournisseur de distributeur une déclaration de prix au CEPS, par année civile et par produit ou prestation. Le cas échéant, le CEPS pourra fixer aux entreprises une pénalité financière annuelle dont le montant ne pourra excéder les 5 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé.
- L'obligation faite au distributeur de dispositifs médicaux de mentionner au patient concerné l'existence d'un dispositif médical remis en bon état d'usage porte sur le même dispositif médical que celui prescrit.
- L'ensemble des dispositions de l'article 28 seront précisées par décret en Conseil d'État.

Article 40 : Accès précoce aux dispositifs médicaux

- Dans le cadre de la demande d'inscription sur la liste des produits et prestations remboursables par la sécurité sociale (LPPR), possibilité de prise en charge transitoire par l'assurance maladie des dispositifs médicaux disposant d'un marquage CE.
- Ouverture du bénéfice à la prise en charge transitoire pendant une période de douze mois, le cas échéant renouvelable, avant le dépôt d'une demande d'inscription sur la LPPR.
- La prise en charge transitoire implique l'engagement de l'industriel.
- Modification de la procédure de fixation de prix des dispositifs médicaux : possibilité de proposition de prix par l'industriel au gouvernement. En cas de refus par l'industriel de la contreproposition faite par le gouvernement, la demande de prise en charge transitoire est abandonnée.

Article 41 : Rapport au Parlement sur la prise en charge des dispositifs médicaux

- Transmission par le Gouvernement au Parlement d'un rapport sur le montant consolidé de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie résultant du remboursement des dispositifs médicaux, ventilé selon les différentes modalités de remboursement, dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi.

Article 42 : Prise en charge de médicaments faisant l'objet d'importation ou distribution parallèle, médicaments financés via les tarifs hospitaliers, médicaments de nutrition parentérale et modernisation du système de prise en charge

- Une spécialité faisant l'objet d'une distribution parallèle est définie comme :
 - une spécialité ayant une AMM communautaire.
- Une spécialité importée d'un autre État membre par un établissement pharmaceutique qui n'est pas détenteur de ladite AMM.
- Les spécialités faisant l'objet d'une distribution parallèle sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cette liste précise les indications thérapeutiques ouvrant le droit à un remboursement.
- Les entreprises assurant la distribution parallèle de spécialités pharmaceutiques doivent s'acquitter d'une contribution dont le montant dépend du chiffre d'affaires hors taxe réalisé en France.
- Les conditions de détermination de cette contribution sont les mêmes que celles appliquées aux grossistes-répartiteurs et exploitant d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques.
- Les obligations des entreprises assurant la distribution parallèle sont fixées par décret en Conseil d'État.
- Pour les médicaments à humain disposant d'une AMM délivrée par l'ANSM ou l'EMA, les médicaments homéopathiques, les médicaments à base de plantes, les spécialités commercialisées par des distributeurs parallèle et certains produits utilisés dans le cadre de prestations hospitalières dont la liste est fixée par décret :
 - Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut en fixer le prix maximal en cas de risque de dépense injustifiée ou ont un caractère particulièrement coûteux pour les établissements ;
 - Les critères utilisés par le CEPS pour ce type de négociation sont ceux inscrits dans l'accord-cadre ;
 - Ce prix est fixé après consultation des entreprises ;
 - Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application de ces dispositions.
- Précision des modalités d'achats de certains médicaments hospitaliers et des modalités de prise en charge des préparations de nutrition parentérale :
 - Définition des préparations magistrales et hospitalières concernées respectivement comme des mélanges individualisés ou standardisés de nutrition parentérale indiqués aux enfants ou aux adultes ;
 - Le prix de cession des préparations magistrales et des préparations hospitalières pour la nutrition parentérale à domicile peut être différent selon les catégories de préparations. Il est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;
 - Possibilité de fixation par arrêté ministériel d'un prix maximal de vente aux établissements de santé en cas de risque de dépenses injustifiées, ou dans le cas des produits de santé onéreux. Les critères utilisés par le CEPS dans ses négociations avec les industriels serviront de base à la détermination du prix plafond ;
 - Un décret en conseil d'État déterminera les modalités d'application ;
 - Afin d'éviter un double financement, la mesure prévoit la suppression de la mission d'intérêt général de nutrition parentérale à domicile, dès l'entrée en vigueur de ces nouvelles modalités.
- Assouplissement des règles de substitution pour les médicaments à marge thérapeutique étroite : possibilité de délivrance d'un médicament princeps y compris en l'absence de la mention « non substituable ». Les conditions d'application seront précisées par décret.
- Modification de la mesure du PLFSS 2019 qui prévoyait qu'en cas de refus par le patient de substitution non médicalement justifiée sur l'ordonnance, le patient serait remboursé sur la base du prix du générique et non du

princeps : cette limitation de la base de remboursement ne s'applique que deux ans après la commercialisation du premier générique. Cette mesure entrera en vigueur au plus tard le 1er janvier 2022.

- Mise à disposition d'un site internet unique « Bulletin officiel des produits de santé : BOPS », regroupant l'ensemble des informations relatives au remboursement et à la prise en charge des produits de santé par l'assurance maladie.

Censuré par le Conseil constitutionnel

- Clarification des conditions de délivrance des médicaments biosimilaires :
 - o Suppression de la possibilité de substitution des biosimilaires en officine ;
 - o Création d'un groupe de travail visant à déterminer les conditions de l'interchangeabilité de ces médicaments ▪ possibilité pour les industriels de déposer un dossier de demande d'autorisation de mise sur le marché (AMM) d'un biosimilaire avant expiration du brevet du médicament de référence.
- Obligation pour les laboratoires pharmaceutiques de rendre publics les investissements de recherche et développement.
- Censuré par le Conseil constitutionnel

Article 43 : Expérimentation de l'usage médical du cannabis

- À titre expérimental et pour une durée de 2 ans, l'État peut autoriser l'usage médical du cannabis. Les conditions de mise en œuvre sont définies par voie réglementaire.
- Un rapport portant sur l'usage médical du cannabis pour les malades, leur suivi, l'organisation du circuit de prescription et de dispensation, ainsi que sur les dépenses engagées, sera adressé par le Gouvernement au Parlement dans un délai de six mois avant le terme de l'expérimentation.

Article 44 : Soutenabilité financière du dispositif d'autorisation temporaire d'utilisation (ATU)

- S'applique aux demandes d'ATU déposées avant le 1er mars 2020.
- Rectification de l'encadrement du dispositif d'ATU nominative :
 - o Ne peut être attribuée que lorsque le produit est susceptible de présenter pour un patient une efficacité cliniquement pertinente et un effet important ;
 - o Arrêt de 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 avec les thérapeutiques disponibles ▪ arrêt de la fixation libre par l'industriel du prix d'une ATU nominative, au profit d'une compensation déterminée par le gouvernement.
- o Nouvelles conditions, indispensables en vue de la recevabilité du dossier d'ATU :
 - o Le nombre d'ATU nominatives pour le même médicament ne dépasse pas un seuil fixé par arrêté ministériel ;
 - o Le médicament faisant l'objet de l'ATU ne dispose pas d'une première AMM ;
 - o Le médicament ne dispose pas d'une ATU de cohorte.
- Disposition de communication au laboratoire par le ministre chargé de la sécurité sociale du montant prévisionnel auquel l'assurance maladie pourrait prendre en charge l'indication à la sortie du dispositif d'ATU.
- Possibilité pour le Comité économique des produits de santé (CEPS) de négocier un calendrier de versement des remises (au titre de l'accès précoce) sur une période supérieure à un an.

Article 45 : Transfert 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) vers l'Ondam

Améliorer l'accès aux soins

Article 46 : Refonte des dispositifs de complémentaire santé solidaire

- Mise en place des dispositifs de contrats de sortie pour les assurés affiliés aux dispositifs de complémentaire santé solidaire.
- Ces contrats seront proposés aux assurés dès la première année de leur sortie de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et de l'aide à la complémentaire santé (ACS).
- Application de la réforme 100 % Santé aux contrats de sortie souscrits à compter du 1er janvier 2020.
- Participation financière de l'assuré au titre de la complémentaire santé solidaire sous forme d'un montant forfaitaire.
- Possibilité d'ouvrir le droit à la complémentaire santé solidaire en cours de mois pour les personnes en situation d'urgence médico-sociale et ayant fait une demande simultanée de droits de base et complémentaires.

- Mise en place d'une démarche active d'information auprès des bénéficiaires de l'allocation adultes handicapés (AAH) et les bénéficiaires de l'allocation invalidité sur leur éligibilité potentielle au dispositif de complémentaire santé solidaire.
- Accompagnement des publics bénéficiaires de l'AAH et bénéficiaires de l'allocation invalidité par les caisses d'assurance maladie pour leurs démarches d'ouverture de droit ou de renouvellement du droit à la complémentaire santé solidaire.

Article 47 : Prise en charge intégrale des frais liés à la contraception pour l'ensemble des mineures

- Gratuité des contraceptifs remboursables et des frais relatifs aux actes et consultations liés pour l'ensemble des assurées mineures (inclus de moins de 15 ans).

Article 48 : Renforcement du dispositif en matière de prévention et de lutte contre les ruptures de stocks de médicaments

- Obligation pour les industriels de constituer jusqu'à 4 mois de stock pour tous les médicaments. Le stock de sécurité que doivent constituer les laboratoires doit être situé sur le territoire européen.
- Afin d'optimiser le dispositif de lutte contre les ruptures, la mesure prévoit une possibilité de fixation par l'ANSM des délais de stock en fonction du type de produits concernés.
- En cas de rupture, obligation d'importation à la charge de l'entreprise défaillante, pour l'ensemble des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM).
- Les conditions d'application sont définies par décret en Conseil d'État
- Des sanctions financières seront appliquées en cas de manquements :
 - o L'entreprise pharmaceutique exploitante défaillante au regard de ses obligations verse au bénéfice de l'assurance maladie la différence entre les montants remboursés par l'assurance maladie au titre de la prise en charge de l'alternative et ceux qui auraient résulté de la prise en charge au titre du médicament initial pendant la période de rupture ;
 - o Possibilité d'assortir la sanction financière d'une astreinte journalière pour chaque jour de rupture d'approvisionnement constaté, qui ne peut être supérieure à 30 % du chiffre d'affaires journalier moyen réalisé par l'entreprise.
- Ces dispositions ne sont pas applicables à la pharmacie centrale des armées.

Article 49 : Réalisation d'un bilan de santé obligatoire pour les entrées dans l'aide sociale à l'enfance

- Dans le cadre du renforcement des dispositions du code de l'action sociale et des familles, l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance sera assortie d'une réalisation obligatoire d'un bilan de santé et de prévention pris en charge par l'assurance maladie.
- Ce bilan est réalisé, dès le début de la mesure, pour tous les mineurs accompagnés par l'aide sociale à l'enfance ou par la protection judiciaire de la jeunesse.

Article 50 : Mise en place d'un protocole de coopération nationale pour améliorer la protection maternelle et infantile

- Dans le cadre de l'amélioration des bilans de santé chez les enfants de 3 et 4 ans, mise en place d'un protocole national de coopération entre les médecins et les infirmiers puériculteurs des services départementaux de protection maternelle infantile (PMI).
- Le protocole sera rédigé par les professionnels concernés et soumis à la HAS. Il devra inclure : les populations à inclure (cas les plus simples), les actes délégués, l'arbre décisionnel à suivre, les formations éventuelles nécessaires.

Article 51 : Amélioration de l'installation des jeunes médecins

- Mise en place d'un contrat unique ouvert à l'ensemble des médecins s'installant dans une zone sous-dense
 - o Ce contrat regroupe les quatre contrats incitatifs existants : praticien territorial de médecine générale (PTMG), praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA), praticien territorial médical de remplacement (PTMR) et enfin praticien isolé à activité saisonnière (PIAS) ;
 - o Ce contrat est assorti d'une obligation d'inscription dans un dispositif d'exercice coordonné ;
 - o Une révision du contrat est prévue par voie réglementaire et l'entrée en vigueur est prévue dès le 1er janvier 2020.
- Cette nouvelle aide permet la prise en charge de la totalité des cotisations sociales dues par un médecin libéral sous conditions d'absence de dépassement d'honoraire et d'installation en zones sous-denses dans les trois années suivant l'obtention de son diplôme.

- Afin d'encourager l'installation définitive en zone sous-dense, le contrat de début d'exercice de l'activité médicale prévoyant une exonération des cotisations des médecins ne peut être renouvelé.
- Dans l'hypothèse où le médecin installé dans un territoire sous-dense cesserait son activité dans ce territoire, sans pour autant s'installer dans un autre territoire sous-dense, le bénéfice de l'aide serait suspendu à compter du premier jour du mois suivant la fin de l'exercice.
- Les agences régionales de santé seront consultées en amont de la délimitation du périmètre des zones sous-denses par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- Possibilité de choix pour les médecins entre la cotisation forfaitaire ou une cotisation proportionnelle à l'assiette de revenus.
- Possibilité de verser une cotisation complémentaire en cas de dépassement de seuil, pour les médecins remplaçants relevant du dispositif des cotisations et contributions sociales.

Article 52 : Amélioration de l'accès aux soins pour les femmes enceintes les plus éloignées des maternités

- Création d'un dispositif spécifique d'accompagnement pour les femmes enceintes résidant à plus de 45 minutes d'une maternité.

Article 53 : Aménagement de l'expérimentation nationale sur la prise en charge du congé maternité des travailleuses indépendantes

- Dans le cadre de l'amélioration des conditions de l'expérimentation prévue par la LFSS pour 2019, assouplissement de la date de début de la reprise partielle d'activité et sa durée, afin que les travailleuses indépendantes puissent dans toutes les situations bénéficier de cette expérimentation dans les meilleures conditions.
- La date maximale de report des indemnités journalières maternité serait fixée à dix semaines, pour permettre de poursuivre une reprise à temps partiel de l'activité à la suite du congé maternité. L'entrée en application est prévue à compter du 1er juillet 2020.
- Dans le cadre de l'évaluation de l'expérimentation proposée, un questionnaire pourrait être mis dans le cahier des charges de l'expérimentation.

Article 54 : Financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) des établissements à l'étranger accueillant des adultes handicapés français

- Financement par la CNSA des établissements belges accueillant les personnes en situation de handicap venant de France, en vue d'encadrer, améliorer et sécuriser la prise en charge.
- Un rapport d'évaluation sera remis par le Gouvernement au Parlement, avant le 31 décembre 2021, portant sur l'état de la prise en charge des enfants et des adultes handicapés français placés dans les établissements à l'étranger et les financements alloués par la CNSA.

Article 55 : Critères d'appréciation de l'activité d'un établissement social ou médico-social

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

Article 56 : Expérimentation d'un forfait santé pour les personnes en situation de handicap

- À compter du 1er juillet 2020 et pour une durée de deux ans, l'État peut autoriser, à titre expérimental, dans les régions déterminées par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et des personnes handicapées, la mise en place d'un forfait santé au sein de la dotation financée par l'assurance maladie pour les établissements d'accompagnement médico-sociaux ou accueillant des personnes en situation de handicap.
- Ce forfait couvre les dépenses afférentes à la coordination de la prévention et des soins, aux soins d'hygiène et de confort permettant de préserver l'autonomie, aux soins et actes de réadaptation et d'accompagnement à l'autonomie.
- Un décret en Conseil d'État précise le périmètre du forfait, les modalités de financement et de mise en œuvre, ainsi que les conditions d'accès à l'expérimentation. ▀ Un rapport d'évaluation sera transmis par le Gouvernement au Parlement.

Article 57 : Recentralisation de la lutte contre la tuberculose

- Recentralisation des leviers organisationnels et financiers de lutte contre la tuberculose aux ARS.

Article 58 : Modalités de prise en charge des vaccins administrés par les centres de vaccination anti-marijuana

- En vue de renforcer la couverture la couverture vaccinale, à l'occasion de la vaccination du voyageur par les professionnels de santé des centres de vaccinations internationales, possibilité de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, pour la part obligatoire, des vaccins remboursables du calendrier vaccinal lorsqu'ils sont administrés dans ces centres.

Renforcer la qualité, la pertinence et l'efficacité des soins

Article 59 : Mise en place d'un forfait pour un parcours global post traitement aigu du cancer

- Mise en place d'un forfait d'accompagnement pour les personnes touchées par un cancer, sous réserve d'une évaluation préalable des besoins. L'évaluation des besoins sera réalisée par l'Institut national du cancer (INCa) à partir de fin 2019.
- La mise en place du forfait se fera sur la base d'un cahier des charges par les acteurs sélectionnés par les ARS.
- L'agence régionale de santé élaborera le parcours de soins global en concertation avec tous les acteurs concernés, dont l'INCa, mais également avec les établissements et professionnels de santé, ainsi que les associations. ▀ Un dispositif spécifique est proposé pour les cancers pédiatriques.
- Les modalités d'application seront déterminées par décret. ▀ Un rapport d'évaluation sera transmis par le Gouvernement au Parlement, au plus tard deux ans après la promulgation de la présente loi.
- Le financement prévu par le fonds d'intervention régional est d'environ 10 M€ la première année.

Article 60 : Expérimentation du financement d'un accompagnement psychologique des patients atteints de sclérose en plaques

- L'État peut autoriser, pour une durée de trois ans et à titre expérimental, le financement d'un accompagnement psychologique dédié à des patients atteints de sclérose en plaques :
 - o Ces consultations seront réalisées par des psychologues dédiés ;
 - o Un arrêté précise la liste des territoires retenus pour les expérimentations ;
 - o Un décret précise les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de ces expérimentations ;
 - o Un rapport d'évaluation sera réalisé par le Gouvernement au terme de l'expérimentation et transmis au Parlement.
- L'État peut autoriser à titre expérimental et pour une durée de trois ans le financement par le fonds d'intervention régional, de la mise en place, par certaines ARS, d'un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les personnes bénéficiant d'un traitement contre un diabète de type 2 ou une hypertension artérielle. Un décret fixe les modalités d'application.

Article 61 : Simplification des certificats médicaux de non-contre-indication au sport

Censuré par le Conseil d'État

Article 62 : Caractère obligatoire de l'entretien prénatal précoce

- L'entretien prénatal précoce obligatoire 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.
- L'entrée en vigueur est prévue le 1er mai 2020.

Article 63 : Autorisation de délivrance de substituts nicotiques par certains professionnels de santé

Censuré par le Conseil d'État

Article 64 : Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) et adaptation du dispositif

- Recentrage du CAQES autour d'un nombre limité de priorités axées sur la pertinence, en renforçant le dispositif d'intéressement des établissements aux économies réalisées pour l'assurance maladie et en les ciblant sur les établissements à plus forts enjeux.
- Renforcement des leviers des ARS : elles pourront fixer des volumes cibles attendus pour certains des actes, prestations et prescriptions concernées dans les établissements identifiés.
- En cas de persistance des écarts avec les volumes cibles, à l'issue des deux ans, l'ARS pourra appliquer un abattement sur les tarifs nationaux, dans la limite de 50 % en deçà de ces tarifs.
- Les spécificités des besoins de la population des territoires concernés seront prises en compte par l'ARS.
- Un décret précise les modalités d'application du dispositif et les critères utilisés par les ARS.

Article 65 : Pertinence des prescriptions de médicaments

- Prise en charge des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans les pharmacies d'officine :
 - o La liste des tests est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale
 - o Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent arrêter le prix de cession maximal auquel peuvent être vendus les TROD.
- Possibilité d'appliquer une pénalité financière à l'encontre des laboratoires exploitant certains médicaments dont le conditionnement n'est pas adapté.
- Incitation des établissements de santé à l'achat de médicaments efficaces tels que les médicaments biosimilaires en vue de favoriser le recours aux médicaments efficaces en intra-hospitaliers.
- Élargissement, à tout produit de santé remboursable et à tout moment, de la possibilité de mise en œuvre d'une demande d'accord préalable à la prise en charge d'un produit de santé par l'assurance maladie. Possibilité de déroger à l'obligation d'homologation de certains formulaires de demandes d'accord préalable (DAP). Une révision des conditions de mises en œuvre de DAP est prévue.
- Suppression de la condition imposant que « le professionnel de santé doit juger indispensable le recours à l'alternative thérapeutique disposant d'une RTU ».
- Pénalité financière graduée et dissuasive à l'encontre des professionnels de santé, en vue de limiter l'hyperprescription.
- Les modalités d'application du présent article sont définies par un décret en Conseil d'État.
- Pour favoriser le développement des nouvelles missions du pharmacien en officine, modification du support de leur rémunération pour permettre un paiement plus rapide. Ces missions pourront être payées sous forme de rémunération forfaitaire et feront l'objet d'un encadrement.

Article 66 : Mesures diverses pour le secteur des transports de patients et extension des dérogations prévues à l'article 51 de la LFSS 2018

- Renforcement des moyens d'organisation du secteur des transports de patients :
 - o Le transport partagé de patients est envisageable dès lors que le médecin prescrit un transport de malade ;
 - o La mise en service des ambulances de secours et de soins d'urgence (ASSU) est possible sans limite de quotas.
- Poursuite des projets expérimentaux en matière de garde ambulancière.
- Possibilité d'expérimenter et de financer via le dispositif article 51 la participation de dentistes libéraux aux centres régulant les appels d'urgence médicale (SAMU-Centres 15).
- **Autorisation de l'organisation de la dispensation des médicaments et produits pharmaceutiques par le pharmacien à partir d'une officine d'une commune limitrophe ou la plus proche.**
- Censuré par le Conseil d'État

Article 67 : Élargissement du cadre de la pratique de la biologie délocalisée

- Élargissement du cadre de la pratique de la biologie délocalisée (le cas échéant, en ville) pour limiter le recours aux urgences pour des besoins d'examen de biologie de « routine » et favoriser des alternatives aux passages aux urgences telles que l'accès à des examens de biologie dans le cadre d'explorations non programmées ;
- Fixation par arrêté des conditions de réalisation de la biologie médicale délocalisée pour les phases pré-analytique et analytique.

- Promouvoir la justice sociale

Protéger les Français contre les nouveaux risques**Article 68 : Indemnisation du congé de proche aidant**

- Indemnisation du congé de proche aidant sous forme d'allocation journalière pendant 3 mois ouvrés, sur l'ensemble de la carrière du proche aidant. La date d'entrée en vigueur sera fixée par décret d'ici au 1er octobre 2020.
- Suppression de la condition d'ancienneté pré-requis pour bénéficier du congé proche aidant, aujourd'hui fixée à un an.
- Un rapport d'évaluation du recours à cette allocation sera remis au parlement au plus le 1er janvier 2022 : ce rapport étudie le nombre de bénéficiaires concernés, le nombre de jours consommés ainsi que les éventuelles modifications, en termes de durée, montant ou conditions d'attribution des allocations :

- ce rapport dresse un état des lieux et établit des recommandations concernant la situation des jeunes aidants en prenant en compte l'ensemble des répercussions dans leur vie quotidienne en matière d'emploi ou d'études, ainsi que sur leur vie sociale et leur état de santé ;
- ce rapport évalue la pertinence d'une extension du droit au congé dans les jours suivant immédiatement le décès de la personne aidée.

Article 69 : Assouplissement des conditions de recours au congé de présence parentale

- Les montants du congé aidant peuvent être modulés selon des modalités fixées par décret.
- En de prise de congé par le parent aidant, la demande devra être adressée à l'employeur au moins 48 heures à l'avance, excepté en cas de :
 - Dégradation soudaine de l'état de santé de l'enfant ;
 - Ou en cas de situation de crise nécessitant une prise sans délai.
- Le congé de présence parentale peut être fractionné ou pris sous la forme d'un temps partiel.
- L'entrée en vigueur de la mesure est prévue par décret au plus tard le 30 septembre 2020.

Article 70 : Création d'un fonds d'indemnisation des victimes de produits pesticides

- Création d'un dispositif d'indemnisation des victimes de produits pesticides, centralisant l'indemnisation des victimes professionnelles (régime général, agricole).
- Le fonds garantira en parallèle l'indemnisation des enfants exposés durant la période prénatale dans un environnement professionnel. La mesure instaure un délai transitoire de 12 mois pour les demandes présentées au fonds en 2020.
- Le financement du fonds reposera à la fois sur les cotisations accidents du travail, maladies professionnelles du régime général et des régimes agricoles et sur l'affectation des ressources fiscales assises sur les ventes de produits phytopharmaceutiques.
- Possibilité pour les victimes couvertes de saisir la juridiction en vue d'obtenir une réparation complémentaire intégrale auprès du responsable présumé.

Article 71 : Modernisation des structures de réadaptation des accidentés de la route (élargissement du FMESPP au secteur médico-social)

- Financement par le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), à compter de 2020, des dépenses d'investissement des établissements médico-sociaux, dans la limite des crédits alloués au fonds dans le cadre de l'engagement du Comité interministériel de la sécurité routière (CISR).

Lutter contre la reproduction des inégalités sociales territoriales

Article 72 : Création du service public de versement des pensions alimentaires

- Extension progressive des missions de l'Agence de recouvrement des impayés des pensions alimentaires (ARIPA), lui permettant de collecter les pensions alimentaires auprès du patient débiteur pour les reverser au patient créancier.
- Possibilité d'effectuer le recouvrement directement sur les prestations gérées par la CAF et la MSA.

Article 73 : Amélioration de l'information sur l'accès aux modes d'accueil des jeunes enfants

- Transmission par les gestionnaires des établissements d'accueil de jeunes enfants (EAJE) des disponibilités d'accueil à un rythme hebdomadaire. Ces données seront transmises aux CAF.
- Transmission par les assistants maternels des places disponibles pour l'année sur le site dédié. Le manquement de cette obligation de déclaration par les assistants maternels, ne peut constituer un motif de suspension de l'agrément ou le seul motif de son retrait.
- Compte tenu du rôle central qui sera dans ce dispositif confié au site www.mon-enfant.fr, la seule caisse nationale des allocations familiales est mentionnée comme destinataire de ces informations.
- En vue de clarifier l'objectif de la mesure, il est confié à la caisse nationale d'allocations familiales la création du service unique d'information des familles sur la disponibilité des places en accueil individuel ou collectif pour les jeunes enfants.
- Un travail d'accompagnement et de sensibilisation des professionnels de la petite enfance à la pratique de l'accueil occasionnel est prévu.
- Censuré par le Conseil constitutionnel

Article 74 : Extension du complément de libre choix du mode de garde aux titulaires d'un contrat de service civique

- En vue de promouvoir l'équité vis-à-vis des jeunes engagés dans un service civique et la reconnaissance de cet engagement social, la mesure prévoit un élargissement au droit au complément mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant (CMG) aux bénéficiaires d'un contrat de service civique, en complétant les situations de dérogations à l'exigence d'une activité professionnelle prévue par la législation du CMG.

Article 75 : Mesure de convergence des prestations familiales à Mayotte

- Extension à compter de la rentrée scolaire 2020, d'une allocation de rentrée scolaire réduite, pour les ménages dépassant légèrement le seuil de bénéfice de cette prestation. Le versement de l'allocation se fera au plus tard le 31 décembre 2020 ;
- Extension du bénéfice de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) aux enfants avec un taux d'incapacité entre 50 et 79 %. La date d'application sera fixée par décret, au plus tard le 1er décembre 2020.

Article 76 : Élargissement des possibilités de créer des caisses communes de sécurité sociale

- Suppression dans le code de la sécurité sociale de la référence départementale permettant la création des caisses communes de sécurité sociale sous l'initiative des conseils. Le caractère d'expérimentation de 5 ans préalable à toute pérennisation est aussi supprimé.

Article 77 : Mise en place d'un programme de contrôle et de lutte contre la fraude dans les organismes de sécurité sociale

- Les organismes nationaux des différents régimes conçoivent et mettent en place un programme de lutte contre la fraude adossé au plan de contrôle interne de ces organismes.

Article 78 : Facilitation du recours aux échanges d'informations entre administrations de l'État et organismes de sécurité sociale, en vue de lutter contre la fraude aux prestations sociales

Article 79 : Inclusion des agences régionales de santé parmi les administrations et organismes habilités à s'échanger des informations de lutte anti-fraude

Article 80 : Rapport au Parlement sur les modalités de gestion et d'utilisation du répertoire national commun de la protection sociale

- Dans un délai de neuf mois à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les modalités de gestion et d'utilisation du répertoire national commun de la protection sociale.

Prendre en compte les parcours, les situations et les transitions

Article 81 : Revalorisation des prestations sociales

- Réindexation sur l'inflation des pensions de retraite et d'invalidité des assurés lorsque le montant total des pensions se situe autour d'un seuil fixé à 2 000 € brut.
- Revalorisation des minimas sociaux (revenu de solidarité active, allocation de veuvage, allocation supplémentaire d'invalidité, revenu de solidarité outre-mer et allocation de solidarité spécifique) au niveau de l'inflation. Les autres prestations sociales incluant les régimes spéciaux seront revalorisées de 0,3 % au titre de l'année 2020.
- Revalorisation exceptionnelle de la minimum vieillesse à 903,20 € au 1er janvier 2020, conformément aux engagements du Président de la République en faveur des retraités les plus modestes.
- Maintien des compétences de la caisse nationale des barreaux français (CNBF) en matière de revalorisation des pensions.
- Mise en place de la revalorisation différenciée des prestations sociales pour les pensions servies par le régime de retraite de base des avocats, par l'assemblée générale de la CNBF.

Article 82 : Simplification de la transition vers la retraite des bénéficiaires des minimas sociaux (AAH et RSA)

- Substitution de la retraite à l'allocation adulte handicapé (AAH) à l'âge légal (62 ans) pour les salariés du régime général, les salariés agricoles, les travailleurs indépendants et les non-salariés agricoles.
- Report de l'âge auquel la condition de subsidiarité du RSA par rapport à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) doit être remplie (65 ans).

Article 83 : Suppression du dispositif de rachat de rentes d'accident du travail (AT) ou de maladie professionnelle (MP) et simplification de la notification du taux AT/MP des employeurs

- Suppression du dispositif aux victimes d'un AT/MP de recourir à la capitalisation partielle de leur rente en vue de sécuriser l'indemnisation au long cours des assurés et de simplifier la gestion.
- Une mesure de systématisation de notification dématérialisée de l'ensemble des taux AT/MP est prévue, avec une entrée en vigueur progressive selon la taille des entreprises. L'entrée en vigueur de ces mesures est prévue au 1er janvier 2020 pour les entreprises dont l'effectif est supérieur ou égal à 150 salariés, 2022 pour les petites entreprises.
- Les modalités respectives des taux de cotisations reposant déjà sur une logique de prise en compte progressive du risque individuel (conformément à la loi PACTE), la règle spécifique applicable à la tarification des AT-MP relevant du régime général de la sécurité sociale et régime agricole est confirmée.
- En cas de non-respect de ces obligations la mesure introduit une pénalité financière proportionnelle à l'effectif de l'entreprise. Les contestations relatives à cette pénalité relèvent de la Cour d'appel d'Amiens. Dès lors que ce contentieux porte sur la décision notifiée par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), il fait l'objet d'un recours administratif préalable obligatoire.

Article 84 : Rénovation des politiques d'indemnisation de l'incapacité de travail longue durée

- Clarification des conditions médicales d'ouverture de droit à la pension d'invalidité afin d'assurer une meilleure égalité de traitement entre assurés en matière d'appréciation de la mise en invalidité par les médecins conseils
- Encouragement de la reprise d'activité pour les personnes invalides en assouplissant les règles de cumul entre pension d'invalidité et revenu d'activité.
- Afin de lutter contre la stigmatisation, une réforme globale du dispositif d'invalidité est prévue. Ces mesures feront l'objet d'une expérimentation de six mois dans deux organismes de service médical de la Cnam, de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA).
- Modification du mode de calcul des pensions d'invalidité des salariés non agricoles : augmentation des montants des pensions d'invalidité y compris pour les ultramarins. Des travaux seront engagés afin de déterminer le plus rapidement possible, dans un délai maximum d'un an, les règles de détermination des pensions pour les non-salariés ultramarins.

Article 85 : Assouplissement des conditions de recours au travail aménagé ou à temps partiel et évolution des modalités de versement des indemnités journalières

- Suppression de l'obligation préalable d'arrêt de travail à temps plein pour bénéficier du dispositif d'indemnisation ouvert aux personnes victimes d'un arrêt de travail ou une maladie professionnelle, pour tous les salariés.
- Suppression du délai de carence applicable aux indemnités journalières servies dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique, pour tous les salariés. ▪ Le taux de remplacement de 50 % sera applicable à tous les assurés et quelle que soit la durée de leur arrêt de travail.
- Une instauration des indemnités journalières maladie et maternité-paternité pour les ministres des cultes est prévue.
- Expérimentation via la mise en place d'une plateforme départementale pluridisciplinaire afin de prévenir la désinsertion professionnelle : ▪ l'expérimentation proposée a pour ambition de créer des plateformes départementales de compétences mutualisées animées par la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) et associant tant les acteurs internes et externes de l'assurance maladie, afin de cibler précocement les assurés en risque de désinsertion professionnelle.
- l'expérimentation mobilisera les budgets de gestion administrative des caisses d'assurance maladie, et le fonds national d'action sanitaire et sociale de l'assurance maladie si besoin
- les plateformes auront pour vocation de réaliser un diagnostic précoce de la situation administrative, sociale et médicale de l'assuré et de définir le parcours d'accompagnement pluridisciplinaire approprié à sa situation. Ces plateformes permettront également aux professionnels de la santé au travail une meilleure coordination de la prise en charge de l'assuré.

Censuré par le Conseil constitutionnel

- Dotations et objectifs de dépenses des branches et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 86 : Dotation de l'assurance maladie au FMESP, à l'ONIAM, de la CNSA aux ARS

- Montant de la dotation de l'assurance maladie au FMESP pour l'année 2020 : 649 millions d'euros. Dans le cadre des engagements pris dans le cadre du plan Ma santé 2022, l'accompagnement supplémentaire des opérations d'investissement et de modernisation des établissements de santé est fixé à 250 millions d'euros.

- Montant de la contribution de la CNSA aux ARS au titre de l'exercice 2020 : 139 millions d'euros.

Article 87 : Suppression de l'expertise médicale prévue pour le contentieux général de la sécurité sociale

- Unification des procédures applicables aux contestations des décisions de nature médicale des organismes de sécurité sociale. ▪ L'entrée en vigueur sera fixée par décret en Conseil d'État, et au plus tard au 1er janvier 2022.
- Dans le cadre de l'amélioration du dispositif de coordination, en cas de désaccord entre le médecin traitant et le médecin conseil, suppression des expertises diligentées avant toute décision de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM).

Article 88 : Objectifs des dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

- Objectif des dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale : 224,1 milliards d'euros ;
- Objectif des dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour le régime général de la sécurité sociale : 222,6 milliards d'euros.

Article 89 : Fixation à 205,6 milliards d'euros de l'ONDAM pour 2020 et sa ventilation (+2,5 %)

- Dépenses de soins de ville : 93,6 milliards d'euros.
- Dépenses relatives aux établissements de santé : 84,4 milliards d'euros.
- Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées : 10,0 milliards d'euros.
- Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées : 11,7 milliards d'euros.
- Dépenses relatives au fonds d'intervention régional : 3,5 milliards d'euros.
- Autres prises en charge : 2,4 milliards d'euros.
- Total : 205,6 milliards d'euros.
- Objectif national des dépenses d'assurances maladie : +2,5 %.

Article 90 : Dotation 2020 de la branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP)

- Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) : 414 millions d'euros.
- Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) : 260 millions d'euros.
- Transfert à l'assurance maladie au titre de la sous-déclaration : 1 milliard d'euros.

Article 91 : Objectif de dépense de la branche ATMP pour 2020

- Objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : 13,6 milliards d'euros ;
- Objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour le régime général de la sécurité sociale : 12,2 milliards d'euros.

Article 92 : Objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2020 (2,4 %)

- Objectif de dépenses de la branche vieillesse pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : 247,3 milliards d'euros ;
- Objectif de dépenses de la branche vieillesse pour le régime général de la sécurité sociale : 141,7 milliards d'euros.

Article 93 : Objectif de dépense de la branche famille pour l'année 2020 : 50,3 milliards d'euros (+0,1 Md€)

Article 94 : Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)

- Contribution du fonds de solidarité vieillesse au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale : 18,2 milliards d'euros.

Loi de financement de la Sécurité sociale 2021

[Loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021](#)

Présenté en Conseil des ministres des ministres, le 7 octobre 2020, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 déclinée en 111 articles répond à trois objectifs principaux : gérer la crise sanitaire, adapter notre système de santé et octroyer de nouveaux droits sociaux. Elle présente plusieurs mesures principales : un investissement dans le système de santé avec les augmentations de rémunérations pour les professionnels, le soutien à l'investissement des établissements de santé, des poursuites de réformes de financement et la mise en avant d'organisations para-hospitalières innovantes (maisons de naissance et hôtels hospitaliers) ; des mesures de protection face à la crise sanitaire et notamment des crédits supplémentaires de gestion de crise et des aides d'exonérations et reports de cotisations sociales pour les entreprises ; le lancement de la branche « autonomie » de la sécurité sociale, avec un financement propre et un cadre préparant la prochaine loi grand âge et autonomie ; l'allongement du congé paternité ; la réforme de l'accès aux médicaments innovants avec la fusion des dispositifs ATU / RTU en deux circuits distincts (accès précoces et compassionnels).

1 – Les dispositions relatives à l'année 2019

Article 1 : Approbation des tableaux d'équilibre de l'Ondam et des éléments relatifs au FFR, au FSV et à la Cades

- Ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : déficit de 0,2 milliard d'euros, 1,7 milliard en comprenant le fonds de solidarité vieillesse (FSV).
- Régime général de la sécurité sociale : déficit de 0,4 milliard d'euros, 1,9 milliard en comprenant le fonds de solidarité vieillesse (FSV).
- Fonds de solidarité vieillesse : 1,6 milliard d'euros de déficit.
- Dépenses du champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) : 200,2 milliards d'euros.
- Dette amortie par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) : 16,3 milliards d'euros.

Article 2 : Approbation du rapport annexé (annexe A du PLFSS) sur les excédents ou déficits de l'exercice 2019 et le tableau patrimonial.

2- Dispositions relatives à l'exercice 2020

Article 3 : Création d'une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires en santé aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de Covid-19 au titre de 2020

- La contribution est due par les organismes déjà assujettis à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire, et est versée à la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam).
- La contribution est perçue à hauteur de 2,6 % de l'ensemble des sommes versées en 2020 au titre des cotisations d'assurance maladie complémentaire, selon les mêmes modalités que la taxe de solidarité additionnelle, à l'exclusion des sommes versées au titre des garanties complétant les indemnités journalières de sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- La contribution est déclarée et liquidée au plus tard le 31 janvier 2021 et peut faire l'objet d'une régularisation annuelle au plus tard le 30 juin.

Article 4 : Contribution au financement de la prime Covid pour les personnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile

- À la suite d'un accord entre l'État et l'Association des départements de France, responsables des services d'aide et d'accompagnement un domicile, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) finance à hauteur de 80 millions d'euros maximum les conseils départementaux à destination de la prime exceptionnelle.
- L'aide est répartie entre les départements en fonction du volume d'activité de ces services.
- La contribution de la CNSA à la réforme du financement des services d'aide à domicile prévue par la LFSS pour 2020 est supprimée.

- Un rapport est remis au Parlement au plus tard le 1er mars 2021 sur l'attribution de cette prime exceptionnelle ventilée entre les différents professionnels visés.

Article 5 : Remise d'un rapport sur l'expérimentation de la réforme du financement des services d'aide à domicile

- Dans un délai d'un an après la promulgation de cette LFSS, le Gouvernement remet au Parlement un rapport dressant le bilan de l'expérimentation de la réforme du financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile prévue par la LFSS pour 2019.
- Article 6 : Ratification des décrets de relèvement des plafonds d'emprunts de l'ACOSS et de la CCMSA
- La LFSS pour 2020 avait prévu des plafonds d'emprunts de 39 milliards d'euros pour l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et 4,1 milliards d'euros pour la Caisse centrale de la mutualité sociales agricole (CCMSA).
- Les décrets mentionnés à cet article relèvent ces plafonds à respectivement 95 milliards d'euros et 5 milliards d'euros, à la suite de la crise sanitaire qui a fortement accru les besoins de financement de court terme des régimes obligatoires de sécurité sociale.

Article 7 : Mise en oeuvre de la compensation des exonérations créées lors de la crise Covid

- Application de l'aide au paiement des cotisations sociales prévue par la loi de finances rectificative du 30 juillet 2020 : l'Acoss et la CCMSA reversent aux organismes de protection sociale les cotisations dues, sans en déduire les exonérations prévues par le Gouvernement.
- L'État compense intégralement les cotisations non versées auprès de l'Acoss et de la CCMSA.

Article 8 : Prolongement du dispositif d'assujettissement réduit des indemnités d'activité partielle aux cotisations sociales

- Est prolongé le dispositif d'urgence sanitaire prévoyant que les indemnités d'activité partielle soient uniquement assujetties à la CSG et à la CRDS au taux de 6,2 %, et que les contributions sociales dues sur ces indemnités ne peuvent conduire ces dernières en deçà du Smic Brut. Également, est pérennisée la mesure de validation des trimestres de retraite de base au titre de l'activité partielle.

Article 9 : Exonérations de cotisations et contributions sociales

- Est créé un dispositif complémentaire d'exonérations de cotisations sociales au bénéfice des entreprises du tourisme, de l'hôtellerie, de la restauration, du sport, de la culture, du transport aérien et de l'événementiel ayant subi les mesures de limitation ou d'interdiction de la circulation et ayant subi une baisse d'activité d'au moins 50 %. Un décret prévoit les modalités d'appréciation de la baisse du chiffre d'affaires. Pour les clubs sportifs professionnels, le bénéfice de l'exonération n'est pas conditionné aux critères de baisse du chiffre d'affaires.
- Les mêmes employeurs bénéficient d'une aide au paiement de leurs cotisations et contributions sociales égale à 20 % des rémunérations des salariés.
- Les travailleurs indépendants satisfaisant aux mêmes conditions que celles ci-dessus bénéficient de réductions des cotisations et contributions de sécurité sociale dans des conditions fixées par décret.

Article 10 : Rectification des tableaux d'équilibre

- Les équilibres budgétaires pour l'année 2020 des différentes branches des régimes obligatoires de base de sécurité sociale sont rectifiés. La branche maladie accuse un déficit de 33,7 milliards d'euros, 47,8 milliards d'euros pour l'ensemble des branches, 50,7 milliards d'euros pour l'ensemble des branches y compris le fonds de solidarité vieillesse (FSV).
- Les équilibres budgétaires pour l'année 2020 des différentes branches du régime général de sécurité sociale sont rectifiés. La branche maladie accuse un déficit de 33,7 milliards d'euros, 46,1 milliards d'euros pour l'ensemble des branches, 49,0 milliards d'euros pour l'ensemble des branches y compris le fonds de solidarité vieillesse (FSV).

- Aucune recette n'est affectée au fonds de réserve pour les retraites, ni au fonds de solidarité vieillesse.
- La Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) a un objectif d'amortissement de la dette sociale fixé à 15,9 milliards d'euros.

Article 11 : Rectification de l'Ondam et des sous-Ondam

- Le montant de l'Ondam pour 2020 était fixé à 205,6 milliards d'euros par la LFSS pour 2020. Le présent PLFSS le rectifie à hauteur de 218,9 milliards d'euros.
- Cette majoration s'explique par des surcoûts exceptionnels liés à la crise sanitaire à hauteur de 15,1 milliards d'euros ainsi que par des revalorisations salariales prévues par le Ségur de la santé à hauteur d'1 milliard d'euros.
- Ces surcoûts sont partiellement compensés par une sous-consommation des soins de ville pendant la crise sanitaire à hauteur de 4,3 milliards d'euros et une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires à hauteur de 1 milliard d'euros.

Article 12 : Rectification de la dotation FMESPP (FMIS)

- Le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) voit le montant de sa dotation pour 2020 passer de 649 millions d'euros à 449 millions d'euros.

3- Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre de la sécurité sociale pour l'exercice 2021

Titre 1 : Dispositions relatives aux recettes et au recouvrement et à la trésorerie

- La contribution est due par les organismes déjà assujettis à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire et est versée à la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam).
- La contribution est perçue à hauteur de 1,3 % de l'ensemble des sommes versées en 2021 au titre des cotisations d'assurance maladie complémentaire, selon les mêmes modalités que la taxe de solidarité additionnelle, à l'exclusion des sommes versées au titre des garanties complétant les indemnités journalières de sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- La contribution est déclarée et liquidée au plus tard le 31 janvier 2022 et peut faire l'objet d'une régularisation annuelle au plus tard le 30 juin 2022.

Article 14 : Affectation à la Cnam des excédents de la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (Camieg) et des provisions relatives à la réserve de prévoyance de la Caisse de prévoyance et de retraite (CPRP) de la SNCF

- Sont prélevés par la Cnam les excédents constituant pendant l'exercice 2020 les réserves du régime de prévoyance de la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF.
- Sont prélevés au profit de la Cnam des montants de 40 millions d'euros parmi les excédents du fonds relatif aux actifs et de 135 millions d'euros parmi les excédents du fonds relatif aux inactifs de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières.

Article 15 : Sécurisation du mode de calcul de l'évolution du plafond annuel de la sécurité sociale (Pass)

- Le Pass évolue en fonction du salaire moyen dans le secteur marchand non agricole, qui a fortement baissé en 2020 (les indemnités d'activité partielle ne constituent pas un élément de salaire). Or, le Pass est une valeur utilisée notamment pour déterminer certaines assiettes de prélèvements ou certains niveaux de prestation.
- Cet article dispose que le Pass ne peut être inférieur à celui de l'année précédente, sécurisant ainsi les droits et prestations des cotisants.

Article 16 : Prolongement du dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi

- L'exonération liée à l'emploi de TO-DE permettent au secteur agricole d'embaucher des travailleurs à moindres frais.
- Ce dispositif d'exonération prévu par la LFSS pour 2019 devait prendre fin au 1er janvier 2021, le présent article repousse cette fin à 2023.

Article 17 : Allègements de charges sur les entreprises viticoles

- Sont prévus des allègements de charges pesant sur les entreprises viticoles. Ainsi, 100 % des parts patronales des cotisations sociales sont exonérées pour les entreprises ayant constaté une baisse du chiffre d'affaires d'au moins 60 % en 2020 par rapport à 2019. Cette exonération passe à 50 % pour une baisse de chiffre d'affaires d'au moins 40 % et à 25 % pour une baisse du chiffre d'affaires d'au moins 20 %.

Tenir compte de la crise de la covid-19

Article 13 : Création d'une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires en santé aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de Covid-19 au titre de 2021

- Cette contribution est identique pour l'exercice 2021 à celle prévue à l'article 3 pour l'exercice 2020, à la différence notable du taux de contribution, deux fois moindre ici.

Article 18 : Sport en entreprise

- Sont exemptés de prélèvements sociaux les avantages que représentent pour les salariés d'une entreprise la mise à disposition par l'employeur d'équipements sportifs à usage collectif et le financement de prestations sportives à destination des salariés.

Article 19 : Exonération de charges sociales sur les entreprises ultra-marines du secteur audiovisuel

- Le régime d'exonération de charges sociales patronales spécifiques applicable aux entreprises ultramarines est élargi au secteur audiovisuel à compter du 1er janvier 2021.

Article 20 : Suppression de la surcotisation salariale applicable à la « prime de feu »

- La surcotisation salariale applicable à la « prime de feu » des sapeurs-pompiers professionnels et pesant sur les conseils départementaux est supprimée à compter du 1er janvier 2021.

Article 21 : Conservation au bénéfice des Pereco du système des « taux historiques »

- Est conservé au bénéfice des plans d'épargne retraite d'entreprise collectifs (Pereco) le système dit des « taux historiques » qui était appliqué lorsque ces plans résultent du transfert d'anciens plans d'épargne collectifs (Perco). Les anciens Perco ont en effet été transférés dans des Pereco. Ainsi, au dénouement de ces contrats d'épargne, les taux de prélèvements sociaux appliqués aux Pereco seront ceux qui étaient appliqués au moment de l'abondement des Perco, et non ceux en vigueur à l'instant T.

Poursuivre les simplifications pour les acteurs de l'économie

Article 22 : Simplification des démarches déclaratives et de paiement des cotisations sur les revenus issus de l'économie collaborative

- Les particuliers ayant une activité économique de vente de biens qu'ils ont confectionnés ou de revente de biens dont les recettes ne dépassent pas un certain seuil fixé par décret sont affiliés obligatoirement au régime général de sécurité sociale.
- Ces particuliers peuvent opter pour le dispositif simplifié de déclaration et de recouvrement de cotisations et de contributions sociales.
- Est rendue possible une interconnexion des données entre le réseau des Urssaf et la branche du recouvrement afin de lutter contre la fraude sociale.

Article 23 : Attribution des litiges du recouvrement de la contribution liée à l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés aux juridictions de sécurité sociale

- Les litiges du recouvrement de la contribution liée à l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés, recouvrement assuré par les Urssaf, sont attribués aux juridictions de sécurité sociale.

Article 24 : Application à la CNMSS des règles générales de recours contre tiers

- La Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS) peut appliquer les mêmes règles de recours contre tiers responsables de lésions que les autres caisses d'assurance maladie.

Article 25 : Simplification des démarches déclaratives des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants agricoles

Article 26 : Lutte contre le travail dissimulé en bande organisée

- Limitation de la possibilité laissée aux organismes de sécurité sociale de moduler les annulations de réductions de cotisation en cas de travail dissimulé limité mais commis en bande organisée.

Article 27 : Transfert du recouvrement des cotisations pesant sur les Sicae

- Le recouvrement des cotisations pesant sur les sociétés d'intérêt collectif agricole en électricité (Sicae) passera de la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) à la Mutualité sociale agricole (MSA) au 1er janvier 2022.

Article 28 : Transfert de compétences au profit du directeur de la CCMSA

- La compétence d'agrément, de suspension et de retrait d'agrément des agents de contrôle des caisses générales de sécurité sociale d'outre-mer, des agents de contrôle de la MSA à Saint-Barthélemy et des agents de contrôle de la MSA à Mayotte est confiée au directeur de la caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA) au 1er janvier 2021.

Article 29 : Transfert aux Urssaf du recouvrement de cotisations et contributions sociales

- Est mis en oeuvre le transfert aux Urssaf du recouvrement des cotisations et contributions sociales des marins non-salariés.

Article 30 : Obligation de dématérialisation auprès du Guso

- Est créée une obligation de dématérialisation des paiements et des déclarations uniques simplifiées réalisés au guichet unique pour le spectacle vivant (Guso), dispositif lié à l'emploi des intermittents du spectacle, à compter du 1er janvier 2021.

Article 31 : Modifications techniques des modalités de recouvrement des cotisations

Créer la nouvelle branche autonomie

Article 32 : Gouvernance de la nouvelle branche de sécurité sociale pour le soutien à l'autonomie

Missions

La gestion de la branche de sécurité sociale pour le soutien à l'autonomie est confiée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Les missions de la CNSA vis-à-vis de cette branche sont codifiées au code de l'action sociale et des familles.

La CNSA a ainsi pour missions de :

- Veiller à l'équilibre financier de la branche
- Piloter et assurer l'animation et la coordination des acteurs du champ des politiques d'autonomie des personnes âgées et handicapées
- Contribuer au financement et au pilotage de la prévention de la perte d'autonomie et de l'isolement
- Contribuer à l'information des personnes âgées et handicapées et de leurs aidants
- Contribuer à la réflexion prospective notamment sur les possibilités d'adaptations territoriales des politiques de l'autonomie, et en prenant en considération les inégalités liées au sexe afin d'élaborer des mesures correctives
- Contribuer à l'attractivité des métiers participant à l'accompagnement et au soutien à l'autonomie des personnes âgées et handicapées.
- Il est précisé que la CNSA garantit une équité territoriale et la qualité de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.
- Est précisée que l'information des personnes âgées, handicapées et de leurs proches aidants peut s'effectuer en créant localement des guichets uniques, en sus des services numériques.
- Est confié à la CNSA l'objectif de contribuer à améliorer les conditions de travail et la valorisation des métiers participant à l'accompagnement et au soutien à l'autonomie des personnes âgées ou handicapées.

Moyens

- Outre la contribution solidarité autonomie (CSA) et la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), une fraction du produit de la CSG est affectée au financement de la CNSA selon un montant déjà fixé au code de la sécurité sociale.

La CNSA assure les financements suivants :

- Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux
- Financement des aides à l'investissement au bénéfice de ces établissements ou services ainsi que de l'habitat inclusif
- Financement des concours versés aux départements et destinés à couvrir une partie de l'allocation personnalisée d'autonomie, de la prestation de compensation, des coûts d'installation ou de fonctionnement des MDPH
- Financement des actions de prévention
- Financement des autres dépenses d'intervention en faveur des personnes handicapées, âgées dépendantes et aidants ainsi que de la gestion administrative.
- La CNSA ne peut concourir au financement de l'Apa versée par les départements pour un montant supérieur à 7,7 % des produits qu'elle reçoit au titre de la CSA, la Casa et la CSG.
- Le concours de la CNSA au financement des coûts d'installation ou de fonctionnement des MDPH est réparti selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État.
- Les taux et assiettes de la CSA et de la Casa ne changent pas. Le détail de ces contributions est supprimé du code de l'action sociale et des familles et transféré au code de la sécurité sociale.

La CNSA peut contribuer au financement d'actions contractualisées avec les conseils départementaux et les métropoles pour la transformation inclusive de l'offre médico-sociale ou d'autres formes d'habitat.

Pilotage

- Comme pour les autres branches, une convention d'objectifs et de gestion lie l'État à la CNSA.
- Le Conseil de la CNSA voit ses missions affinées : il peut être saisi par les ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes handicapées et des personnes âgées de toute question relative à la politique de soutien à l'autonomie. Il délibère sur les budgets nationaux de gestion et d'intervention, sur proposition du directeur de la CNSA.
- La transmission annuelle au Parlement et au Gouvernement d'un rapport sur les comptes de la CNSA, prévue au code de l'action sociale et des familles, est supprimée.

- Ce présent article habilite le Gouvernement à prendre par ordonnance, dans un délai de 12 mois, toute mesure visant à intégrer au code de la sécurité sociale les dispositions relatives à la CNSA et mettre en cohérence les dispositions du code de la sécurité sociale et du code de l'action sociale et des familles.
- Affirmation du rôle de partenaire des caisses de MSA vis-à-vis de la CNSA.

Article 33 : Demande d'avis à la CNSA sur les pistes de financement de la politique de soutien à l'autonomie

- La CNSA doit formuler, après concertation associant l'ensemble des parties prenantes, un avis et des recommandations sur les pistes de financement de la politique de soutien à l'autonomie et rend ces conclusions publiques au plus tard le 1er mars 2021.

Article 34 : Création de l'aide à la vie partagée

- Octroyer à chaque personne logée dans un habitat inclusif dont la personne morale animatrice a passé une convention avec le département une « aide à la vie partagée », avec un coût partagé entre CNSA et conseil départemental. Le montant et les modalités de versement sont fixés par accord entre la CNSA et le département.

Assurer la soutenabilité des dépenses de médicaments

Article 35 : Mécanisme de clause de sauvegarde sur les produits de santé

- Le régime d'exonération de la clause de sauvegarde est modifié de la manière suivante : une entreprise signataire d'un accord de versement de cette contribution sous forme de remise avec le Ceps est exonérée de la clause de sauvegarde si la remise est supérieure ou égale à 95 % du montant dont elle est redevable au titre de cette clause. Le taux passe ainsi de 80 % à 95 %.
- Cependant, le taux peut baisser jusqu'au taux initial de 80 % si l'entreprise a négocié avec le CEPS une baisse du prix net d'une ou plusieurs spécialités qu'elle exploite.
- Le pourcentage applicable à chaque entreprise est déterminé selon un barème fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction du montant des économies réalisées par l'assurance maladie grâce à ces baisses de prix.
- Le « prix net » est calculé en défalquant les remises traditionnelles :
 - o du prix de vente au public des médicaments, minoré des marges décidées par les ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale et des taxes en vigueur
 - o du prix de cession au public en cas de médicament sur la liste de rétrocession
 - o du tarif de responsabilité de la liste en sus
- Le montant « M » de déclenchement de la contribution pour les médicaments est fixé à 23,99 milliards d'euros.
- Le montant « Z » de déclenchement de la clause de sauvegarde applicable aux dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus est fixé à 2,09 milliards d'euros.

Article 36 : Communication annuelle du montant remboursé des dispositifs médicaux de la liste en sus

- Chaque année est communiquée au plus tard le 30 septembre le montant remboursé des dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus pendant les six premiers mois de l'année, sur la base duquel est assise la clause de sauvegarde. Cela indique ainsi une trajectoire des dépenses qui permet d'anticiper un déclenchement de la clause de sauvegarde et les provisions nécessaires pour la verser.

Article 37 : Majoration de la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques

- Est majoré de 0,01 point le taux de la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques au profit de l'ANSM.

Article 38 : Commande d'un rapport sur l'avenir de la clause de sauvegarde

- Le Gouvernement remet avant le 1er septembre 2021 un rapport sur l'avenir de la clause de sauvegarde et des mécanismes actuels de soutenabilité des dépenses des médicaments face au développement des biothérapies. Il est précisé que le rapport devra étudier l'opportunité de développer comme outil de soutenabilité la mise en place de bioproduction académique.

Article 39 : Litiges du sang contaminé

- Dans le cadre des litiges liés à l'affaire du sang contaminé, extension aux tiers payeurs du droit d'action directe à l'encontre des assureurs des anciens centres de transfusion sanguine, et explicitation dans la loi des conditions de présomption d'imputabilité dégagées par la jurisprudence. Institution d'un principe de solidarité entre assureurs en cas de transfusion multiple

Titre 2 : Conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale

Article 40 : Financement de la branche autonomie et transferts financiers entre la sécurité sociale et l'État et entre régimes de sécurité sociale

- Le taux du produit de la taxe sur les salaires versé à la branche famille de la sécurité sociale passe de 27,57 % à 18,49 %.
- Le taux du produit de la taxe sur les salaires versé à la branche maladie de la sécurité sociale passe de 19,09 % à 28,14 %.
- Les taux de versement de produits de la CSG aux régimes obligatoires d'assurance maladie (lorsque les contributions portent sur les revenus d'activités) et à l'assurance maladie (lorsque la contribution porte sur les autres revenus) évoluent dans le sens d'une baisse des produits de la CSG dévolus à la branche maladie et à une augmentation des produits de la CSG dévolus à la branche autonomie :
 - o Passage de 5,95 % à 4,25 % pour la contribution sociale sur les revenus d'activité et sur les revenus de remplacement
 - o Passage de 4,65 % à 2,72 % pour la contribution sur les allocations de chômage
 - o Passage de 4,77 % à 1,88 % pour la contribution sur les pensions de retraite, d'invalidité et de préretraite
 - o Passage de 3,2 % à 1,27 % pour les pensions de retraite et d'invalidité et allocations chômage des personnes aux revenus très modestes
 - o Passage de 3,07 % à 0,18 % pour les pensions de retraite et d'invalidité des personnes aux revenus modestes.
 - o Le taux de versement de produits de la CSG sur les revenus de remplacement au fonds de solidarité vieillesse (FSV) change sensiblement d'assiette et passe de 1,98 % à 2,94 %.
 - o Le taux de versement de produits de la CSG à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie passe de 0,23 % à 1,93 %.
 - o Le taux de versement des produits de la contribution sociale sur les produits de placement au FSV passe de 8,60 % à 6,67 %.
 - o Un taux de versement des produits de la contribution sociale sur les produits de placement est affecté à la branche autonomie à hauteur de 1,93 %.
 - o Le produit de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire est ventilé entre le fonds de la complémentaire santé solidaire, du fonds spécial d'invalidité et de la branche maladie de la sécurité sociale.

Article 41 : Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l'annexe 5

- La compensation par l'État des exonérations de cotisations s'élève pour 2021 à 5,3 milliards d'euros.

Article 42 : Approbation des prévisions de recettes par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse (FSV)

- En 2021, le déficit des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale atteindrait 32,5 milliards d'euros, plus 2,4 milliards d'euros de déficit du FSV.

- La branche maladie connaîtrait en 2021 un déficit de 23,7 milliards d'euros, 195,5 milliards d'euros de recettes et 219,1 de dépenses.
- La branche accidents du travail et maladies professionnelles connaîtrait en 2021 un excédent de 0,3 milliard d'euros, 14,4 milliards d'euros de recettes et 14,1 milliards d'euros de dépenses.
- La branche vieillesse connaîtrait en 2021 9 milliards d'euros de déficit, 242,9 milliards d'euros de recettes et 251,9 milliards d'euros de dépenses.
- La branche famille connaîtrait en 2021 un excédent de 0,3 milliard d'euros, 49,6 milliards d'euros de recettes et 49,3 milliards d'euros de dépenses.
- La branche autonomie connaîtrait en 2021 un déficit de 400 millions d'euros, avec 31,2 milliards d'euros de recettes et 31,6 de dépenses.

Article 43 : Approbation des prévisions de recettes par branche du régime général et du FSV

- En 2021, le déficit du régime général de la sécurité sociale serait de 33,3 milliards d'euros, toutes branches confondues.
- La branche accidents du travail et maladies professionnelles connaîtrait un excédent de 0,2 milliard d'euros, avec 12,8 milliards d'euros de recettes et 12,7 milliards d'euros de dépenses.
- La branche vieillesse accuserait un déficit de 9,7 milliards d'euros, avec 135 milliards d'euros de recettes et 144,7 milliards d'euros de dépenses.
- Les comptes des autres branches sont inchangés par rapport à l'article 42

Article 44 : Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du fonds de réserve pour les retraites (FRR) et du FSV

- Pour 2021, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 17 milliards d'euros.
- Les prévisions de recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites sont nulles.

Article 45 : Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes

- Pour l'exercice 2021, le plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) est fixé à 95 milliards d'euros, c'est-à-dire le même que pour l'exercice 2020. Celui de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) est fixé à 500 millions d'euros, celui de la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP-SNCF) à 750 millions d'euros, celui de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (Canssm) à 465 millions d'euros, celui de la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) à 150 millions d'euros et celui de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) à 3,6 milliards d'euros.

Article 46 : Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)

- Sont détaillées en annexe au PLFSS la trajectoire pluriannuelle des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale ainsi que les estimations ayant permis cette projection.
- Le déficit de la branche maladie est ainsi prévu à 19,7 milliards d'euros (2021), 18,2 milliards d'euros (2022), 17,6 milliards d'euros (2023), 17,4 milliards d'euros (2024).
- Le déficit du régime général devrait passer de 25,4 milliards d'euros en 2021 à 19,4 en 2024.
- La nouvelle branche autonomie, accuserait un déficit de 300 millions d'euros en 2021, 500 millions d'euros en 2022, 300 millions d'euros en 2023, et un excédent de 2,1 milliards d'euros en 2024.
- L'ONDAM, fixé à 3,5 % pour 2021, passerait à 1,1 % en 2022, 2,4 % en 2023 et 2,3 % en 2024.

4- Dispositions relatives aux dépenses et à l'équilibre de la sécurité sociale pour l'exercice 2021

Mettre en œuvre les engagements du Ségur de santé

Article 47 : Versement à la CNSA de fonds de contribution à l'attractivité des métiers de l'aide à domicile

- Sont mobilisés 150 millions d'euros pour 2021 puis 200 millions d'euros par an pour les années suivantes de fonds versés à la CNSA afin de contribuer à l'attractivité, la dignité et l'amélioration des salaires des professionnels des services d'accompagnement et d'aide à domicile. Cette aide annuelle est répartie entre les départements.

Article 48 : Revalorisation des carrières des personnels non médicaux dans les établissements de santé et les Ehpad

- Les personnels non médicaux exerçant au sein d'établissements ou structures publics concourant à la mission de service public de santé ou au sein d'Ehpad publics bénéficient d'un complément de traitement indiciaire, dans des conditions fixées par décret, à partir du 1er septembre 2020.
- Les militaires et personnels de l'État admis à faire valoir leurs droits à la retraite à partir du 1er septembre 2020 et ayant perçu le complément de traitement indiciaire ont droit à un supplément de pension, calculé dans les conditions prévues à l'article L.15 du code des pensions civiles et militaires de retraite.
- Les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers et ouvriers des établissements industriels de l'État bénéficient également de ce supplément de pension dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

Article 49 : Relancer l'investissement pour la santé

- Le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est renommé Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS). Les destinataires de ce fonds sont, outre les établissements de santé et les groupements de coopération sanitaire, élargis aux structures d'exercice coordonné et aux établissements et services médico-sociaux.
- Les dépenses pouvant être financées par le FMIS sont élargies aux dépenses engagées dans les actions de modernisation, adaptation, restructuration des systèmes d'information en santé.
- L'interopérabilité des logiciels informatiques est posée comme condition du financement par le FMIS des dépenses engagées pour la transformation et la modernisation des systèmes informatiques.

Article 50 : Favoriser l'investissement courant à travers la reprise de la dette des établissements de santé assurant le service public hospitalier

- Les organismes de la branche maladie de la sécurité sociale peuvent procéder, chaque année jusqu'en 2034, à des versements au profit des établissements publics de santé et des établissements de santé privés participant à l'activité du service public hospitalier.
- Ces établissements doivent être volontaires et signataires d'un contrat avec l'ARS avant le 31 décembre 2021, contrat déterminant les engagements que les versements visent à soutenir et signés pour une durée maximale de dix ans.
- Les versements visent à reprendre les échéances des emprunts contractés par les établissements au 31 décembre 2019. Ils ne peuvent excéder, pour l'opération nationale totale, 13 milliards d'euros.
- Les dispositions de ces contrats font l'objet d'un suivi par le conseil territorial de santé concerné.
- Les modalités retenues pour déterminer l'encours sont publiées par l'ARS.

Article 51 : Poursuivre la réforme du financement des établissements de santé

- Les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation en service MCO (médecine / chirurgie / obstétrique) ou odontologie donnent lieu à une participation de l'assuré social aux frais occasionnés par son passage sous forme de forfait, dont le montant est déterminé par arrêté pris après avis de l'Uncam et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam). Ce forfait remplace le ticket modérateur mais comporte des exceptions :

- Le forfait peut être réduit en cas de grossesse, d'affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, d'invalidité, de titulaire d'une allocation à la suite d'un accident de travail ou maladie professionnelle, de nouveau-né dans les 30 jours suivant la naissance
- Le forfait peut être supprimé en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel, pour les victimes d'acte de terrorisme, pour les soins consécutifs aux sévices subis par les mineurs victimes d'infractions sexuelles.
- La fixation annuelle du montant alloué à chaque établissement en fonction de la dotation populationnelle, nouveau financement des services d'urgence prévu par la LFSS pour 2020, est dévolue à l'ARS et non plus à l'État. Il est indiqué que la répartition de la dotation populationnelle entre régions a pour objectif de réduire les inégalités d'allocation de ressources entre les régions, réduction dont les modalités et la trajectoire sont précisées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- Les besoins de santé de la population du territoire, en tant que critères de fixation de la garantie pluriannuelle de financement des activités de médecine des hôpitaux de proximité, ne seraient plus définis par le projet régional de santé et ses déclinaisons territoriales.
- Les tarifs spécifiques de chaque établissement pour les activités de psychiatrie et soins de suite et réadaptation sont maintenus jusqu'au 31 décembre 2021 à la place de la tarification nationale journalière. La réforme du ticket modérateur en psychiatrie et SSR est reporté au 1er janvier 2022.
- Report de la réforme des contrats d'amélioration de la qualité en établissement de santé (Caques).
- Est créé, du 1er janvier 2021 au 1er janvier 2024, un coefficient de transition permettant de lisser dans le temps les impacts de la réforme sur la trésorerie des établissements, selon des modalités fixées par décret.
- L'entrée en vigueur du forfait post-urgences est fixé au 1er septembre 2021.

Article 52 : Renforcement des dispositifs d'amélioration de la pertinence des soins

- Renforcement des dispositifs de programmes d'amélioration de la pertinence des soins, rendant obligatoire la fixation par ce dernier d'un nombre d'actes, prestations et prestations annuel à atteindre pour l'établissement de santé.

Article 53 : Création d'une dotation budgétaire consacrée au financement des dispositifs de prise en charge des femmes victimes de violences

- Création d'une dotation mission d'intérêt général (MIG) consacrée au financement des dispositifs de prise en charge des femmes victimes de violences.

Article 54 : Mise en place du rescrit tarifaire

- Est mis en place un dispositif de rescrit tarifaire, permettant aux établissements de santé de demander au ministère de la santé un avis d'interprétation sur une situation donnée concernant la facturation applicable à une hospitalisation.

Article 55 : Incitation à l'orientation vers la dialyse à domicile et l'autodialyse

- Est mis en place un malus dans le financement à la qualité en fonction des résultats des établissements en matière d'orientation de patients en dialyse à domicile et autodialyse.

Article 56 : Commande d'un rapport sur les hôpitaux de proximité

- Le Gouvernement remet au Parlement dans les trois mois suivant la promulgation de cette LFSS un rapport sur le financement et la labellisation des hôpitaux de proximité.

Article 57 : Expérimentation d'un modèle mixte de financement des activités de médecine

- Les établissements de santé exerçant des activités de médecine peuvent bénéficier, par dérogation au système de la T2A et après fixation de la liste des établissements volontaires par arrêté, d'une dotation sociale basée sur un pourcentage de la valorisation économique des activités de médecine de l'année N-1. Un

décret fixe les modalités d'entrée et de sortie de la liste des établissements volontaires et les modalités de détermination et de calcul de la dotation sociale.

- L'État peut autoriser un financement des activités de médecine composé d'une dotation reposant sur des caractéristiques populationnelles, d'un paiement à l'activité et à l'acte, et d'un financement à la qualité selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État.
- Un rapport d'évaluation des expérimentations sera transmis au Parlement avant le 26 juin 2026.

Article 58 : Pérennisation et développement des maisons de naissance

- Définition des maisons de naissance, des conditions d'ouverture, de fonctionnement et de fermeture de ces maisons et de l'exercice des professionnels en leur sein (dans le code de santé publique).
- Les maisons de naissance sont créées et gérées par plusieurs sages-femmes, un organisme à but non lucratif autre qu'un établissement de santé, ou un groupement d'intérêt public, d'intérêt économique ou de coopération sanitaire.
- Est précisé que le développement des maisons de naissance est fait dans le sens du renforcement du libre choix par les femmes de l'accouchement le plus adapté à leurs besoins.
- Sont élargies les missions des maisons de naissance à la mise en place de mesures de santé publique, de prévention et d'éducation thérapeutique notamment en vue de favoriser l'accès aux droits des femmes, et à l'accueil de stagiaires pour la formation des sages-femmes.
- Les projets de création de maison de naissance sont soumis à l'autorisation du DG-ARS, qui délivre des autorisations pour une durée de 7 années renouvelables.
- Les conditions techniques de fonctionnement sont fixées par décret.

Article 59 : Soutien au développement des hôtels hospitaliers

- À partir d'un cahier des charges fixé par arrêté, les établissements de santé peuvent du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2023 bénéficier d'un financement spécifique visant à développer une offre d'hôtel hospitalier en amont ou en aval d'une hospitalisation pour les patients ne nécessitant pas d'hébergement hospitalier.
- La gestion peut être confiée à un tiers.
- Un rapport d'évaluation du développement de ces hôtels est réalisé au 31 décembre 2022 et intègre une évaluation de la prise en charge des publics isolés.

Article 60 : Commande d'un rapport sur la nouvelle tarification des transports bariatriques

- Le Gouvernement remet au Parlement dans un délai d'un an après l'entrée en vigueur de la nouvelle tarification un rapport sur la mise en place de la nouvelle tarification des transports bariatriques (transport des personnes souffrant d'obésité).

Article 61 : Prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire des téléconsultations

- La participation de l'assuré aux actes de téléconsultation est supprimée jusqu'au 31 décembre 2021.

Article 62 : Report de la convention médicale

- La convention médicale liant les médecins libéraux et l'assurance maladie voit son échéance repoussée de janvier 2021 au 31 mars 2023.
- Est supprimé le délai d'entrée en vigueur de six mois pour les mesures conventionnelles issues du Ségur de la santé, pour une entrée en vigueur immédiate.

Article 63 : Inscription de l'IVG en tiers payant

- Les assurées sociales recourant à une interruption volontaire de grossesse bénéficient du tiers-payant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la prise en charge est protégée par le secret afin de préserver l'anonymat de l'intéressée.

Article 64 : Limitation géographique du conventionnement des centres de santé

- Est créée la possibilité de mettre en place des mesures de limitation d'accès au conventionnement des centres de santé, à l'instar des professionnels de santé exerçant en libéral, pour la cohérence des dispositifs de régulation dans les zones surdotées et sur la base des dispositions applicables aux professionnels de santé libéraux.

Article 65 : Tiers payant intégral sur les équipements et soins du panier « 100% Santé »

- Est rendu obligatoire le tiers payant intégral sur les équipements et les soins du panier « 100 % Santé » pour les organismes de complémentaire santé proposant des « contrats responsables ».

Article 66 : Assurer une meilleure prévention des risques et garantir la préservation de la santé au travail par une action coordonnée des professionnels de santé sur le territoire

- Expérimentation, au sein des caisses de la mutualité sociale agricole d'un élargissement des compétences des infirmiers de santé au travail pour leur permettre de réaliser davantage d'actes appartenant pour l'heure à la compétence des médecins.

Article 67 : Extension du délai de carence en cas d'arrêt de travail lors d'une reprise de travail à temps partiel pour motif thérapeutique aux non-salariés agricoles

- Le délai de carence en cas d'arrêt de travail lors d'une reprise de travail à temps partiel pour motif thérapeutique est déjà appliqué pour les salariés. Il est étendu aux non-salariés agricoles.

Article 68 : Extension de la protection des non-salariés agricoles exerçant une activité salariée à côté de leur activité agricole en cas d'AT/MP

- Les non-salariés agricoles qui exercent une activité salariée à côté de leur activité agricole, peuvent bénéficier des indemnités journalières du régime salarié en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle survenu sur l'exploitation.

Article 69 : Création d'un dispositif unique d'indemnités journalières pour les professionnels libéraux

- Est créé un dispositif d'indemnités journalières unique en cas d'arrêt maladie commun et obligatoire pour l'ensemble des professionnels libéraux affiliés à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) pendant les 90 premiers jours d'arrêt.
- Pour financer ce dispositif, une cotisation spécifique sur le revenu d'activité est mise à la charge des professionnels libéraux, selon un taux et un plafond fixés par décret.

Article 70 : Expérimentation de l'ouverture de la pratique des IVG instrumentales par les sages-femmes

- Est expérimentée l'ouverture de la pratique des IVG instrumentales par les sages-femmes pour une durée de trois ans. Un décret précise les modalités de mise en oeuvre de cette expérimentation. Un arrêté précise la liste des établissements retenus pour participer à l'expérimentation selon un appel à projets national.

Article 71 : Expérimentation du financement par le FIR d'un parcours sport-santé à destination des personnes atteinte de diabète de type 2

- L'État peut autoriser pour une durée de trois ans et à titre expérimental le financement par le fonds d'intervention régional de la mise en place, par certaines ARS, d'un parcours soumis à prescription médicale et comprenant un bilan d'activité physique et de suivis nutritionnels et psychologiques. Le dispositif est centré sur les patients en ALD victimes d'une complication du diabète de type 2. Un décret précise les modalités de mise en oeuvre.

Article 72 : Expérimentation du financement par le FIR de consultations de santé sexuelle à destination des jeunes de 15 à 18 ans

- L'État peut autoriser pour une durée d'un an et à titre expérimental le financement par le fonds d'intervention régional de la mise en place, par certaines ARS, d'une consultation sur la santé sexuelle réalisée au bénéfice des assurés entre leur quinzième et leur dix-huitième anniversaire. Un décret précise les modalités de mise en oeuvre.

Allonger le congé paternité et d'accueil de l'enfant et le rendre obligatoire

Article 73 : Allonger la durée du congé paternité et d'accueil de l'enfant et le rendre obligatoire

- Doublement de la durée du congé paternité. Ce dernier devient obligatoire sur une période de 7 jours consécutive à la naissance de l'enfant.
- Le congé pour adoption pour les familles adoptantes n'ayant pas d'enfants ou un enfant à charge passe de dix à seize semaines.
- Le champ des bénéficiaires du congé de naissance est aligné sur celui du congé de paternité.

Article 74 : Transmission par les tribunaux aux Caf de l'origine judiciaire de l'intermédiation financière des pensions alimentaires

- Est permis aux greffes des tribunaux d'indiquer dans les éléments transmis aux caisses d'allocations familiales pour la gestion de l'intermédiation financière des pensions alimentaires le fait que cette intermédiation a été prononcée par le juge lorsque le parent débiteur a fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour des faits de menaces ou violences sur le parent créancier ou l'enfant, ou lorsque de tels actes sont mentionnés dans une décision de justice concernant le parent débiteur.

Article 75 : Versement de la prime à la naissance avant la naissance de l'enfant

- La prime à la naissance est versée avant la naissance de l'enfant. Les premières naissances à bénéficier de cette réforme seront celles issues des grossesses ayant débuté à compter du 1er octobre 2020.

3- Tirer les conséquences de la crise sanitaire

Article 76 : Adaptation du dispositif de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie en cas de risque sanitaire grave

- Assouplissement et élargissement du périmètre de la prise en charge exceptionnelle des frais de santé en cas de risque sanitaire grave et des dérogations au droit commun.

Article 77 : Revalorisation et transfert à la sécurité sociale de l'allocation supplémentaire d'invalidité
Le financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité est transféré à la sécurité sociale.

4- Assouplir et simplifier

Article 78 : Prises en charge dérogatoires de médicaments (refonte ATU – RTU)

- Refonte de l'actuel système d'accès et de prise en charge des thérapies faisant l'objet d'accès hors autorisation de mise sur le marché. Des médicaments ne bénéficiant pas d'AMM peuvent être pris en charge par l'assurance maladie pour :
 - o Permettre aux patients souffrant de maladies graves ou rares de disposer de nouvelles thérapies présumées efficaces et sûres avant l'octroi de leur AMM ou après l'octroi de l'AMM mais avant décision de remboursement (ATU nominatives, ATU de cohorte, ATU pour extension d'indication, prise en charge anticipée post-AMM)
 - o Permettre aux patients souffrant de maladies graves ou rares d'accéder à des médicaments disposant d'AMM dans d'autres pays mais non commercialisés en France (certaines ATU nominatives)

- Encadrer la prescription hors-AMM de médicaments disposant d'autorisations de mise sur le marché pour une utilisation A, mais qui s'avéreraient efficaces s'ils étaient prescrits à un patient pour une utilisation B.
- À l'heure actuelle, six dispositifs différents d'accès précoce et compassionnel de médicaments hors AMM existent : autorisations temporaires d'utilisation (ATU) nominatives, ATU de cohorte, ATU en extension d'indication, post-ATU, recommandations temporaires d'utilisation (RTU), accès direct post-AMM. Cet article vise à regrouper ces mécanismes en deux dispositifs distincts :
- Un dispositif d'accès précoce pour les médicaments susceptibles d'être innovants avant leur autorisation de mise sur le marché
- Un dispositif d'accès compassionnel pour les médicaments qui ne sont pas destinés à obtenir une AMM mais qui répondent pour une situation précise à un besoin thérapeutique.
- Les mesures d'application de la présente refonte sont fixées par décret.
- Les conditions de prise en charge des médicaments après leur sortie du régime d'accès précoce sont précisées.
- Le Gouvernement remet au Parlement, dans les trois ans suivant l'entrée en vigueur de cette LFSS, un rapport évaluant l'impact de la refonte des modalités d'accès et de prise en charge des nouveaux médicaments innovants.

Article 79 : Communication publique des montants d'investissements publics dont ont bénéficié les médicaments remboursables

- Les entreprises mettent à disposition du Ceps, pour chaque médicament admis au remboursement ou inscrit sur une liste pour collectivités ou établissements publics, le montant des investissements publics de recherche et développement dont elles ont bénéficié pour le développement desdits médicaments, montant qui est rendu public. Les conditions d'application de cette mesure sont fixées par décret.

Article 80 : Renforcer la qualité des prestations de soins à domicile

- Est confiée à la Has la mission d'établir un « référentiel des bonnes pratiques professionnelles des prestataires de service et des distributeurs de matériels » ainsi que de mettre en place une procédure de certification de ces professionnels.
- Est prévue la conclusion au niveau national d'un accord entre l'Uncam et les prestataires de service et distributeurs de matériel (via leurs syndicats ou organisations) permettant de fixer les modalités de délivrance et de prise en charge des produits et prestations ainsi que leurs prix et qualités.
- Les produits et prestations de soins des prestataires de service et distributeurs de matériels ne seraient pris en charge par l'assurance maladie que si le professionnel a adhéré à l'accord ou si l'accord lui a été rendu applicable.

Article 81 : Simplification du pilotage de la complémentaire santé solidaire

- Reprise en main du fonds de la complémentaire santé solidaire par la Cnam, l'Acoss et le ministère des Solidarités et de la Santé, chacun selon ses compétences propres.

Article 82 : Lutte contre le non-recours aux droits

- À titre expérimental et pour une durée de trois ans, afin de lutter contre le non-recours, les échanges et traitements de données entre organismes de sécurité sociale, autres administrations et collectivités territoriales à des fins d'identifications de droits. Un décret en Conseil d'État pris après avis de la CNIL précise l'étendue de l'application.
- Est confiée aux organismes de sécurité sociale une mission générale de lutte contre le non-recours aux droits.

Article 83 : Modernisation du financement des syndicats représentatifs des professionnels de santé libéraux

- Une section spécifique sera créée auprès du fonds des actions conventionnelles (Fac), dépendant de la Cnam, pour financer les syndicats des professionnels de santé libéraux et les conseils nationaux professionnels (CNP).
- Ce financement sera alimenté par :
 - Une fraction de la contribution aux URPS.
 - Une dotation de la branche maladie de la sécurité sociale, correspondant au montant des indemnités versées aux syndicats représentatifs pour leur participation aux instances de l'assurance maladie.
 - Les crédits du fonds seront répartis entre les syndicats selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État en fonction de leur audience ou de leur effectif.

Article 84 : Isolement et contention

- Une décision du conseil constitutionnel a jugé le régime légal de recours à l'isolement et à la contention en unités de psychiatrie spécialisées en soins sans consentement anticonstitutionnel. Était notamment mise en cause la durée pendant laquelle une personne pouvait être soumise à ces mesures privatives de liberté sans contrôle du juge judiciaire.
- Cet article modifie donc ce régime légal en fixant des durées maximales d'isolement et de contention conforme aux recommandations de la HAS et précisant les modalités de contrôle du juge judiciaire.

5 – Dotations et objectifs de dépenses des branches et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 85 : Transmission d'informations sur le renouvellement des titres de séjour à la sécurité sociale

- Généralisation des remontées automatiques d'informations relatives aux renouvellements de titres de séjour entre les organismes de protection sociale.

Article 86 : Durcissement de la procédure de contrôle du droit à la prise en charge des frais de santé

Article 87 : Lutte contre les fraudes au numéro d'inscription au répertoire (NIR)

- Prévention et sanction des fraudes ou tentatives de fraudes à l'immatriculation en cas de non-transformation d'un numéro d'attente en numéro d'inscription au répertoire (NIR) faute de production de pièces justificatives par l'assuré social.

Article 88 : Doublement des plafonds de pénalités de fraude sociale pouvant être prononcées par les directeurs de caisses

- Doublement des plafonds de pénalités pouvant être prononcées par les directeurs des caisses en charge des prestations d'assurance vieillesse afin de lutter contre la fraude sociale.

Article 89 : Fixation à 5 ans de la prescription d'action en recouvrement d'un organisme payeur

- La prescription de l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement de prestations indûment payées se prescrit par cinq ans.

Article 90 : Mise en place d'une sanction en cas de non-déclaration de changement de situation

- Mise en place d'une sanction en cas de non-respect de l'obligation par une personne de déclarer un changement dans sa situation familiale ou son lieu de résidence à son organisme de sécurité sociale, si ce changement affecte son rattachement au régime dont elle dépend.

Article 91 : Modification rédactionnelle d'un article du code de la sécurité sociale

Article 92 : Conditionnement du remboursement de l'assurance maladie aux professionnels de santé à leur inscription à l'Ordre professionnel dont ils dépendent

- Les remboursements de l'assurance maladie aux professionnels de santé sont conditionnés à leur inscription à l'Ordre dont ils dépendent.

Article 93 : Autorisation à l'assurance maladie de ne pas payer un professionnel de santé en cas de sanction de ce dernier pour fraude

- Est permis à l'assurance maladie de déroger à l'obligation de paiement d'un professionnel de santé sous 7 jours dans le cas où ce dernier aurait été sanctionné ou condamné pour fraude dans les deux dernières années, afin de conduire des contrôles avant règlement.

Article 94 : Suspension de conventionnement en cas de fraude d'un professionnel de santé

- Suspension de la convention reliant l'assurance maladie à un professionnel de santé en cas de sanction pour fraude de ce dernier à au moins deux reprises dans une période de cinq ans.

Article 95 : Dotation de l'Assurance maladie au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) et à l'Oniam ; dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux ARS

- Est prévue une participation de l'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé de 1,032 milliard d'euros.
- Est prévue une participation de la branche autonomie au FMIS à hauteur de 100 millions d'euros.
- Est prévue une participation de la CNSA au fonds d'intervention régional (FIR) à hauteur de 141,44 millions d'euros.
- Est prévue un financement de l'Oniam par une dotation de l'assurance maladie à hauteur de 130 millions d'euros.

Article 96 : Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

- Les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés à :
- 219,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base
- 217,6 milliards d'euros pour le régime général.

Article 97 : Ondam 2021 et sous-objectifs

- Pour 2021, l'Ondam des régimes obligatoires de base et de ses sous-objectifs est fixé comme suit :
- Dépenses de soins de ville : 98,9 milliards d'euros
- Dépenses relatives aux établissements de santé : 92,9 milliards d'euros
- Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées : 13,6 milliards d'euros
- Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées : 12,4 milliards d'euros
- Dépenses relatives au fonds d'intervention régional : 3,8 milliards d'euros
- Autres prises en charge : 3,8 milliards d'euros
- Total : 225,4 milliards d'euros.
- L'Ondam d'assurance maladie est supérieur de 9,7 milliards d'euros par rapport à 2020, ce qui correspond à une hausse d'environ 6 % hors dépenses exceptionnelles de crise sanitaire.

Article 98 : Non-application pour 2021 du dispositif de « seuil d'alerte » de dépassement de l'Ondam

- Absence d'application, pour l'année 2021, du dispositif de « seuil d'alerte » de dépassement de l'Ondam, obligeant les caisses d'assurance maladie à proposer des mesures d'économie des dépenses sociales en cas de dépassement de l'Objectif de 0,5 %.

Article 99 : Dotations au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva), au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), transfert de la compensation de sous-déclaration des accidents du

travail-maladies professionnelles (AT-MP) et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité

- Le montant de la contribution de la branche AT-MP au Fiva est fixé à 220 millions d'euros pour 2021.
- Le montant de la contribution de la branche AT-MP au FCAATA est fixé à 468 millions d'euros pour 2021.
- Le montant du versement de la branche AT-MP à la branche maladie au titre des dépenses de cette dernière liées aux affections et accidents du travail non pris en charge par la branche AT-MP est de 1 milliard d'euros pour 2021.
- Les montants correspondant aux dépenses supplémentaires engendrées par les dispositifs de retraite anticipé pour incapacité permanente et de compte professionnel de prévention sont fixés respectivement à 176 et 10,6 millions d'euros pour 2021.

Article 100 : Simplification de la procédure d'arrêt de travail et de versement d'indemnités

- Simplification de la procédure d'arrêt de travail et de versement des indemnités d'arrêt en cas d'accident du travail / maladie professionnelle.

Article 101 : Changement de la date de remise au Parlement d'un rapport sur le fonds d'indemnisation des victimes de pesticides

- La date de remise au Parlement d'un rapport évaluant les conséquences quant au périmètre des personnes bénéficiaires du fonds d'indemnisation des victimes des pesticides passe du 30 septembre 2020 à neuf mois après la promulgation des décrets d'application de la création de ce fonds.

Article 102 : Objectif de dépenses de la branche AT-MP

- Les objectifs de dépenses de la branche AT-MP sont fixés à 14,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et 12,7 milliards d'euros pour le régime général, pour 2021.

Article 103 : Adaptation de la mesure de privation du conjoint survivant de la pension de réversion si ce dernier a commis un crime ou un délit à l'encontre de son conjoint

- Adaptation de la mesure de privation du conjoint survivant de la pension de réversion si ce dernier a commis un crime ou un délit à l'encontre de son conjoint. Cette mesure, issue de la loi visant à agir contre les violences au sein de la famille, est ici complétée afin de permettre au juge de ne pas appliquer cette peine additionnelle lorsque des circonstances particulières le justifient. Il s'agit de respecter le principe constitutionnel d'individualisation des peines, qui s'oppose à l'application automatique d'une sanction par le juge. Est précisé que la privation du droit à pension de réversion constitue une peine complémentaire encourue en cas de condamnation pour violence conjugale, devant ainsi être prononcée obligatoirement par le juge sauf décision spécialement motivée.

Article 104 : Possibilité d'utiliser un système biométrique en lieu et place de l'édition annuelle de certificats de vie pour les Français résidant à l'étranger

- Ouverture de la possibilité d'utiliser un système biométrique afin de vérifier qu'un concitoyen français résidant à l'étranger et bénéficiant d'une pension de retraite soit toujours en vie, afin de simplifier la procédure qui, pour l'heure, passe par l'édition annuelle de certificats de vie.

Article 105 : Affiliation des bénéficiaires du congé de proche aidant à l'AVPF

- Les bénéficiaires d'un congé de proche aidant (CPA) non indemnisé, une fois atteint le plafond de 66 jours d'allocation journalière de proche aidant (AJPA), sont affiliés automatiquement à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) du régime général.
- Les catégories d'aidants bénéficiant d'une affiliation à l'AVPF sont harmonisées, selon qu'ils sont salariés ou non-salariés.

- Quelle que soit l'activité professionnelle exercée, la durée maximale du droit à l'AVPF au titre de l'interruption d'activité pour s'occuper d'un proche sera d'une année au maximum sur l'ensemble de la carrière.

Article 106 : Objectif de dépenses de la branche vieillesse

- Les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixées à 251,9 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et 144,7 milliards d'euros pour le régime général, pour 2021.

Article 107 : Objectif de dépenses de la branche famille

- Les objectifs de dépenses de la branche famille sont fixés à 49,3 milliards d'euros pour 2021.

Article 108 : Habilitation du Gouvernement à rapprocher les droits sociaux de Mayotte à ceux du droit commun par ordonnances

- Habilitation du Gouvernement à prendre des ordonnances permettant une convergence des droits sociaux des Mahorais vers le régime de droit commun de la sécurité sociale.

Article 109 : Objectif de dépenses de la branche autonomie

- Les objectifs de dépenses de la branche autonomie sont fixées à 31,6 milliards d'euros pour 2021.

Article 110 : Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)

- Les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées à 19,2 milliards d'euros (fonds de solidarité vieillesse).

Article 111 : Remise dans les six mois d'un rapport sur la capacité d'accueil dans le secteur médico-social

- Le Gouvernement remet dans les six mois suivant la promulgation de cette LFSS au Parlement un rapport sur la capacité d'accueil dans le secteur médico-social, afin d'accueillir des enfants et adultes souffrant de handicap. L'objectif est de présenter la capacité d'accueil de ces structures, d'en dresser la cartographie, d'identifier le nombre de jeunes adultes maintenus en structures pour enfants et adolescents en situation de handicap, et de présenter les établissements pour adultes construits sur un modèle inclusif ou d'habitat diffus.

Lois organiques 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale

- [Loi n°2022-355 du 14 mars 2022](#) - JORF du 15 mars 2022 (*lois de financement de la Sécurité sociale*)
- [Loi organique n°2022-354 du 14 mars 2022](#) - JORF du 15 mars 2022 (*lois de financement de la Sécurité sociale*)
- [Décision n°2022-837 DC du 10 mars 2022](#) - JORF du 15 mars 2022
- [Décision n°2022-836 DC du 10 mars 2022](#) - JORF du 15 mars 2022

Deux propositions de loi organique,² relatives d'une part à la modernisation de la gestion des finances publiques, et d'autre part aux LFSS, ont été soumises à l'examen d'une commission spéciale "LOLF - LFSS" de l'Assemblée nationale en mai 2021. Dans une note publiée le 24 juin 2021³, le HCFIPS relevait que ces deux propositions de loi se faisaient l'écho de plusieurs de ses propositions. En effet, le rapport du HCFIPS sur la LFSS de 2019, comme la note d'étape de mars 2021, avaient notamment souligné la nécessité de renforcer la dimension stratégique des LFSS. Nombre des

² [Note sur les propositions de lois de l'Assemblée nationale et du Sénat relative aux lois de financement de la sécurité sociale.](#)
Juillet 2021

³ [Note sur les propositions de loi organique de l'Assemblée nationale et du Sénat relatives aux lois de financement de la sécurité sociale](#) - HCFIPS, 24 juin 2021

pistes du rapport du HCFiPS trouvent une expression dans les propositions de loi permettant, selon le Haut conseil, des avancées notables sur cette question.

Le projet de loi a été définitivement adopté le 9 février 2022. L'entrée en vigueur de la réforme est prévue le 1er septembre prochain, elle s'appliquerait donc dès la prochaine LFSS, pour 2023.

Parmi les principales modifications, elle prévoit dorénavant que les PLFSS seront complétés d'un article liminaire. Celui-ci présentera les trajectoires financières des administrations de Sécurité sociale. Par ailleurs, les comptes sociaux des PLFSS incluront désormais les retraites complémentaires, l'assurance chômage et les comptes propres à certains établissements de santé. L'objectif est de donner une vision plus globale de l'ensemble des composantes de la protection sociale. De plus, la loi vient modifier les annexes des PLFSS en y ajoutant un "compteur des écarts". Ce dernier est une comparaison entre les dépenses prévues lors de la loi de programmation des finances publiques, adoptée en début de législature, et les objectifs de dépenses proposés par le gouvernement dans les PLFSS. Le cas échéant, il reviendra au gouvernement de justifier ces écarts et de présenter des mesures afin de les résorber. Par ailleurs, la date de dépôt du PLFSS est désormais alignée sur celle du projet de loi de finances (PLF), à savoir le 1er mardi d'octobre de l'année, au lieu du 15 octobre jusqu'à présent. Cela devrait permettre aux parlementaires de disposer d'une semaine supplémentaire pour déposer des amendements. La loi organique prévoit, enfin, la création d'une loi d'approbation des comptes de la Sécurité sociale (LACSS). Le projet de loi d'approbation des comptes de la Sécurité sociale (PLACSS) devra être déposé avant le 1er juin de l'année suivant celle de l'exercice auquel il se rapporte.

Voir aussi :

- N°430 (2021-2022) Texte de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi organique, adoptée par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, relative aux lois de financement de la sécurité sociale - Sénat, 1er février 2022
- N°431 (2021-2022) Texte de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, relative aux lois de financement de la sécurité sociale - Sénat, 1er février 2022
- Note de Nile Consulting, 3 février 2022

Loi de financement de la Sécurité sociale 2022

[Loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022](#)

[Décision n° 2021-832 DC du 16 décembre 2021](#)

Présenté en Conseil des ministres, le 7 octobre 2021, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a été définitivement adopté par l'Assemblée nationale le 29 novembre 2021 et se décline en 121 articles. Il prévoit un déficit de 20,4 milliards d'euros pour l'année prochaine (régime général + FSV), dont 19,1 milliards d'euros pour la seule branche Maladie. L'Ondam a été fixé à 236,8 milliards d'euros, soit 500 millions d'euros de plus que dans le projet de texte initial.

Le Conseil constitutionnel s'est prononcé le 16 décembre 2021 sur la conformité de la LFSS 2022 à la constitution, suite à la saisine de 60 sénateurs. Les sages ont censuré 27 dispositions considérées comme des « cavaliers sociaux » et donc ne relevant pas du champ des LFSS. Ils ont en revanche écarté le recours des députés sur les articles 6 (visant notamment à reporter jusqu'au 31 décembre 2028 la possibilité pour les établissements de santé assurant le service public hospitalier de conclure un contrat avec les ARS pour obtenir le versement d'une dotation par les organismes de la branche maladie) et 35 (approuvant le rapport sur le financement de la sécurité sociale pour 2022-2025). Ils ont estimé que les dispositions sur l'accès direct des orthoptistes, orthophonistes et masseurs-kinésithérapeutes avaient toute leur place dans le budget de la Sécu. De même pour l'expérimentation de certaines prescriptions par les infirmiers en pratique avancée ou la création d'un entretien postnatal précoce obligatoire, pris en charge par l'assurance maladie. Ils ont en revanche censuré l'article 90 prévoyant la mise à disposition par les complémentaires santé aux professionnels de santé de services numériques en vue de l'application du tiers payant intégral sur les prestations entrant dans le champ du panier 100% santé. « Ces dispositions n'ont pas d'effet ou ont un effet trop indirect sur les dépenses et sur les recettes des 9 régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement », souligne la décision. Parmi les 26 autres « cavaliers législatifs », figurent l'expérimentation d'une carte

professionnelle pour les intervenants de l'aide à domicile et la mise en place de nouvelles obligations pour les centres dentaires et ophtalmologiques. Les dispositions portant sur l'évaluation de certains projets de recherche médicales (comprises dans l'article 28) notamment par la création de comités d'éthique locaux ont également été censurées. Le Conseil constitutionnel a jugé contraire à la constitution l'article 91 qui prévoit d'informer les bénéficiaires du RSA de la possibilité d'effectuer un examen de santé proposé par la sécurité sociale, ainsi que l'article 99 instaurant un échange de données « nécessaires au bénéfice de certains droits ou au versement de prestations » entre les organismes de Sécurité sociale, Pôle emploi et les administrations de l'État. « La censure de ces différentes dispositions ne préjuge pas de la conformité de leur contenu aux autres exigences constitutionnelles. Il est loisible au législateur, s'il le juge utile, d'adopter à nouveau de telles mesures, dont certaines apparaissant au demeurant susceptibles d'être déployées sans attendre son éventuelle intervention », précise l'institution.

Parmi les mesures phare, on peut retenir :

- Un investissement dans la transformation du système de santé avec une mise en oeuvre des engagements du Ségur de la santé et des mesures visant à décloisonner les acteurs de la santé par le développement de la télésurveillance et du service d'accès aux soins ;
- Un renforcement des actions de soutien à la perte d'autonomie avec une restructuration des services d'accompagnement à domicile et une médicalisation plus soutenue des Ehpad ;
- La prise en charge des séances chez le psychologue ;
- Un accès direct à titre expérimental aux kinésithérapeutes et aux orthophonistes au sein des structures coordonnées ;
- La possibilité pour les orthoptistes d'effectuer un bilan visuel simple ou des prescrire un équipement pour une correction faible (mais pas de renouveler une prescription) ;
- Une amélioration de la prévention et de l'accès aux soins à travers différentes mesures (contraception gratuite jusqu'à 25 ans, simplification d'accès à la complémentaire santé solidaire pour les bénéficiaires du RSA et du minimum vieillesse...) ;
- Un soutien à l'innovation pharmaceutique avec un accès facilité des médicaments et dispositifs onéreux à l'hôpital et un accès au remboursement anticipé pour les solutions numériques innovantes ;

1 – Les dispositions relatives à l'année 2020

Article 1 : Approbation des tableaux d'équilibre de l'On dam et des éléments relatifs au FRR, au FSV, et à la Cades

Ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : déficit de 37,3 milliards d'euros, 39,7 milliards en comprenant le fonds de solidarité vieillesse (FSV).

- Régime général de la sécurité sociale : déficit de 36,2 milliards d'euros, 38,7 milliards en comprenant le fonds de solidarité vieillesse (FSV).
- Fonds de solidarité vieillesse : 2,5 milliards d'euros de déficit.
- Dépenses du champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) : 219,4 milliards d'euros.
- Dette amortie par la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) : 16,1 milliards d'euros.
- Aucune recette n'a été affectée en 2020 au fonds de réserve pour les retraites ni au fonds de solidarité vieillesse.

Article 2 : Approbation du rapport annexé (annexe A du PLFSS) sur les excédents ou déficits de l'exercice 2020 et le tableau patrimonial.

Article 3 : Affiliation au régime général de la sécurité sociale du personnel de santé mobilisé sur la vaccination contre la Covid-19 et assouplissement des règles de cumul emploi-retraite

- Les professionnels de santé ayant participé à la campagne de vaccination et n'étant pas affiliés comme travailleurs indépendants au titre d'une autre activité sont rattachés au régime général de la sécurité sociale ou au régime des praticiens et auxiliaires médicaux.
- Les cotisations et contributions de sécurité sociale dont ils sont redevables pour cette activité sont calculées sur une assiette constituée de leurs recettes diminuées d'un abattement forfaitaire fixé par décret.
- Les pensions de vieillesse peuvent être entièrement cumulées avec les revenus tirés d'une activité reprise ou poursuivie en qualité de professionnel de santé durant les mois d'octobre 2020 à décembre 2021.

Article 4 : Extension de l'indemnisation du fonds de solidarité aux professionnels de santé libéraux

- Élargissement du dispositif d'indemnisation prévu par le fonds de solidarité aux professionnels de santé libéraux impactés par la crise du fait de l'exercice de leur activité dans des communes isolées.
- Versement d'une aide par la Caisse nationale d'assurance maladie aux médecins conventionnés affectés par la répétition des déprogrammations sur le second semestre 2021.

Article 5 : Allègement de la taxe sur la vente en gros des spécialités pharmaceutiques

- Le taux de la première tranche de cette taxe est abaissé de 1,75 à 1,5 % afin de freiner la tendance de réduction de la marge des grossistes-répartiteurs qui assurent l'exploitation et la vente en gros de spécialités remboursables. Cette mesure s'applique avec un effet rétroactif sur l'exercice 2021.

Article 6 : Assouplissement de l'échéance de signature des contrats prévus à l'article 50 de la LFSS 2021

- Des contrats visant à financer de nouveaux projets d'investissement structurants peuvent être signés entre les établissements de santé et les agences régionales de santé jusqu'au 31 décembre 2028, par dérogation à la loi de financement de la sécurité sociale 2021 qui fixait une échéance au 31 décembre 2021.
- Les établissements contractant avec les agences régionales de santé peuvent recevoir une dotation annuelle
- Le Gouvernement adresse un rapport annuel au Parlement sur le versement de la dotation annuelle allouée aux établissements de santé contractant avec les agences régionales de santé.

Article 7 : Accompagnement des personnes en situation de précarité

- Sécurisation budgétaire permettant le déploiement dès septembre 2021 de nouveaux dispositifs mobiles pluridisciplinaires visant à accompagner les personnes marginalisées ou en situation d'addiction.

Article 8 : Transferts financiers entre branches de sécurité sociale

- L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) gère la trésorerie de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) qui s'est vu confier la nouvelle branche de sécurité sociale consacrée à la perte d'autonomie. Le présent article vise ainsi à affecter une fraction de la taxe sur les salaires à la CNSA dès 2021 afin de la doter des ressources nécessaires pour couvrir sa contribution financière à la gestion administrative de l'ACOSS.

Article 9 : Rectification des tableaux d'équilibre

- Les équilibres budgétaires pour l'année 2021 des différentes branches des régimes obligatoires de base de sécurité sociale sont rectifiés. Le déficit de la branche maladie est de 29,7 milliards d'euros, 31,2 milliards d'euros pour l'ensemble des branches et 33,7 milliards d'euros pour l'ensemble des branches y compris le fonds de solidarité vieillesse (FSV).
- Les équilibres budgétaires pour l'année 2021 des différentes branches du régime général de sécurité sociale sont rectifiés. Le déficit de la branche maladie est de 29,7 milliards d'euros, 31 milliards d'euros pour l'ensemble des branches, 33,5 milliards d'euros pour l'ensemble des branches y compris le fonds de solidarité vieillesse (FSV).
- Le fonds de solidarité vieillesse est déficitaire à hauteur de 2,5 milliards d'euros en 2021.
- Aucune recettes ne sont affectées aux fonds de réserve pour les retraites et de solidarité vieillesse.
- La Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) a un objectif d'amortissement de la dette sociale fixé à 17,4 milliards d'euros.

Article 10 : Rectification de l'Ondam et des sous-Ondam

- L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs pour 2021 sont rectifiés. Le montant de l'Ondam avait été fixé à 225,4 milliards d'euros dans la loi de financement de la sécurité sociale 2021. Il sera finalement à hauteur de 238,8 milliards d'euros.

- Ce relèvement de l'Ondam pour 2021 s'explique essentiellement par des surcoûts exceptionnels liés à la crise sanitaire (10,5 milliards d'euros), telles que les dépenses liées aux achats de vaccins ou aux tests de dépistage.

Article 11 : Rectification de la dotation FMIS

- La participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) passe de 1032 à 1035 millions d'euros en 2022 tandis que la participation de la branche autonomie pour le même fonds passera de 100 à 90 millions d'euros.

3- Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre de la sécurité sociale pour l'exercice 2022

Titre 1 : Dispositions relatives aux recettes, au recouvrement et à la trésorerie

Chapitre 1 : Poursuivre les actions de simplification et d'équité du prélèvement

Article 12 : Poursuite de l'unification du recouvrement dans la sphère sociale

- Prolongement du mouvement d'unification du recouvrement des cotisations en transférant ces missions de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (CIPAV) à l'URSSAF et aux caisses générales de sécurité sociale. Un interlocuteur unique en matière de recouvrement des cotisations et contributions sociales sera mis en place pour les professionnels libéraux.
- Certaines dispositions relatives au reversement par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) des sommes dues à certains tributaires sont précisées par décret.

Article 13 : Versement immédiat des aides sociales et fiscales aux services à la personne

- La perception des aides fiscales et sociales liées aux services à la personne (ménage, soutien scolaire...) est rendue immédiate. L'avance de trésorerie que les particuliers devaient consentir en raison du décalage de versement de certaines aides est supprimée.
- La part de l'État est directement versée au salarié employé et le particulier ne paie que le coût du service restant à leur charge, sans avance de trésorerie. Les modalités d'application sont définies par un décret.

Article 14 : Transmission de données fiscales aux organismes complémentaires

- **Transmission par l'administration des impôts aux organismes complémentaires de prévoyance des renseignements nécessaires à l'assiette des cotisations et au calcul des prestations.**

Article censuré par le Conseil constitutionnel

Article 15 : Prolongation du dispositif d'assujettissement relatif à l'activité partielle

- Extension jusqu'en 2022 du dispositif visant à ce que les indemnités complémentaires versées par l'employeur en complément des indemnités légales d'activité partielle restent soumises au même niveau de prélèvement sociaux que les indemnités légales.

Article 16 : Harmonisation du régime fiscal et social des contributions des employeurs publics à la protection sociale complémentaire

- Alignement du régime fiscal et social de la participation financière de l'employeur public sur celui du financement patronal du secteur privé, relatif à l'ordonnance du 17 février 2021 qui prévoit le financement par les employeurs publics de la couverture santé complémentaire des agents publics.
- Cette participation est exclue de l'assiette des cotisations sociales dans des limites fixées par décret.

Article 17 : Suppression de la majoration sur les cotisations salariales pour les sapeurs-pompiers

- Cette mesure vise à supprimer la « surcotisation » versée par les sapeurs-pompiers à la Caisse nationale de retraite des collectivités locales (CNRACL).
- Cette majoration de cotisation avait été mise en place en 1990 en compensation d'une bonification des pensions de retraite des sapeurs-pompiers.

Article 18 : Rallongement de l'aide au paiement des cotisations et contributions sociales

- Possibilité pour les employeurs des TPE et PME relevant des secteurs les plus affectés par la crise d'imputer au titre de l'année 2022 l'aide au paiement sur les cotisations et contributions sociales.

Chapitre 2 : Améliorer les droits sociaux des travailleurs indépendants

Article 19 : Élargissement de l'expérimentation de l'autoliquidation et suppression des pénalités en cas d'erreur d'estimation du revenu

- Propositions de plusieurs améliorations aux modalités de recouvrement et de calcul des cotisations et contributions sociales pour les travailleurs indépendants :
 - poursuivre la contemporanéisation du calcul des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants non agricoles en pérennisant l'expérimentation de la modulation des cotisations et contributions sociales en temps réel d'une part, et d'autre part en supprimant la majoration prévue par la loi en cas de sous-estimation de ces revenus en cours d'année
 - supprimer le délai de trois mois avant la première déclaration de chiffre d'affaires ou de recettes ainsi que le premier paiement des cotisations et contributions sociales associé à cette déclaration dans le cadre du dispositif déclaratif simplifié des micro-entrepreneurs
 - rendre accessible le téléservice permettant la délivrance des attestations de vigilance à l'ensemble des travailleurs non agricoles pour qu'ils puissent prétendre à l'exécution de contrat de prestation de service
 - accorder jusqu'au 31 décembre 2021, y compris pour les travailleurs non-salariés agricoles, la mise en place de plans d'apurement des dettes de cotisations et contributions sociales accumulées pendant la crise, dont les reports se sont poursuivis en 2021 pour les secteurs les plus touchés.

Article 20 : Suppression pour les non-salariés agricoles de la pénalité sur les revenus

- La majoration de 10 %, appliquée en cas de revenus annuels supérieurs de plus d'un tiers aux revenus estimés par le travailleur non salarié agricole, est supprimée.

Article 21 : Accélérer pour les artistes-auteurs le remboursement du « trop-perçu »

- Prévoir un délai de quatre mois à compter de la demande du cotisant pour lui rembourser les cotisations indument versées à l'URSSAF.

Article 22 : Remise automatique du précompte des artistes-auteurs à l'URSSAF

- Le système de « précompte », qui permet aux diffuseurs de verser directement les contributions et les cotisations des artistes-auteurs aux organismes de recouvrement, est rendue automatique à partir du 1^{er} janvier 2023.

Article censuré par le Conseil constitutionnel

Article 23 : Simplification des déclarations de cotisations salariales à Mayotte

- Extension de la déclaration sociale nominative aux employeurs privés et publics établis à Mayotte.
- Généralisation, à compter du 1er janvier 2023, de la dématérialisation des déclarations des employeurs pour le calcul des cotisations sociales ainsi que des paiements.

Article 24 : Réforme du régime social du conjoint collaborateur

- Extension du statut de conjoint collaborateur au concubin du chef d'entreprise, actuellement réservé au conjoint ou au partenaire de pacte civil de solidarité (Pacs) du chef d'entreprise.

- Au cours d'une carrière, la durée du recours au statut conjoint collaborateur sera limitée à cinq ans. À l'issue de cette durée, le conjoint continuant à exercer une activité professionnelle de manière régulière dans l'entreprise est réputé le faire sous le statut de conjoint salarié. Un décret fixera les conditions d'application.
- Le conjoint collaborateur peut toutefois conserver son statut s'il ouvre ses droits à la retraite au plus tard le 31 décembre 2021.

Chapitre 3 : Poursuivre les actions de lutte contre la fraude

Article 25 : Modification du droit de communication bancaire pour optimiser les investigations

- Dématérialiser les échanges des agents chargés du contrôle et du recouvrement des organismes de sécurité sociale avec les tiers sollicités afin de fluidifier les procédures.

Chapitre 4 : Harmoniser les règles relatives aux contributions pharmaceutiques

Article 26 : Mise en cohérence des contributions sur le champ des produits de santé

- Le montant dit « M » au-delà duquel les entreprises sont assujetties à une contribution pour les médicaments si leur chiffre d'affaires dépasse ce seuil est fixé à 19,5 milliards d'euros pour 2022.
- Le montant dit « Z » au-delà duquel les entreprises sont assujetties à une contribution pour les dispositifs médicaux de la liste en sus si leur chiffre d'affaires dépasse ce seuil est fixé à 2,15 milliards d'euros pour 2022.
- Le montant de la contribution due par chaque exploitant de spécialités pharmaceutiques qui en est redevable ne peut excéder 10 % du montant remboursé au titre des produits et prestations qu'il exploite.
- Les mécanismes de contributions sont mis à jour afin d'intégrer l'entrée dans le droit commun de l'accès précoce du médicament, de l'accès direct post-avis de la Haute Autorité de santé proposé par le présent PLFSS, et de la prise en charge transitoire des dispositifs médicaux.

Article 27 : Durcissement des sanctions contre les grossistes-répartiteurs

- Renforcement des sanctions contre les grossistes-répartiteurs qui ne respectent pas leurs obligations de service public avec, en cas de récidive, une amende pouvant aller 10 % du chiffre d'affaires annuel le plus élevé des trois derniers chiffres d'affaires annuels connus à la date des faits. Cette somme sera versée à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Article censuré par le Conseil constitutionnel

Article 28 : Réforme des instances dans la recherche humaine

- Revalorisation de l'indemnisation des membres du Comité de protection des personnes en majorant la contribution de l'industrie pharmaceutique sur son chiffre d'affaires à 0,20 %.
- Mise en place de comités d'éthique locaux de la recherche chargés de procéder à l'évaluation des projets de recherche.
- Institution par arrêté d'une commission nationale de coordination et de recours des comités d'éthique locaux de la recherche qui coordonne et évalue les pratiques de ces comités. Elle est consultée sur les projets de loi ou de décret concernant les recherches impliquant la personne humaine

Article partiellement censuré par le Conseil constitutionnel (paragraphe II à IV)

Titre 2 : Conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale

Article 29 : Transferts financiers entre branches et régimes de la sécurité sociale

- Modification des fractions de taxe sur les salaires affectées aux branches maladie, famille et autonomie de la sécurité sociale à compter de l'année 2022.

- Est affecté également au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire des non-salariés agricoles une fraction supplémentaire des droits d'accise sur les alcools.
- Cette affectation doit permettre de financer la revalorisation des pensions de retraite des exploitants agricoles justifiant d'une carrière complète.

Article 30 : Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l'annexe 5 du PLFSS 2022

- Approbation des crédits ouverts sur le budget de l'État de 5,4 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale mis en place pour soutenir les entreprises fortement impactées par la crise sanitaire.

Article 31 : Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV

- Ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale pour 2022 : déficit de 19,7 milliards d'euros, 21,4 milliards en comprenant le fonds de solidarité vieillesse (FSV).
- Le fonds de solidarité vieillesse présenterait un déficit de 1,6 milliard d'euros.

Article 32 : Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes général et du FSV

- En 2022, les branches du régime général seraient déficitaires de 18,7 milliards d'euros.
- Le solde cumulé du régime général et du fonds de solidarité vieillesse présenterait quant à lui un déficit de 20,4 milliards d'euros.

Article 33 : Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du FRR et du FSV

- En 2022, la dette restant à amortir par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) devrait s'élever à 137,3 milliards d'euros. L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la CADES pour l'année 2022 est fixé à 18,3 milliards d'euros.
- Aucune recette ne sera affectée en 2022 au fonds de réserve pour les retraites ni au fonds de solidarité vieillesse.

Article 34 : Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes

- Permettre aux organismes mentionnés ci-dessous de recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie.
- Le plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) est fixé à 65 milliards d'euros pour l'exercice 2022, en réduction de 30 milliards d'euros par rapport au plafond 2021.
- Le plafond d'emprunt de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour 2022 est fixé à 300 millions d'euros, en baisse par rapport au plafond d'emprunt de 2021 qui s'élève à 500 millions d'euros.
- Le niveau de ressources non permanentes auquel pourra recourir la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) est fixé à 500 millions d'euros pour la période courant du 1er janvier au 31 janvier 2022, puis à 200 millions d'euros pour le reste de l'année 2022.
- Le plafond de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) est quant à lui fixé à 410 millions d'euros, inférieur de 55 millions d'euros au plafond d'emprunt en 2021.
- Proposition de maintenir le plafond de 150 millions d'euros pour faire face à certaines incertitudes que pourraient rencontrer la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) en 2022.
- La Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et hospitaliers (CNRACL) devra recourir à l'emprunt en 2022 pour des volumes plus conséquents qu'en 2021, en raison d'une dégradation de son ratio cotisants/assurés. Cette perspective défavorable conduit à augmenter le plafond d'emprunt de la CNRACL à 4,5 Md€.

Article 35 : Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B du PLFSS)

- Approbation des prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base pour les quatre années à venir (2022 à 2025) présentée dans l'annexe B à la loi de financement de la sécurité sociale.

6 - Dispositions relatives aux dépenses de la sécurité sociale pour l'exercice 2022

Titre 1 : Dispositions relatives aux dépenses

Chapitre 1 : Poursuivre la transformation du système de santé

Article 36 : Définition du modèle de prise en charge de la télésurveillance dans le droit commun

- Remboursement de droit commun de la télésurveillance avec une entrée en vigueur fixée par décret et au plus tard le 1er juillet 2022
- Les indications de télésurveillance ouvrant droit à une prise en charge ou un remboursement par l'assurance maladie seront précisées par arrêté.
- Prolongation du programme ETAPES (expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé) jusqu'au 1er août 2022 au plus tard.

Article 37 : Mise en oeuvre des réformes de financement des établissements de santé et médico-sociaux

- Adaptation des calendriers et des modalités de mise en oeuvre de plusieurs réformes tarifaires applicables aux établissements de santé pour tenir compte de l'impact de la crise sanitaire sur la préparation de ces réformes.
- Report de l'entrée en vigueur de la réforme de financement des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) au 1er janvier 2023 afin de permettre aux établissements concernés de disposer du temps nécessaire à l'appropriation et la prise en main des nouvelles modalités de financement.
- La réforme du ticket modérateur entre en vigueur pour les champs de médecine chirurgie obstétrique (MCO), des activités de psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation (SSR) au 1er janvier **2023 (A vérifier)**.
- La mesure permet aux établissements de santé considérés comme des hôpitaux de proximité selon les anciens critères de continuer à bénéficier du mécanisme dérogatoire de garantie de financement en 2022.
- Concernant la réforme du financement de la psychiatrie, détermination par décret des catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale.
- Le lancement de l'expérimentation d'un modèle de financement mixte des activités de médecine est repoussé au 1er janvier 2022 par décret avant le 31 mars 2022. Ce financement mixte repose sur :
 - une dotation basée sur des caractéristiques populationnelles (âge, taux d'affection de longue durée, précarité, densité du territoire)
 - Un paiement à l'acte
 - Un financement à la qualité attribué en fonction des résultats obtenus par apport à des indicateurs territoriaux permettant d'apprécier la coordination des acteurs et la prise en charge globale des patients.

Article partiellement censuré par le Conseil constitutionnel (paragraphe II)

Article 38 : Ajustement du financement de la réforme des urgences

- La rémunération des praticiens libéraux liée aux passages non suivis d'hospitalisation dans une structure des urgences repose sur des forfaits et suppléments qui viennent se substituer à leurs honoraires facturés jusqu'alors, sans qu'un reversement par la clinique soit nécessaire.
- Les montants de ces forfaits et suppléments qui constituent leurs honoraires et bien qu'ils soient fixés par voie réglementaire sont éligibles à une prise en charge des cotisations par l'assurance maladie dans le cadre de la convention médicale.
- Les expérimentations menées par des départements sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents préhospitaliers sur demande du SAMU peuvent être prolongées jusqu'au 31 décembre 2022. L'impact de ces expérimentations sur les restes à charge des patients est inclus dans leur évaluation.

- Le forfait patient urgences qui devait entrer en vigueur le 1er septembre 2021 est reporté au 1er janvier 2022.
- Conditions de réduction du forfait patient urgences pour certaines catégories d'assurés (titulaires d'une pension d'invalidité, femmes enceintes, victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, enfants victimes de maltraitance, victimes de terrorisme...) applicables dès le 1er janvier 2022.

Article 39 : Évolution des activités des hôpitaux des armées

- Autorisation aux hôpitaux des armées, qui ne sont pas juridiquement des établissements de santé, de réaliser les mêmes activités que ces derniers en termes de greffe exceptionnelle et de pratiques d'actes entrant dans le domaine de l'innovation thérapeutique, par arrêté.
- Tout comme les établissements de santé, les hôpitaux des armées pourront également mettre en oeuvre des hébergements non médicalisés. Ces « hôtels hospitaliers » permettent aux équipes médicales de se recentrer sur leur mission première de soin mais également aux patients de réduire les contraintes liées à leur hospitalisation et de séjourner plus confortablement à proximité de leur lieu de prise en charge.

Article 40 : Publication des indicateurs de qualité des soins autour de la dialyse

- Les indicateurs relatifs au développement par les établissements de santé de l'autodialyse et de la dialyse à domicile, et mentionnés dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, sont publiés avant le 30 juin 2022.

Article 41 : Isolement et contention

- Instauration d'un contrôle automatique du juge des libertés et de la détention en cas de maintien des mesures d'isolement et de contention, avant l'expiration de la 72e heure d'isolement ou de la 48e heure de contention, pour des personnes admises en soins psychiatriques sous contrainte dans les établissements et services psychiatriques par décret.
- Le médecin informe du renouvellement de ces mesures au moins un membre de la famille ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient.

Article censuré par le Conseil constitutionnel

Chapitre 2 : Renforcer la politique de soutien à la perte d'autonomie

Article 42 : Extension de la mesure socle du Ségur au sein du secteur médico-social

- La revalorisation salariale de 183 € nets mensuels pour les personnels soignants mise en place par la loi de financement de la sécurité sociale 2021 est étendue à tous les professionnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux financés par l'assurance maladie.
- Les salariés soignants, les aides médico-psychologiques (AMP), les auxiliaires de vie sociale (AVS) et les accompagnants éducatifs et sociaux (AES) exerçant dans les établissements médico-sociaux privés financés par l'assurance maladie (établissements pour personnes handicapées, SSIAD ne relevant pas de la branche de l'aide à domicile, établissements pour publics en difficultés spécifiques) bénéficieront également de la mesure à compter du 1er janvier 2022.
- Les personnels qui suivent des études liées au secteur sanitaire et social favorisant leur promotion professionnelle peuvent également bénéficier de cette revalorisation salariale.

Article 43 : Extension des mesures aux établissements financés par les départements

- Élargissement dès le 1er novembre 2021 des revalorisations salariales aux professionnels exerçant dans les foyers et établissements du handicap financés par les départements et dans les établissements expérimentaux pour personnes âgées.

Article 44 : Réforme et revalorisation de l'offre des services à domicile de l'autonomie

- Les personnes âgées en perte d'autonomie peuvent aujourd'hui bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Son montant varie d'un département à l'autre et tourne en moyenne autour de 20 € de l'heure.

Cependant, une heure d'intervention à domicile est en moyenne facturée 25 € pouvant ainsi aboutir à un reste à charge élevé pour la personne âgée.

- Afin de diminuer les risques de reste à charge et les disparités entre les départements, il est proposé d'instaurer par arrêté au 1er janvier 2022 un tarif plancher national par heure d'intervention pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD). Ce tarif devrait être de 22€ selon les annonces du gouvernement et pourra être modifié chaque année.
- Le coût induit pour les départements sera intégralement pris en charge par la branche autonomie. Le tarif plancher entrera en vigueur à compter de la publication d'un arrêté au plus tard le 1er janvier 2022.
- Le Gouvernement remet au Parlement un rapport dressant un bilan de la mise en place du tarif plancher national avant le 1er janvier 2024.
- Faire évoluer en 2023, via la tarification, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) afin de prendre davantage en compte les besoins en soins et le niveau de perte d'autonomie des personnes.
Possibilité de prévoir la généralisation des modèles expérimentaux de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), par la mise en place d'un financement permettant d'inciter à la coordination entre les prestations d'aide et de soins. Ce financement vise à encourager la recomposition et la simplification du paysage des services à domicile, en accompagnant la fusion entre 2022 et 2025 des différentes catégories de services à domicile existants (SAAD, SSIAD, SPASAD) en une seule catégorie dénommée « services autonomie ».
- Une dotation destinée aux services d'aide et d'accompagnement à domicile finance des actions améliorant la qualité du service rendu à l'usager. Elle doit permettre aux personnes, quel que soit
- Possibilité de prévoir la généralisation des modèles expérimentaux de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), par la mise en place d'un financement permettant d'inciter à la coordination entre les prestations d'aide et de soins. Ce financement vise à encourager la recomposition et la simplification du paysage des services à domicile, en accompagnant la fusion entre 2022 et 2025 des différentes catégories de services à domicile existants (SAAD, SSIAD, SPASAD) en une seule catégorie dénommée « services autonomie ».
- Une dotation destinée aux services d'aide et d'accompagnement à domicile finance des actions améliorant la qualité du service rendu à l'usager. Elle doit permettre aux personnes, quel que soit leur degré de perte d'autonomie, d'être accompagnées aussi bien le soir que le week-end et ce dans tous les territoires.

Article 45 : Participation de la CNSA dans le financement des départements

- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 prévoit une participation plafonnée de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans le financement des départements. Ce plafonnement est calculé en proportion de la part des heures d'allocation personnalisée d'autonomie, de prestation de compensation du handicap et d'aide-ménagère prestées dans le département par rapport au total des heures financées au niveau national.
- Suppression de ce mode de calcul qui aboutissait à ce que des départements soient moins financés du fait d'une offre associative importante sur le territoire.

Article 46 : Expérimentation d'une carte professionnelle pour les intervenants de l'aide à domicile

- L'État peut autoriser par voie réglementaire la mise en place et le financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie d'une carte professionnelle pour les intervenants et intervenantes de l'aide à domicile.

Article censuré par le Conseil constitutionnel

Article 47 : Création d'une mission Ehpad centre de ressources territorial

- Extension des missions des Ehpad pour leur permettre, dans des conditions fixées par voie réglementaire, de partager leur expertise aux acteurs du territoire et d'accompagner le virage domiciliaire des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif, en alternative aux Ehpad. Ces derniers pourront recourir à des dispositifs de télésanté dans leurs nouvelles missions de centres de ressources territoriaux. Ces fonctions seront financées par la branche autonomie.

Article 48 : Expérimentation des plateformes d'appui gériatrique

- À titre expérimental et après décret en Conseil d'État, les directeurs généraux d'agences régionales de santé de trois régions volontaires peuvent mettre en place une plateforme d'appui gériatrique aux établissements et services sanitaires et médico-sociaux ainsi qu'aux professionnels de santé libéraux apportant des soins ou un accompagnement aux personnes âgées. Cette plateforme assure la coordination de ces acteurs afin d'organiser un parcours de santé pour les personnes âgées.

Article censuré par le Conseil constitutionnel

Article 49 : Création d'un système d'information national pour la gestion de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA)

- Création par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) d'un système d'information unique destiné à assurer la gestion par les conseils départementaux de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).
- Détermination des catégories de données traitées et des modalités de gestion et d'utilisation de ce système d'information par décret.

Article 50 : Mission d'accompagnement pour la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

- Création par décret d'une mission pour la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) d'avoir un rôle d'accompagnement, de conseil, d'audit et d'évaluation pour les départements et les maisons départementales des personnes handicapées, afin de garantir la qualité de service et de veiller à l'égalité de traitement des demandes de droits et de prestations de soutien à l'autonomie.

Article censuré par le Conseil constitutionnel

Article 51 : Reversement des prestations pour les citoyens européens non-Français

- Lorsque des prestations de dépendance sont versées à une personne résidant en France mais affiliée à un autre État européen, elles font l'objet d'un remboursement par l'État membre d'affiliation de l'intéressé auprès de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam).
- Après remboursement par les institutions des autres États, la présente mesure permet à la Cnam de reverser à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) les sommes attribuées au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap. La CNSA les reversera ensuite aux départements concernés.

Article 52 : Évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)

- La publication des évaluations des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) doit permettre une information accessible aux usagers et à leurs familles.
- Afin de renforcer les exigences d'indépendance et de qualité attendues par les organismes chargés des évaluations dans les ESSMS, il est proposé de remplacer par décret l'habilitation de la Haute Autorité de santé (HAS) par une obligation d'accréditation par l'instance nationale d'accréditation (COFRAC) pour ces organismes, sur la base d'une norme d'accréditation à laquelle s'ajoutent les exigences spécifiques du cahier des charges élaboré et publié par la HAS.

Article censuré par le Conseil constitutionnel

Article 53 : Remboursement des aides techniques pour l'autonomie des personnes

- Adapter par décret la composition et les critères d'évaluation de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS) lors de l'examen d'aides techniques à usage individuel favorisant l'autonomie de la personne.
- Permettre à ces aides d'être inscrites sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) par l'assurance maladie.

Article 54 : Renforcement du dispositif de soutien aux proches aidants

- Élargissement du bénéfice de l'allocation journalière du proche aidant (AJPA) à ceux accompagnant des personnes dont le handicap ou la perte d'autonomie peuvent, sans être d'une particulière gravité, nécessiter une aide régulière de la part d'un proche.
- Revalorisation au niveau du SMIC du montant de l'AJPA et de l'allocation de présence parentale (AJPP) qui indemnise le congé de présence parentale permettant d'accompagner un enfant gravement malade, accidenté ou handicapé.
- Ouverture de l'AJPA et de l'AJPP aux conjoints collaborateurs d'une exploitation agricole ou d'une entreprise artisanale, commerciale, libérale ou agricole.

Article 55 : Poursuite de l'expérimentation de relais aux proches aidants

- Prolongation jusqu'au 31 décembre 2023 de l'expérimentation basée sur l'intervention continue d'un professionnel unique auprès d'une personne dépendante, en remplacement du proche aidant.

Article 56 : Publication d'un rapport sur la branche autonomie

- Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 31 mars 2022, un rapport dressant un bilan de la mise en oeuvre de la cinquième branche de la sécurité sociale
- Ce rapport propose en outre des solutions en vue de la mise en place d'un service territorial de l'autonomie visant à améliorer l'accès aux droits ainsi que la qualité et la continuité du parcours de vie des personnes dépendantes.

Article 57 : Publication d'un rapport sur la protection sociale des détenus en perte d'autonomie

- Le Gouvernement remet au Parlement, avant fin 2022, un rapport permettant d'apprécier l'effort financier consacré à la prise en charge des besoins de santé des détenus en perte d'autonomie

Chapitre 3 : Rénover la régulation des dépenses des produits de santé

Article 58 : Innovation numérique et accès précoce

- Une demande de prise en charge transitoire limitée à un an non renouvelable par l'assurance maladie est possible pour les exploitants d'un dispositif médical numérique revendiquant un impact clinique ou un impact organisationnel suivant un décret.
- Cette prise en charge dérogatoire n'est pas cumulable avec celle au titre des prestations d'hospitalisation.
- Elle est subordonnée à l'utilisation effective du dispositif médical numérique par le patient et au recueil de données en vie réelle.
- Plafonnement du prix d'achat de la spécialité qui a bénéficié d'une autorisation d'accès précoce, et ce pendant la période de continuité de traitement où la spécialité ne fait plus l'objet d'une prise en charge.
- Les médicaments disposant d'une autorisation de médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement pour une personne font également l'objet d'une prise en charge spécifique par l'assurance maladie. Précisions des modalités par décret.
- Le coefficient minorateur qui devait entrer en vigueur en janvier 2022 et qui visait à établir un mécanisme prudentiel sur le remboursement des spécialités pharmaceutiques aux établissements exerçant des activités de soins de suite et de réadaptation est supprimé.

Article 59 : Remises unilatérales médicaments et évolutions relatives à l'inscription de certains dispositifs médicaux

- Versement de remises par les entreprises en contrepartie d'une prise en charge par l'assurance maladie dès lors que leurs spécialités pharmaceutiques sont susceptibles d'être utilisées en association avec d'autres produits disposant d'une autorisation de mise sur le marché alors que cette association ne figure pas dans leur indication. Les modalités d'application sont précisées par décret.
- Le dispositif intra-GHS conditionne l'utilisation de certains dispositifs médicaux par les établissements de santé, et leur prise en charge au titre des prestations d'hospitalisation, à l'inscription sur une liste, dite « intra-GHS ». Afin d'être inscrits sur cette liste, les dispositifs médicaux doivent faire l'objet au préalable d'une évaluation par la

Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS) de la Haute Autorité de santé (HAS).

- Possibilité de prendre la décision relative à une nouvelle inscription sur la base d'un avis existant de la Haute Autorité de santé (HAS) dès lors qu'il est suffisamment récent, plutôt que d'en exiger un nouveau.
- Possibilité de l'inscription sur la liste en sus des dispositifs médicaux par indication.

Article 60 : Gestion des ruptures de stock de dispositifs médicaux

- Mise en place d'un système permettant à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) d'être informée de toute situation qui pourrait conduire à la rupture de stock de certains dispositifs médicaux.

Article censuré par le Conseil constitutionnel

Article 61 : Production en urgence de médicaments critiques et règles relatives aux préparations pharmaceutiques

- Autorisation aux pharmacies à usage intérieur (PUI) des établissements de santé à fabriquer elles-mêmes des médicaments essentiels que les laboratoires ne seraient plus en mesure de fournir. Seuls les établissements de santé habilités par le ministère de la santé dans des conditions définies par décret peuvent réaliser ces préparations.

Article 62 : Accès direct au marché remboursé post avis HAS

- Création d'un nouveau dispositif expérimental d'une durée maximale de quatre ans, dit « d'accès direct », permettant aux patients de pouvoir accéder dès l'obtention de l'avis de la Haute Autorité de santé à de nouveaux traitements qui ne sont pas éligibles à l'accès précoce mais qui présentent une amélioration du service médical rendu (ASMR) I, II, III ou IV avec un service médical rendu (SMR) important.
- Cette prise en charge par l'assurance maladie effectuée à titre exceptionnel a une durée maximale d'un an est décidée par arrêté.
- Ce dispositif est ouvert à toute indication d'une spécialité dès lors que celle-ci n'est pas disponible en ville.
- L'entreprise reverse des remises calculées sur la base du chiffre d'affaires hors taxes facturé aux établissements de santé, au titre de l'indication et de la période considérées. Comme pour l'accès précoce, les taux de ces remises sont définis selon un barème progressif par tranche de chiffre d'affaires, fixé par arrêté. Ce barème comprendrait en revanche des remises majorées par rapport à celui de l'accès précoce en raison d'un périmètre plus large.
- Les discussions conventionnelles doivent aboutir dans les dix mois suivant la décision de prise en charge d'accès direct. A défaut, le Comité économique des produits de santé prendra une décision avant le terme de l'accès direct (douze mois) pour fixer le prix du médicament.
- Plafonnement du prix d'achat de la spécialité qui a bénéficié de l'accès direct, et ce pendant la période de continuité de traitement où la spécialité ne fait plus l'objet d'une prise en charge.
- Évaluation formalisée par la remise d'un rapport au Parlement au bout de deux ans permettant d'évaluer la pertinence et l'efficacité du nouveau dispositif.

Article 63 : Publication d'un rapport sur la médecine génomique

- Le Gouvernement remet au Parlement d'ici fin 2022 un rapport analysant l'opportunité de créer une enveloppe budgétaire dédiée à la prise en charge des actes de médecine génomique.

Article censuré par le Conseil constitutionnel

Article 64 : Recours aux médicaments biosimilaires

- Le pharmacien peut délivrer, par substitution au médicament biologique prescrit, un médicament biologique similaire selon plusieurs conditions :
- Le biosimilaire appartient au même groupe biologique similaire que le médicament de référence.
- ce groupe biologique figure sur une liste fixée par arrêté du ministre de la Santé

- le prescripteur n'a pas exclu la possibilité d'une substitution par une mention justifiée et portée sur l'ordonnance, tenant à la situation médicale du patient
- si le médicament prescrit figure sur la liste des médicaments remboursables, la substitution doit se faire dans les conditions similaires à la substitution des médicaments génériques ou hybrides
- le pharmacien inscrit le nom du médicament délivré sur l'ordonnance et informe le prescripteur et le patient de la substitution.
- La substitution ne doit pas entraîner pour l'assurance maladie une dépense supérieure à celle qu'aurait entraînée la délivrance du médicament biologique similaire le plus cher du même groupe.
- **Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport identifiant la liste des dispositifs médicaux pouvant faire l'objet d'une substitution.**

Article partiellement censuré par le Conseil constitutionnel (paragraphe III)

Article 65 : Tarification des médicaments et critère industriel

- Prise en compte de l'empreinte industrielle dans la fixation des prix des produits de santé afin d'améliorer la sécurité d'approvisionnement du marché français et de garantir l'implantation des sites de production.

Article 66 : Lutte contre le tabagisme

- Expérimentation par décret dans trois régions d'une prise en charge par l'assurance maladie des substituts nicotiques pouvant être dispensés par les pharmaciens d'officine sans ordonnance.

Article 67 : Mise en conformité avec l'obligation de sérialisation pour les pharmacies d'officine

- **Les pharmaciens ont pour obligation de scanner le code datamatrix présent sur la boîte de médicaments pour vérifier l'authenticité des informations inscrites sur le produit et de désactiver l'identifiant unique de chacune de ses boîtes.**
- **En cas de non-respect de cette obligation de sérialisation, les pharmaciens s'exposent à une pénalité financière mise en oeuvre par les caisses d'assurance maladie allant de 350 à 10 000 euros. Les modalités d'application sont définies par décret.**

Article censuré par le Conseil constitutionnel

Chapitre 4 : Renforcer l'accès aux soins et les actions de prévention en santé

Article 68 : Amélioration de l'accès à la filière visuelle

- Autorisation pour les orthoptistes de réaliser les bilans visuels des patients d'une catégorie d'âge définie par décret, et de prescrire les aides visuelles adaptées (lunettes, lentilles de contact) sans passage par l'ophtalmologiste.
- Les orthoptistes peuvent également réaliser sans prescription médicale le dépistage de l'amblyopie du nourrisson et des troubles de la réfraction chez les jeunes enfants.
- L'orthoptiste et l'opticien-lunetier peuvent renouveler une prescription précédente de verres correcteurs ou de lentilles de contact oculaire réalisée par un médecin ophtalmologiste ou par un orthoptiste qu'à la condition qu'un bilan visuel ait été réalisé préalablement par un médecin ophtalmologiste selon des conditions fixées par décret.

Article 69 : Modalités de prescription des masseurs-kinésithérapeutes

- Les renouvellements par les masseurs-kinésithérapeutes de prescriptions médicales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an sont intégrés dans les relations conventionnelles entre l'Assurance maladie et les représentants de la profession.

Article 70 : Renforcement du contrôle des centres de santé

- Un chirurgien-dentiste référent ou un médecin ophtalmologiste est nommé au sein chaque centre ayant une activité dentaire ou ophtalmologique, parmi ses salariés. Il est responsable de la qualité et de la sécurité des soins et des actes professionnels au sein de sa structure devant l'ARS à qui il informe des divers manquements.
- Le directeur général de l'ARS est autorisé à refuser l'ouverture d'un nouveau centre ou d'une nouvelle antenne pour un gestionnaire lorsque l'un de ces centres ou l'une de ces antennes fait déjà l'objet d'une procédure de suspension ou de fermeture.
- Un agrément autorise l'exercice de l'activité dentaire ou ophtalmologique à la suite d'une visite de conformité afin d'éviter l'ouverture de centres frauduleux.

Article censuré par le Conseil constitutionnel

Article 71 : Sanction pour les centres de santé en cas de dérives dans la pratique médicale

- Création d'une amende administrative pouvant aller jusqu'à 150 000 euros pour les centres de santé lorsque des pratiques non respectueuses de la réglementation sont constatées.
- Le déconventionnement d'urgence, qui vise à suspendre le conventionnement d'un professionnel de santé lorsqu'il est constaté une violation particulièrement grave des engagements conventionnels, est également applicable aux centres de santé.
- Le directeur général de l'agence régionale de santé peut mettre le gestionnaire en demeure de publier les décisions de sanction financière le concernant sur son site Internet lorsqu'il existe, et sur les plateformes de prise de rendez-vous médicaux. Cette publication peut également être présente sur le site internet des autorités sanitaires.

Article 72 : Report de la mise en place du référentiel de bonnes pratiques de la Haute Autorité de santé

- Le référentiel des bonnes pratiques professionnelles élaboré par la Haute Autorité de santé et servant de base à la certification obligatoire pour les prestataires de service et distributeurs de matériel sera finalisé avant le 31 décembre 2022. L'obligation de certification des entreprises est ainsi reportée au 1er juillet 2024.

Article censuré par le Conseil constitutionnel

Article 73 : Expérimentation de l'accès direct pour les patients aux soins de kinésithérapie

- Afin de permettre aux patients ne pouvant accéder aux soins de kinésithérapie du fait de l'absence de médecins et donc de prescripteurs, les masseurs-kinésithérapeutes des structures de soins coordonnés peuvent exercer sans prescription médicale pour une durée de trois ans dans six départements. Un décret précise les modalités de mise en oeuvre de l'expérimentation.
- Remise au Parlement par le Gouvernement d'un rapport sur le bilan de cette expérimentation.

Article 74 : Expérimentation de l'accès direct pour les patients aux soins des orthophonistes

- L'État peut autoriser par décret les orthophonistes des structures de soins coordonnés à exercer sans prescription médicale pour une durée de trois ans et dans six départements.

Remise au Parlement par le Gouvernement d'un rapport sur le bilan de cette expérimentation.

Article 75 : Expérimentation sur l'accès des médecins généralistes au « guide de bon usage des examens d'imagerie médicale »

- Permettre après arrêté la mise à disposition du « guide du bon usage des examens d'imagerie médicale » au sein de l'espace numérique des médecins généralistes.

Article censuré par le Conseil constitutionnel

Article 76 : Expérimentation de prescriptions par les infirmiers en pratique avancée

- Les infirmiers en pratique avancée peuvent réaliser à titre expérimentale dans trois régions, certaines prescriptions soumises à prescription médicale dont la liste est fixée par décret.

Article 77 : Généralisation d'expérimentations en santé

- Généralisation du parcours de soin expérimental « Mission : Retrouve Ton Cap » destiné à des enfants de 3 à 12 ans inclus présentant un risque d'obésité.
- Ce parcours intégralement pris en charge par l'assurance maladie comprend un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des séances de suivi diététique et psychologique. Il sera confié aux maisons et centres de santé.
- L'expérimentation « Labo Sans ordo », qui permet un dépistage du VIH dans les laboratoires de ville sans ordonnance et sans avance de frais, est également généralisée.

Article 78 : Renouvellement temporaire des prescriptions par les pharmaciens

- Lorsque la durée de validité d'une ordonnance renouvelable est expirée et afin d'éviter toute interruption de traitement préjudiciable à la santé du patient, les pharmaciens peuvent dispenser les médicaments et dispositifs médicaux pendant un mois de traitement aux patients et ainsi assurer la continuité des soins.

Article 79 : Remboursement des séances réalisées chez le psychologue

- Instauration par décret de la prise en charge par l'assurance maladie de prestations d'accompagnement psychologique à partir de début 2022.

Article 80 : Accompagnement des innovations organisationnelles en santé

- Création d'une phase transitoire post expérimentation, financée par le fonds de l'innovation du système de santé, dans l'attente de l'entrée en vigueur des mesures de droit commun.
- Possibilité de tester des projets proposant des prises en charge réalisées en ambulatoire et facilitant la prescription et à la délivrance de certains médicaments soumis à une prescription médicale hospitalière ou réservés à l'usage hospitalier.

Article partiellement censuré par le Conseil constitutionnel (paragraphe I et II)

Article 81 : Expérimentation portant sur la prise en charge des transports bariatriques

- Prise en charge expérimentale par arrêté des transports bariatriques des personnes en situation d'obésité sévère ou morbide.

Article 82 : Rapport du Gouvernement sur le parcours de soin après un cancer

- Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1er septembre 2022 un rapport évaluant la mise en oeuvre du parcours de soins global après le traitement d'un cancer, et étudie notamment l'ouverture du remboursement par la sécurité sociale des traitements favorisant le retour à une vie sexuelle normale des femmes à la suite d'un cancer.

Article 83 : Prolongation de l'expérimentation « Halte soins addictions »

- L'expérimentation nationale visant à accompagner les usagers de drogues dans des espaces de réduction des risques par usage supervisé est étendue jusqu'au 31 décembre 2025. Ce prolongement permettra l'ouverture de ces espaces sur de nouveaux territoires.
- Possibilité pour les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) d'ouvrir ces espaces « halte soins addictions » (HSA).

Article 84 : Extension du périmètre du fonds de lutte contre les addictions

- Le fonds de lutte contre les addictions permet de financer et d'amplifier chaque année des actions innovantes de prévention et d'accompagnement contre les addictions liées à des substances psychoactives (tabac, alcool et drogues illicites).
- Extension du périmètre de ce fonds à toutes les formes d'addictions, afin de tenir compte de nouveaux usages problématiques (jeux, paris sportifs, écrans).

Article 85 : Extension de la gratuité de la contraception jusqu'à 25 ans

- Extension de la prise en charge intégrale par l'assurance maladie des frais liés à la contraception pour les femmes jusqu'à 25 ans inclus. Ce remboursement n'est actuellement permis que pour les assurées mineures. Cette disposition entre en vigueur le 1er janvier 2022.
- Extension de la prise en charge intégrale des consultations de prévention en matière de santé sexuelle aux jeunes hommes de moins de 26 ans.
- Remise au Parlement par le Gouvernement d'un rapport sur les moyens à mettre en oeuvre pour développer, promouvoir et prendre en charge la contraception masculine, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi.

Article partiellement censuré par le Conseil constitutionnel (paragraphe III)

Article 86 : Création d'un entretien post-natal obligatoire

- À partir de juillet 2022, un entretien post-natal obligatoire est réalisé par un médecin ou une sage-femme entre la quatrième et la huitième semaine qui suit l'accouchement. Cet entretien a pour objet de repérer les premiers signes de la dépression du postpartum et d'évaluer les éventuels besoins de la femme ou du conjoint en termes d'accompagnement.
- Un deuxième entretien peut être proposé entre la dixième et la quatorzième semaine qui suit l'accouchement par le professionnel de santé qui a réalisé le premier entretien aux femmes ayant accouché pour la première fois ou pour lesquelles il a été constaté des signes de la dépression du postpartum.

Article 87 : Communication autour des compétences des sage-femmes

- La Caisse nationale d'assurance maladie met en oeuvre des campagnes d'information afin de promouvoir, de communiquer et d'informer sur les compétences des sage-femmes.
- Celles-ci sont présentes tout au long du parcours de santé des femmes, de la prise en charge périnatale au suivi gynécologique de prévention en passant par l'accompagnement lors des interruptions volontaires de grossesse.

Article censuré par le Conseil constitutionnel

Article 88 : Simplification de l'accès à la complémentaire santé solidaire

- Extension de la prise en charge par le régime général d'assurance maladie des frais de santé à l'ensemble des personnes écrouées ainsi qu'aux enfants nés en détention.
- Afin de favoriser le recours à la complémentaire santé solidaire (CSS) pour les personnes en situation de précarité, les mesures suivantes sont proposées :
- l'attribution automatique de ce dispositif aux bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) à compter du 1er janvier 2022
- un accès simplifié de ce dispositif à compter du 1er avril 2022 pour les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) n'ayant pas exercé d'activité salariée ou indépendante durant une période de référence et dans des conditions déterminées par décret.
- Les assurés des organismes de mutualité sociale agricole peuvent bénéficier d'une remise de leurs dettes lorsqu'ils se trouvent en situation de forte précarité, à l'instar de ce qui est déjà opéré pour les assurés du régime général.

Article 89 : Protection sociale des ayants droit en Alsace-Moselle

- Mise en place pour les enfants majeurs ayant-droit du parent bénéficiaire du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle (RLAM) d'une extension par décret de l'âge jusqu'auquel il leur est permis de bénéficier de ce régime, qui devrait les couvrir jusqu'à 24 ans contre 20 ans aujourd'hui.

Article 90 : Mise en oeuvre de la réforme du 100 % Santé

- Les organismes d'assurance maladie complémentaire mettent à la disposition des professionnels de santé des services numériques définis par décret visant à garantir la bonne application de la dispense d'avance de frais dans le champ du panier 100 % Santé en dentaire, en optique et pour les audioprothèses.

Article censuré par le Conseil constitutionnel

Article 91 : Communication autour de l'examen de prévention en santé

- Prévoir l'information systématique des bénéficiaires du revenu de solidarité active de la possibilité d'effectuer l'examen de prévention en santé (EPS) proposé par la sécurité sociale. Ce bilan de santé gratuit comprend une information sur les droits en santé, le parcours de soins, les dispositifs d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

Article censuré par le Conseil constitutionnel

Article 92 : Affiliation à l'assurance maladie aux pensionnés établis à l'étranger

- Depuis le 1er juillet 2019, les pensionnés établis à l'étranger ne peuvent plus bénéficier de la prise en charge de leurs frais de santé (soins urgents et soins programmés) lors de leurs séjours temporaires en France, à moins d'avoir cotisé pendant au moins 15 ans auprès d'un régime français d'assurance maladie.
- Pour les pensionnés qui, avant le 1er juillet, bénéficiaient déjà d'une prise en charge de leurs soins en France, et par conséquent d'une carte vitale, la mesure prévoit le maintien de leur affiliation à l'assurance maladie dès que les intéressés bénéficient d'une pension rémunérant une durée d'assurance de plus de dix ans en France au 1er juillet 2019

Chapitre 5 : Simplifier et moderniser le service public de la sécurité sociale

Article 93 : Prolongation des dispositifs relatifs à la crise sanitaire

- Permission au Gouvernement de prendre par ordonnance jusqu'au 31 décembre 2022 les mesures de gestion de la crise sanitaire relatives :
 - aux conditions de versement des prestations en espèces de l'assurance maladie
 - au maintien de la rémunération des assurés contraints d'interrompre leur activité professionnelle du fait des consignes sanitaires
 - à la prise en charge de certains frais de santé liés à la limitation de la propagation de la Covid-19.

Article 94 : Cession des produits stockés par l'Agence nationale de santé publique

- Autoriser l'Agence nationale de santé publique, en charge de la gestion des stocks de produits de santé, à céder gratuitement aux établissements de santé des biens acquis à la demande du ministre de la Santé. Cette disposition aura pour effet d'éviter la destruction de ces produits arrivés à péremption.

Article censuré par le Conseil constitutionnel

Article 95 : Mission d'information pour les organismes de l'assurance maladie

- Renforcer l'information des organismes d'assurance maladie aux patients et aux professionnels de santé en :
 - délivrant les alertes adéquates aux assurés en cas de problème sanitaire affectant un médicament, un dispositif médical ou menaçant la santé de la population

- améliorant la prise en charge de certains des patients des professionnels de santé grâce aux données déjà détenues par l'assurance maladie pour lesquelles les patients n'auront pas posé leur opposition à cette transmission.

Article censuré par le Conseil constitutionnel

Article 96 : Simplification et modernisation des prestations en espèces pour les salariés et les travailleurs indépendants

- Les travailleurs indépendants peuvent bénéficier du maintien de leurs droits aux indemnités journalières maladie ou de maternité au titre de leur ancienne activité dans des conditions fixées par décret.
- Au vu de la mise en place d'un régime d'indemnités journalières maladie propres aux professions libérales, il est prévu de supprimer les indemnités journalières spécifiques aux praticiennes et auxiliaires médicales (PAMC).
- La réforme du congé paternité allongé à 25 jours est étendue aux collaborateurs des professions libérales.

Article 97 : Prise en compte de la variabilité des revenus des artistes-auteurs

- Prendre en compte la variabilité des revenus dans le décret en Conseil d'État qui encadre le régime social des artistes-auteurs en termes de validation des droits aux indemnités maladie, maternité, paternité et invalidité.

Article 98 : Simplification et modernisation des prestations en espèces pour les non-salariés agricoles

- Permission à la Mutualité sociale agricole (MSA) de mener des actions de lutte contre la désinsertion professionnelle auprès des agriculteurs fragilisés par leur état de santé ou les difficultés professionnelles.
- Extension par décret de la réforme du congé paternité aux chefs d'exploitation et d'entreprises agricoles lorsque ces derniers n'ont pas trouvé de remplaçant pour bénéficier de l'allocation de remplacement pour congé de paternité.
- Mise en place au bénéfice des non-salariés agricoles qui exercent leur activité sous le statut de collaborateur ou d'aide familial la même indemnité journalière forfaitaire en cas de congé maternité ou de congé paternité que celle prévue pour les pères et pour les mères cheffes d'exploitation lorsqu'ils n'ont pas trouvé à se faire remplacer.
- Création d'un capital décès destiné à apporter un soutien financier aux familles des non-salariés agricoles lorsqu'elles sont confrontées au décès d'un des leurs, après une maladie, un accident de la vie privée ou un suicide.

Article 99 : Échange de données entre administrations pour les prestations sociales

- Les organismes de sécurité sociale, Pôle emploi et les administrations de l'État échangent les données qu'ils détiennent et qui s'avèrent nécessaires au bénéfice des droits des personnes et au versement de leurs prestations.

Article censuré par le Conseil constitutionnel

Article 100 : Généralisation du recours à l'intermédiation financière des pensions alimentaires

- Rendre systématique le recouvrement par l'Agence de recouvrement et d'intermédiation des pensions alimentaires (Aripa) de la pension due auprès de l'ex-conjoint pour la verser au parent bénéficiaire.
- Les parents séparés auront toutefois la possibilité de refuser en amont l'intermédiation financière par une décision conjointe.

Article 101 : Droit à l'information des allocataires des prestations familiales

- Prévoir un droit à l'information des allocataires des prestations familiales afin de s'assurer qu'ils bénéficient d'une information complète et gratuite sur la nature et l'étendue de leurs droits, et plus particulièrement que toute femme enceinte soit renseignée sur l'ensemble des droits et congés auxquels elle peut prétendre.

Article censuré par le Conseil constitutionnel

Article 102 : Refonte du calcul de la prestation accueil et restauration scolaire

- Rendre plus lisible les modalités de revalorisation annuelle de la prestation accueil et restauration scolaire (PARS) visant à réduire le coût des repas, en remplaçant les arrêtés annuels par un alignement sur les règles de revalorisation des autres prestations du code de la sécurité sociale.

Article 103 : Report de l'entrée en vigueur de l'aide à la garde d'un jeune enfant

- Entrée en vigueur par décret et au plus tard au 1er septembre 2024 du tiers-payant pour les parents bénéficiant du complément de libre choix du mode de garde (CMG). Il permet la prise en charge partielle du coût de la garde d'un enfant de moins de six ans dans un service de garde à domicile, une crèche familiale ou une micro-crèche.

Article 104 : Amélioration de l'indemnisation des victimes professionnelles de pesticides

- Extension du périmètre du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides aux médicaments antiparasitaires vétérinaires.
- Les victimes peuvent déposer une demande d'indemnisation jusqu'au 31 décembre 2022.

Article 105 : Protection sociale dans le secteur des plateformes de mobilité

- Les plateformes peuvent proposer à leurs travailleurs des garanties collectives de protection sociale complémentaire santé potentiellement mises en place de manière collective.
- Lorsque le volume de leur activité et les recettes générées sont très réduits, les travailleurs de plateforme peuvent opter pour le régime général de sécurité sociale dans les mêmes conditions que les particuliers réalisant de très petites activités artisanales ou de prestation de service.

Article 106 : Rapport sur les accidents de travail et les maladies professionnels de travailleurs de plateforme

- Remise par le Gouvernement d'un rapport au Parlement sur le renforcement de la couverture en accident du travail et maladie professionnelles des travailleurs de plateformes.

Article censuré par le Conseil constitutionnel

Article 107 : Sécurisation des droits à retraite de base des travailleurs indépendants non agricoles affectés par les fermetures administratives

- Les travailleurs indépendants non agricoles des secteurs particulièrement touchés par la crise valident au titre de leur retraite pour les années 2020 et 2021 un nombre de trimestres équivalent à la moyenne de leurs trimestres validés sur les années 2017, 2018 et 2019.
- Le fonds de solidarité prend en charge le coût des cotisations de retraites de base qui n'ont pas été versées, selon des modalités fixées par décret.

Article 108 : Rachat de trimestres de retraite de base pour les travailleurs indépendants

- Les travailleurs indépendants non agricoles n'ayant pas été affiliés auprès d'un organisme de retraite avant la reprise par la sécurité sociale de la protection sociale des indépendants en janvier 2018 peuvent effectuer des rachats de leurs trimestres de retraite de base dans des conditions fixées par décret.
- Les professions listées par décret ayant été confrontées à une absence de reconnaissance légale de leur profession, ainsi que les travailleurs indépendants ayant connu une interruption du recouvrement de leurs cotisations de sécurité sociale à Mayotte, sont concernés par cette mesure.

Article 109 : Mécanisme de compensation pour les pensions de retraite des artistes-auteurs

- Autorisation pour les caisses concernées d'affecter une part de leur aide sociale à destination des artistes-auteurs. Cette aide supplémentaire doit permettre de corriger les dysfonctionnements de l'absence de cotisations à verser à l'assurance vieillesse par les artistes-auteurs durant plusieurs années, qui a résulté en une faible pension de retraite pour les personnes concernées.

Article 110 : Extension de la retraite progressive aux salariés en convention de forfait en jours et aux mandataires sociaux

- Ouverture du dispositif de retraite progressive aux salariés bénéficiaires d'une convention de forfait en jours ou en heures, ainsi qu'aux travailleurs non-salariés relevant des régimes de salariés (mandataires sociaux notamment).
- Versement de la pension d'invalidité désormais possible lorsque la retraite progressive est suspendue.

Titre II : Dotations et objectifs des dépenses des branches et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 111 : Dotations de la sécurité sociale

- La mesure fixe à 168,3 millions d'euros le montant de la contribution de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux agences régionales de santé (ARS) au titre de l'exercice 2022.
- Le montant de la contribution de la branche autonomie au fonds pour la modernisation de l'investissement en santé (FMIS) est fixé à 90 millions d'euros pour 2022.
 - Le montant de la dotation de l'assurance maladie :
 - au FMIS pour l'année 2022 est fixé à hauteur de 1 015 millions d'euros.
 - à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) est fixé à 135 millions d'euros pour l'année 2022.

Article 112 : Bilan sur les financements du fonds d'intervention régional

- Le rapport annuel remis par le Gouvernement au Parlement sur l'usage du fonds d'intervention régional (FIR) contient des éléments sur les actions mises en oeuvre pour améliorer la péréquation entre agences régionales de santé, les financements alloués via le FIR, les objectifs atteints ainsi qu'une analyse des démarches d'évaluation engagées pour améliorer cette allocation.

Article 113 : Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

- Les objectifs de dépenses la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés à :
- 230,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale
- 228,6 milliards d'euros pour le régime général de la sécurité sociale.

Article 114 : Ondam et sous-Ondam

- Pour 2022, l'Ondam des régimes obligatoires de base et de ses sous-objectifs est fixé comme suit :
- Dépenses de soins de ville : 102,5 milliards d'euros
- Dépenses relatives aux établissements de santé : 95,3 milliards d'euros
- Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées : 14,3 milliards d'euros
- Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées : 13,3 milliards d'euros
- Dépenses relatives au fonds d'intervention régional : 5,9 milliards d'euros
- autres prises en charge : 5,5 milliards d'euros
- Total : 236,8 milliards d'euros.
- L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) est fixé à 236,3 milliards d'euros en 2022 contre 237 milliards en 2021. Hors dépenses liées à la crise sanitaire, l'Ondam progresse de 3,8 % entre 2021 et 2022.

Article 115 : Absence de procédure d'alerte pour l'Ondam en 2022

- Une procédure particulière est normalement prévue lorsque le comité d'alerte sur les dépenses d'assurance maladie considère qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'Ondam.
- Suspension pour l'année 2022 de cette procédure d'alerte de sorte que des mesures de redressement ne soient pas automatiquement proposées en cas de risque de dépassement de l'ONDAM 2022 du fait des dépenses liées à la crise sanitaire.

Article 116 : Dotation au FIVA, au FCAATA, transfert compensation sous-déclaration ATMP et sous déclaration des ATMP

- Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) au financement du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante pour 2022 : 220 millions d'euros.
- Contribution de la branche AT/MP au financement du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante pour 2022 : 327 millions d'euros.
- Versement de la branche AT/MP à la branche maladie pour 2022 : 1,1 milliard d'euros.
- Dépenses supplémentaires pour la branche AT/MP du régime général engendrées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et le compte professionnel de prévention pour 2022 : 123,6 millions d'euros.
- Dépenses supplémentaires pour la branche AT/MP du régime des salariés agricole engendrées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et le compte professionnel de prévention pour 2022 : 8,7 millions d'euros.

Article 117 : Objectif de dépenses de la branche ATMP

- Les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés pour 2022 à :
- 14,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale
- 12,7 milliards d'euros pour le régime général de la sécurité sociale.

Article 118 : Objectif de dépenses de la branche vieillesse

- Les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés pour 2022 à :
- 256,6 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale
- 147,8 milliards d'euros pour le régime général de la sécurité sociale.

Article 119 : Objectif de dépenses de la branche famille

- Les objectifs de dépenses de la branche famille sont fixés à 49,7 milliards d'euros pour 2022.

Article 120 : Objectif de dépenses de la branche autonomie

- Les objectifs de dépenses de la branche autonomie sont fixés à 34,4 milliards d'euros pour 2022.

Article 121 : Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)

- Les dépenses du fonds de solidarité vieillesse devraient atteindre 19,6 milliards d'euros en 2022.

Pour en savoir plus

> [Calendrier du PLFSS 2022](#)

> [Rapport sur les comptes de la Sécurité sociale : résultats 2020 et prévisions 2021 et 2022](#)

> [Présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022](#) : site du ministère de la santé et des solidarités

> [Legifrance](#)

> [Site de l'Assemblée nationale](#)

> [Site du Sénat](#)

> [Notes de Nîle](#)

> [Site Ancreai](#) : les principales dispositions au secteur médico-social

Loi de financement de la Sécurité sociale 2023

[Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022, JORF, n° 298 du 24 décembre 2022](#)

[Décision du Conseil constitutionnel n° 2022-845 DC du 20 décembre 2022](#)

Présenté en Conseil des ministres, le 26 septembre 2022, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a été définitivement adopté par l'Assemblée nationale le 1^{er} décembre 2022 et se décline en 116 articles. Ce PLFSS est marqué par un contexte de difficultés d'accès aux soins accentuées par la crise du Covid-19, tant à l'hôpital qu'en ville, par la volonté du gouvernement d'investir plus largement dans le champ de la prévention, mais aussi par la fin du « quoi qu'il en coûte ». Ce PLFSS s'inscrit également en parallèle du Conseil national de la refondation et de la Conférence des parties prenantes en santé qui doivent marquer un changement de méthode de l'exécutif. Ce PLFSS intervient enfin dans un contexte de reconfiguration des équilibres politiques au sein de l'Assemblée nationale. De très nombreuses dispositions ont été adoptées au 49.3.

Le Conseil constitutionnel a été saisi par 120 sénateurs et 60 députés conformément à l'article 61 de la Constitution afin d'examiner la constitutionnalité du PLFSS pour 2023. Dans sa décision, rendue le 20 décembre 2022 (n°2022-845), le Conseil a abrogé l'article 101 du PLFSS. Ce dernier excluait du bénéfice des indemnités journalières, les salariés s'étant vu prescrire un arrêt de travail par téléconsultation. Le Conseil rappelle que si la lutte contre la fraude sociale est un objectif à valeur constitutionnelle, le seul motif que l'arrêt de travail ait été prescrit suivant une téléconsultation, n'est pas un moyen suffisant permettant d'établir que la prescription est indue. De plus, lors de la saisine du Conseil, les parlementaires ont également soumis à son jugement l'entrave au droit d'amendement dû à l'utilisation successive de l'article 49 alinéa 3. Le Conseil, chargé de ne juger que le respect des procédures encadrées par la Constitution, considère qu'il n'y a eu aucune méconnaissance de ses dispositions. Enfin, les parlementaires ont aussi interrogé le Conseil sur la sincérité du projet de budget. Le juge constitutionnel ne considère pas que les montants, plus particulièrement les recettes, soient "entachées d'une intention de fausser les grandes lignes de l'équilibre de la loi". Il rappelle par ailleurs que si les hypothèses économiques sur lesquelles se fonde le projet s'avèrent fausses, le gouvernement a la possibilité de proposer une loi rectificative. Enfin, le Conseil abroge 11 cavaliers sociaux. La plupart des dispositions abrogées portaient des mesures concernant l'organisation de certaines professions de santé. C'est notamment le cas de l'article 39 qui énonçait que les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les infirmiers avaient "vocation" à concourir aux permanences de soin. Cet article 39 a des conséquences indirectes sur le budget de la Sécurité sociale, d'où le retrait de cette mesure du PLFSS pour 2023. Elle pourra faire l'objet d'une loi distincte.

Les articles censurés par le Conseil constitutionnel sont surlignés en rouge dans le document.

Parmi les mesures phare :

- La mise en place de rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie, 20-25 ans pour la prévention primaire visant à favoriser un comportement favorable à la santé, 40-45 ans pour la prévention de maladies chroniques, 60-65 ans pour le dépistage des premières fragilités ou perte d'autonomie ;
- L'accès sans ordonnance et gratuitement au dépistage des infections sexuellement transmissibles pour tous et contraception d'urgence pour toutes les femmes ;
- Une mesure visant à réguler l'intérim médical. Les soignants devront d'abord travailler en salarié ou libéral pendant une durée minimale (fixée par voie réglementaire) avant d'accéder à l'intérim
- Indexation du prix du tabac sur l'inflation. Par ailleurs, la taxation du tabac à chauffer ou à rouler sera harmonisée avec celle du tabac classique ;
- Concernant le médicament et les dispositifs médicaux : création d'une contribution au titre de médicaments à forte croissance et chiffre d'affaires élevé, extension du périmètre de la clause de sauvegarde, mise en place d'un étalement de paiement des thérapies innovantes, renforcement des obligations de sécurité d'approvisionnement ;
- Création d'un statut *ad hoc* pour les sociétés de téléconsultation permettant de structurer leurs activités ;
- Enfin, le texte permet aux ministres en charge de la sécurité sociale de mettre en oeuvre des baisses tarifaires par voie réglementaire en cas d'absence d'accord conventionnel avec le secteur de la biologie permettant une économie de 250 millions d'euros dès 2023.

1 – Les dispositions relatives à l'exercice 2021

Article 1er : Approbation des tableaux d'équilibre, de l'objectif national de dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) et des éléments relatifs au fonds de réserve pour les retraites (FRR), au fonds de solidarité vieillesse (FSV) et la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)

- Équilibre des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : déficit de 27,7 milliards d'euros, 29,3 milliards d'euros en comprenant le fonds de solidarité vieillesse.
- Fonds de solidarité vieillesse : déficit de 1,5 milliard d'euros.
- Dépenses relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'Assurance Maladie : 240,1 milliards d'euros.
- Dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale : 17,8 milliards d'euros.
- Aucune recette n'a été affectée en 2021 par le Fonds de solidarité pour les retraites ou le fonds de réserve pour la solidarité vieillesse.

Article 2 : Approbation du rapport annexé (annexe A du PLFSS) sur les excédents ou déficits de l'exercice 2021 et le tableau patrimonial

2 – Dispositions relatives à l'exercice 2022

Article 3 : Rectification des tableaux d'équilibre

- Équilibre des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : déficit de 20,7 milliards d'euros, 18,9 milliards d'euros en comprenant le fonds de solidarité vieillesse.
- Fonds de solidarité vieillesse : excédent de 1,8 milliard d'euros.
- Les prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et Fonds de solidarité vieillesse sont nulles.
- Dette amortie par la caisse d'amortissement de la dette sociale : 18,6 milliards d'euros.

Article 4 : Rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM 2022

- Dépenses du champ de l'objectif national des dépenses d'Assurance Maladie : 247,0 milliards d'euros.

3 – Dispositions relatives à l'exercice et à l'équilibre de la sécurité sociale pour l'exercice 2023

Titre 1 : Dispositions relatives aux recettes, au recouvrement et à la trésorerie

Article 5 : Ajustement du crédit d'impôt pour le recours à des services à domicile (prestation d'accueil du jeune enfant, garde d'enfants, expérimentation pour les bénéficiaires de l'APA et la PCH)

- Ajustement de paramètres législatifs et calendaires du dispositif facilitant le recours à des services à domicile par la mise en place d'une avance immédiate du crédit d'impôt avec une entrée en vigueur fixée par décret et au plus tard le 1er janvier 2024.
- Harmonisation des missions relatives aux contrôles réalisés par les URSSAF.
- Mise en oeuvre d'une expérimentation similaire pour les bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap et de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Article 6 : Amélioration de l'efficacité du contrôle du recouvrement ; renforcement de la responsabilisation du donneur d'ordre pour lutter contre le travail dissimulé

- Généralisation de l'expérimentation visant à plafonner à trois mois la durée totale des contrôles dans les entreprises de 10 à 20 salariés.
- Facilitation de l'utilisation lors d'un contrôle des informations obtenues auprès de plusieurs entités d'un même groupe. Un décret en Conseil d'État fixe les conditions et garanties applicables à cette utilisation de documents ou d'informations ainsi que le délai d'information de la personne contrôlée. Le citoyen contrôlé est informé de la possibilité qu'il a de demander copie des documents ou informations obtenues.
- Mise en oeuvre d'une sanction différente en cas de récidive d'un donneur d'ordre non vigilant.

- Simplification de la procédure d'affiliation des salariés intérimaires en agriculture lorsqu'il est constaté qu'ils sont employés dans des conditions illégales.
- Unification du recouvrement des cotisations et contributions sociales.
- Faire de la déclaration PASRAU (Prélèvements à la source pour les Revenus Autres) le vecteur unique de déclaration des revenus de remplacement aux organismes sociaux et fiscaux.
- Organisation des modalités de prise en compte par l'URSSAF et la MSA des besoins de corrections des organismes et administrations destinataires des données de la Direction ministérielle au numérique en santé (DSN) en vue d'établir, en l'absence de correction spontanée par les employeurs, une déclaration corrigée unique pour leur compte.
- Les conditions d'application de cette disposition seront fixées par décret.

Article 7 : Élargissement des compétences des URSSAF et report de transferts d'unification du recouvrement social

- Les URSSAF devront assurer la vérification de la conformité et de la cohérence des informations déclarées par les employeurs lorsque les anomalies ou erreurs sont susceptibles d'affecter le montant des cotisations recouvrées.
- Report à 2024 l'entrée en vigueur du transfert aux URSSAF du recouvrement des cotisations de retraite complémentaire de l'AGIRC-ARRCO.
- Report à 2025 du recouvrement des cotisations d'assurance retraite collectées par les caisses dont la gestion est assurée par la caisse des dépôts et consignations (CNRACL, IRCANTEC, ERAFP, FEH).

Article 8 : Prolongement du dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO-DE) jusqu'au 1er janvier 2026**Article 9** : Correction d'une erreur matérielle de la loi du 21 février 2022

- Correction d'une erreur matérielle de la loi du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale, afin de maintenir le bénéfice de la réduction générale des cotisations et contributions patronales pour les salariés agricoles.

Article 10 : Sécurisation de l'activité de psychomotricien en tant que profession libérale**Article 11** : Précisions concernant l'exonération de cotisations patronales pour les armateurs en situation de concurrence internationale

- Vérification préalable par l'administration des critères d'éligibilité de l'exonération de cotisations patronales pour les armateurs en situation de concurrence internationale.
- Un contrôle a priori et posteriori du respect des conditions sera effectué par l'administration.

Article 12 : Sécurisation juridique du traitement social des primes versées aux salariés mahorais

- Sécurisation juridique du traitement social des primes versées aux salariés mahorais en précisant qu'elles bénéficient de la même exonération que dans l'hexagone et en outre-mer.

Article 13 : Exonération des médecins retraités aux cotisations d'assurance vieillesse en cas de reprise de fonction

- Les médecins retraités ayant repris leur fonction sont exonérés des cotisations d'assurance vieillesse, pendant l'année 2023, si leur salaire est inférieur à un montant fixé par décret.

Article 14 : Affiliation des élèves étudiants réalisant des missions pour les « Junior-Entreprises » au régime général

- Inscription de l'affiliation des élèves et étudiants réalisant des missions pour les « Junior-Entreprises » au régime général et de calcul des cotisations et contribution de sécurité sociale sur la base d'une assiette forfaitaire ou, s'ils le souhaitent, sur l'ensemble de leur rémunération.

Article 15 : Meilleure indexation de la fiscalité du tabac ; harmonisation du barème fiscal pour prendre en compte le report vers le tabac à chauffer ou à rouler

- Revalorisation des tarifs 2023 à hauteur de l'inflation hors tabac constatée pour 2022.
- Revalorisation du minimum de perception, selon le même mécanisme, dans la limite de 3%.

Intégration du tabac à chauffer ou à rouler dans le barème fiscal harmonisé

Article 16 : Remise d'un rapport au Parlement dressant un bilan de la mise en oeuvre de la taxe applicable sur les sodas votés dans la LFSS 2018 dans un délai d'un an

Article 17 : Déclaration et paiement des cotisations sociales pour les médecins régulateurs, dans le cadre du service d'accès aux soins (SAS)

- Permettre aux médecins libéraux qui exercent une activité de régulation d'être éligibles au dispositif simplifié de déclaration et de paiement des cotisations et contributions sociales sur l'ensemble de leurs revenus issus de cette activité.
- Permettre aux médecins libéraux qui assurent la régulation des appels en journée au sein du SAS, de bénéficier de la couverture assurantielle de l'établissement de santé siège de SAMU/SAS.

Article 18 : Clauses de sauvegarde des médicaments et des dispositifs médicaux 2023

Modification de la répartition de la clause de sauvegarde

- 70% de la contribution dite « clause de sauvegarde » seront calculés au prorata du chiffre d'affaires (au lieu de 100% actuellement).
- 30% de cette contribution seront calculés en fonction de la progression de ce chiffre d'affaires.
- Cette mesure ne s'appliquera pas aux chiffres d'affaires pour 2022.
- Création d'une progressivité de la fiscalité en cas de dépassement du montant Z.

Extension du périmètre de la clause de sauvegarde

- Le périmètre de la clause de sauvegarde est étendu aux médicaments innovants et en croissance, et aux médicaments achetés par Santé Publique France.
- Les médicaments génériques, biosimilaires, hybrides et matures ne sont pas soumis à la clause de sauvegarde.

Modification des modalités de paiement de la clause de sauvegarde

- La clause de sauvegarde fait l'objet d'un versement au plus tard le 1er juillet suivant l'année civile au titre de laquelle elle est due. Il est prévu également que les entreprises redevables de la contribution soient tenues de remettre à la sécurité sociale la déclaration permettant de déterminer le CA réalisé au cours de l'année, déclaration transmise au CEPS.
- Si les modalités de déclaration du chiffre d'affaires sont inchangées, en revanche il est précisé que le CEPS communique à la sécurité sociale les différences éventuelles entre les montants de chiffre d'affaires déclarés et les données que le CEPS possède dans le cadre de ses missions. En cas de différence, les entreprises doivent rectifier la déclaration sous quinzaine.
- Il est également précisé que la sécurité sociale notifie au plus tard le 1er octobre aux entreprises le montant de la clause de sauvegarde qui leur est réclamé pour N-1.
- La clause de sauvegarde est versée par l'entreprise au plus tard le 1er novembre de N+1, ce qui rallonge le délai de quatre mois par rapport au cadre légal actuel.
- En cas de méconnaissance des délais susmentionnés, la sécurité sociale majore la clause de sauvegarde.

Définition du montant M de la clause de sauvegarde pour 2023

- Le montant M est le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde. Pour 2023, ce montant M est fixé à 24,6 milliards d'euros. Pour rappel, il était pour 2022 fixé à 24,5 milliards d'euros.

Définition du montant Z de la clause de sauvegarde pour **2023**

- Le montant Z est le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde pour la liste en sus. Pour 2023, ce montant Z est fixé à 2,21 milliards d'euros. Pour rappel, il était pour 2022 fixé à 2,15 milliards d'euros

Article 19 : Remise d'un rapport au parlement sur la régulation économique de l'industrie pharmaceutique avant le 1er juillet 2023

- Ce rapport accordera une attention particulière au mécanisme de clause de sauvegarde.

Titre 2 : Conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale

Article 20 : Transfert du financement des indemnités maternité à la branche famille

- Transfert à la caisse nationale des allocations familiales de la prise en charge financière des indemnités journalières au titre du congé maternité correspondant à la période post-natale de ce congé. La prise en charge des indemnités journalières relatives à l'adoption et à l'accueil de l'enfant, dans leur intégralité est également transférée à la branche "famille".
- Correction du projet de loi en prévoyant le même régime de financement des indemnités et allocations versées aux mères en cas d'hospitalisation de l'enfant ou au conjoint en cas de décès de la mère.
- Ce transfert prend la forme d'un remboursement par la CNAF à la CNAM.
- Compensation par la TVA de la baisse des cotisations de travailleurs indépendants à la suite de la loi pouvoir d'achat.

Article 21 : Approbation du montant de la compensation des exonérations (6,6 milliards d'euros pour 2023) mentionné à l'annexe 4

Article 22 : Dispositions relatives aux cotisations patronales et le rachat de RTT

- Déduction forfaitaire des cotisations patronales sur les heures supplémentaires pour les entreprises d'au moins vingt et de moins de deux cent cinquante salariés.
- Application de la déduction et du dispositif temporaire de rachat de journée de RTT prévu à l'article 5 de la LFR pour 2022 aux territoires de Mayotte et de Saint-Pierre-et-Miquelon.
- La réduction de cotisations sociales au titre des heures supplémentaires dont bénéficient les entreprises de 20 à 249 salariés s'applique également aux rachats de RTT effectués par ces mêmes salariés avant le 31 décembre 2025.

Article 23 : Approbation des prévisions de recettes et dépenses et du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV)

- Équilibre des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : déficit de 8,4 milliards d'euros, 7,1 milliards d'euros en comprenant le fonds de solidarité vieillesse.

Article 24 : Objectif d'amortissement de la dette sociale par la caisse d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du Fonds de réserve pour les retraites et fonds solidarité vieillesse

- Objectif d'amortissement par la Caisse d'amortissement de la dette sociale pour 2023 : 17,7 milliards d'euros.
- Aucune recette n'est prévue en 2023 pour le Fonds de solidarité pour les retraites ou le fonds de réserve pour la solidarité vieillesse.

Article 25 : Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes

- Permettre aux organismes mentionnés ci-dessous de recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie.
- Le plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) est fixé à 45 milliards d'euros pour l'exercice 2023, en réduction de 20 milliards d'euros par rapport au plafond 2022.
- Le plafond d'emprunt de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour 2023 est fixé à 350 millions d'euros, soit 50 millions de plus qu'en 2022.
- Le niveau de ressources non permanentes auquel pourra recourir la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) est fixé à 550 millions d'euros pour la période courant du 1er janvier au 31 janvier, puis à 400 millions d'euros pour le reste de l'année 2022.
- Le plafond de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) est quant à lui fixé à 450 millions d'euros, supérieur de 40 millions d'euros au plafond d'emprunt en 2022.
- Les besoins de trésorerie de la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) seront nuls en 2023.
- La Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et hospitaliers (CNRACL) devra recourir ainsi à l'emprunt en 2023 pour des volumes plus conséquents qu'en 2022 en raison d'une nouvelle dégradation du solde prévisionnel. Cette perspective défavorable conduit à augmenter le plafond d'emprunt de la CNRACL à 7,5 milliards d'euros.

Article 26 : Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (Annexe B du PLFSS)

4 – Dispositions relatives aux dépenses de la sécurité sociale pour l'exercice 2023

Titre 1 : Dispositions relatives aux dépenses

Chapitre 1 : Renforcer les actions de prévention en santé

Article 27 : Mesures dérogatoires dans le cadre de la crise Covid-19

- Prise en charge intégrale par l'Assurance Maladie obligatoire des actes et injections liées à la vaccination contre la Covid. Cette prise en charge est jusqu'à une date fixée par décret et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2023.
- Prolongement de la délivrance des arrêts-maladies dérogatoires en cas de test PCR ou antigénique positif. Cette délivrance est jusqu'à une date fixée par décret et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2023.
- Reconduction de la disposition permettant de neutraliser certains revenus pour les travailleurs indépendants (si cela est favorable) dans le calcul de leurs indemnités journalières. Les conditions de cette prise en charge sont fixées par décret.

Article 28 : Amélioration des échanges d'information entre l'administration fiscale et l'ACOSS

- Permettre les échanges d'information entre l'administration fiscale et l'ACOSS sur les revenus 2022 afin de permettre aux caisses primaires d'Assurance Maladie de calculer les prestations en espèces des micro-entrepreneurs concernés sur la base du chiffre d'affaires brut.

Article 29 : Création de rendez-vous de prévention à certains âges

- Création de rendez-vous de prévention à certains âges clés de la vie (20-25 ans / 40-45 ans / 60-65 ans).
- Ces rendez-vous devront être le lieu de repérage des violences sexistes et sexuelles, promouvoir l'activité physique et sportive, une alimentation favorable à la santé, prévenir certains cancers et addictions, les risques liés à la situation de proche aidant, l'infertilité et promouvoir la santé mentale et sexuelle. Ils devront être adaptés aux besoins de santé des femmes et doivent prévenir la perte d'autonomie.
- Le contenu et les modalités de mise en oeuvre et prise en charge de ces « rendez-vous de prévention » seront précisés notamment par des textes réglementaires, après avis du Haut Conseil de la santé publique et les conventions liant l'Assurance Maladie et les professionnels de santé libéraux.
- Ces consultations de prévention ne pourront pas exceptionnellement être réalisées par télémedecine.

Article 30 : Remboursement des examens de dépistage pour le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles

- Cet examen sera possible, sans ordonnance, dans tous les laboratoires de biologie médicale et en étendant leurs remboursements à 100% pour les moins de vingt-six ans.
- La liste des infections sexuellement transmissibles est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale. L'arrêté précise également les modalités de réalisation des dépistages.

Article 31 : Expérimentation d'un dépistage néo-natal de la drépanocytose de façon systématique et obligatoire

- Un décret détermine les modalités de mise en oeuvre de l'expérimentation.
- La liste des territoires participant à cette expérimentation sera soumise à un arrêté.
- Un rapport est remis au parlement six mois avant la fin de l'expérimentation.

Article 32 : Remboursement de la contraception d'urgence sans prescription pour toutes les femmes, quel que soit l'âge selon la liste de ces contraceptions avec une entrée en vigueur dès le 1er janvier 2023

- Accompagnement de la délivrance de la contraception d'urgence d'une information claire et concise sur les différents moyens sûrs de contraception.

Article 33 : Ouverture aux infirmiers, aux sages-femmes de la possibilité de prescrire et administrer certains vaccins

- Après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, un arrêté précisera la liste des vaccins, les personnes susceptibles de se les voir administrer, les modalités selon lesquelles les sages-femmes assurent la traçabilité des vaccinations réalisées et transmettent au médecin traitant de ces personnes les informations relatives à ces vaccinations.
- Permet aux étudiants de 3e cycle de médecine et de pharmacie d'administrer les vaccins du calendrier des vaccinations dans le cadre de leurs stages de 3e cycle.

- Des textes réglementaires préciseront les conditions de formation préalable, la liste des vaccins pouvant être administrés ainsi que les personnes susceptibles d'être vaccinées par c

Chapitre 3 : Renforcer l'accès aux soins

Article 34 : Remboursement à 100% des frais de transports urgents préhospitaliers réalisés à la demande du Samu ; réduction du remboursement des transports programmés

- Mise en oeuvre d'une exonération de participation aux frais relatifs aux transports urgents préhospitaliers qui seront désormais entièrement pris en charge par l'Assurance Maladie obligatoire.
- Cette exonération sera prise en charge par une hausse du ticket modérateur sur les transports programmés. Cette disposition entrera en vigueur le 1er janvier 2023

Article 35 : Dispositions concernant les conventions médicales

- Harmonisation des dispositions légales qui encadrent les conventions passées entre l'Assurance Maladie et les professions de santé (médecins, sage-femmes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues).
- Actualisation du champ de la convention des pharmaciens d'officine.
- Création d'un statut d'observateur pour les représentants des maisons de santé pour leur conventionnement.
- Entrée en vigueur immédiate, par dérogation au délai de six mois, des mesures conventionnelles de cet article

Article 36 : Expérimentation d'une durée d'un an autorisant les infirmiers à signer des certificats de décès

- Les frais relatifs à l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès, réalisé au domicile du patient, seraient pris en charge par le fonds d'intervention régional.
- Un décret détermine les modalités de mise en oeuvre de l'expérimentation. Rapport au parlement est remis trois mois après la fin de l'expérimentation

Article 37 : Réforme du troisième cycle des études de médecine

- Création d'une quatrième année du troisième cycle des études de médecine intégralement réalisée en stage supervisé en pratique ambulatoire.
- Ce stage est prioritairement réalisé dans les zones sous dotés en professionnels de santé.
- Cette réforme n'est pas applicable aux étudiants qui ont déjà débuté le troisième cycle. Mise en application de la réforme en 2023.
- Ces stages peuvent avoir lieu dans une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), ou à titre exceptionnel, en milieu hospitalier ou extrahospitalier.
- Les conditions et modalités de réalisation de ce stage sont déterminées par voie réglementaire.
- Les étudiants pourront bénéficier de modalités de rémunération correspondant aux tâches qu'ils effectueront effectivement durant leur stage. Ces modalités seront déterminées par décret

Article 38 : Rationalisation des dispositifs d'aide à l'installation

- Pour les médecins conventionnés avec l'Assurance Maladie, un contrat unique sera élaboré dans le cadre de la nouvelle convention médicale permettant de fusionner les différents contrats proposés aujourd'hui par l'État ou l'Assurance Maladie.
- Création d'un comité d'aide à l'installation dans chaque département, dont la création ne nécessite pas de vecteur législatif. Il aura pour mission de coordonner l'action des différents partenaires concernés à l'échelon territorial en particulier des agences régionales de santé (ARS), l'Assurance Maladie, et les collectivités territoriales. Ce comité sera composé de :
 - représentants des collectivités territoriales
 - représentants des professionnels de santé libéraux
 - représentants de l'État et des organismes de la sécurité sociale.
- Création d'un guichet unique départemental d'information et d'orientation géré par l'ARS. Ses missions sont l'information et l'accompagnement des professionnels de santé (démarches administratives, aides disponibles). Les instances territorialement compétentes des ordres professionnels concernés y sont associées.
- L'entrée en vigueur de ces nouveaux dispositifs est prévue pour le 1er janvier 2024.

Article 39 : Création d'une responsabilité collective de participation à la permanence des soins

- Garantir un accès aux soins non programmés pendant les horaires de fermeture des services hospitaliers et cabinets médicaux en répartissant cet effort entre toutes les structures et tous les médecins d'un territoire. Des contrôles seront réalisés et des réquisitions en cas de défaut de fonctionnement.
- Élargissement de la permanence des soins aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et infirmiers diplômés d'État.
- Les rémunérations d'astreintes pour les nouvelles professions seront déterminées par voie réglementaire.

Article censuré par le Conseil constitutionnel

Article 40 : Expérimentation de l'accès direct aux infirmières de pratique avancée

- L'expérimentation durera trois ans dans trois régions déterminées par voie réglementaire. Un décret précisera, après avis de la Haute Autorité de santé, les modalités de l'expérimentation.
- Un rapport est remis par le Gouvernement au Parlement au plus tard six mois avant la fin de l'expérimentation.

Article 41 : Expérimentation d'un forfait de complément de rémunération à l'activité des médecins

- L'expérimentation durera trois ans, un arrêté précisera la liste des territoires concernés dans la limite de six régions, dont au moins un territoire ultramarin.
- Ce forfait interviendrait dans le cadre de consultations avancées, pour notamment, lutter contre les déserts médicaux.
- Un rapport sera remis au parlement six mois avant la fin de l'expérimentation.
- Les ARS seront chargées de l'organisation de ces consultations avancées.
- Le financement est assuré par l'Assurance Maladie selon les tarifs de droit commun.

Article 42 : Dispositions visant à freiner l'usage de l'intérim des professionnels de santé

- Conditionnement de l'emploi des professionnels de santé en qualité d'intérimaire par les établissements de santé, laboratoires de biologie médicale, établissements de services médico-sociaux et entreprises de travail temporaire établies à l'étranger à un exercice préalable dans un cadre autre qu'un contrat avec une entreprise de travail en intérim pendant une durée minimale définie dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.
- Cette durée sera fixée par décret en Conseil d'État et concertation avec les parties prenantes.
- Il appartient aux entreprises de travail temporaire de vérifier le respect de la condition fixée au premier alinéa et d'en attester auprès des établissements de santé au plus tard lors de la signature du contrat de mise à disposition. Les modalités de cette disposition seront déterminées par décret en Conseil d'État. Une contravention de cinquième classe est appliquée pour les entreprises d'intérim ne respectant pas cette disposition. Cette contravention sera fixée par décret.

Article censuré par le Conseil constitutionnel

Article 43 : Autorisation aux juridictions financières et aux organismes de contrôle administratif de contrôler les établissements de santé privées et leurs sociétés.

Article censuré par le Conseil constitutionnel

Article 44 : Transcription, dans la loi, du prolongement de la garantie financière accordée aux établissements de santé jusqu'au 31 décembre 2022

- À titre transitoire, les établissements de santé peuvent bénéficier de mécanismes de financement dérogatoire pour l'année 2023. Ces mécanismes seront définis par arrêté après propositions de l'IGAS et IGF.

Article 45 : Clarification de la réforme des autorisations (équipements matériels lourds de soins) et adaptation du droit des groupements de coopération sanitaire (GCS).

Article censuré par le Conseil constitutionnel

Article 46 : Mesures concernant la facturation des actes des infirmières en pratique avancée

- Permet aux établissements dits « ex-OQN » de facturer les actes et consultations externes (ACE) réalisés par leurs infirmiers exerçant en pratique avancée (IPA) salariés.

Article 47 : Extension du dispositif cumul emploi-retraite

- Prolongement du dispositif jusqu'au 31 décembre 2035.

Article 48 : Report de la date limite de passage en commission nationale d'autorisation d'exercice des praticiens diplômés hors Union européenne

- Report au 30 avril 2023 au lieu du 31 décembre 2022.

Chapitre 3 : Accompagner les professionnels de santé et rénover le parcours de soins

Article 49 : Création d'un droit d'accès à l'information auprès des personnes physiques ou morales exploitant des équipements matériels lourds d'imagerie médicale

- Renforcement de la transparence de l'information sur les charges d'exploitation des équipements lourds afin que la Caisse nationale d'Assurance Maladie puisse ensuite ouvrir des discussions en s'appuyant sur des données partagées sur la régulation du secteur de l'imagerie.
- Élargissements des forfaits techniques en intégrant les produits de contraste. Un arrêté fixera les tarifs de ces forfaits techniques.
- Suppression de la possibilité pour le directeur général de l'UNCAM de prévoir unilatéralement une baisse de forfaits techniques.
- Les modalités de la mise en application de cette disposition seront fixées par décret en Conseil d'État.
- Création d'une possibilité à l'UNCAM de réaliser tous les trois ans une étude de coûts sur le secteur de l'imagerie auprès d'un échantillon de radiologues. Les modalités pratiques sont définies par un décret en Conseil d'État.

Article 50 : Mesures concernant le Haut Comité des nomenclatures

- Le Gouvernement définit chaque année une liste des prestations et des actes dont la hiérarchisation et les tarifs doivent être révisés lors de l'année suivante selon des modalités précisées par décret.

Article censuré par le Conseil constitutionnel

Article 51 : Dispositions concernant la biologie

- Réforme de la procédure d'inscription des actes au référentiel des actes innovants hors nomenclature de biologie et d'anatomopathologie (RIHN).
- Les critères d'éligibilité, les modalités d'inscription après avis de la Haute Autorité de santé sur la liste des actes, ainsi que la procédure d'actualisation de cette liste après avis de la Haute Autorité de santé, sont fixés par décret en Conseil d'État.
- Permettre une baisse des tarifs de biologie par arrêté du ministre de la Santé en cas de d'absence d'économies significatives lors de la prochaine négociation conventionnelle.

Article 52 : création d'une nouvelle Commission réglementée, dédiée à l'évaluation des technologies diagnostiques au sein de la HAS

- Cette commission intervient dans le cadre d'inscription sur les listes de prise en charge par l'Assurance Maladie.
- Cette commission aura comme mission :

L'évaluation des actes professionnels à visée diagnostique, pronostique et prédictive

- l'évaluation des médicaments diagnostiques associés à des actes d'imagerie
- l'évaluation des dispositifs médicaux diagnostiques à usage individuel.

Article censuré par le Conseil constitutionnel

Article 53 : Création d'un statut pour les sociétés de téléconsultation

- Création d'un statut *ad hoc* pour les sociétés de téléconsultation permettant de structurer leurs activités, renforcer la qualité des soins et le respect des normes de sécurité et d'accessibilité en vue d'un remboursement par l'Assurance Maladie obligatoire dans les conditions prévues par la convention médicale.
- Ce statut permettra également le contrôle et les sanctions en cas de non-respect des exigences fixées, notamment de qualité et des conditions de facturation des téléconsultations. Un respect du RGPD sera notamment exigé.
- Les dispositions du présent article entrent en vigueur dans des conditions et à une date fixée par décret, et au plus tard le 31 décembre 2023 à l'exception des dispositions de sanctions, qui entrent en vigueur à une date fixée par décret en Conseil d'État et au plus tard le 31 décembre 2024.

Chapitre 4 : Rénover la régulation des dépenses de produits de santé

Article 54 : Prise en charge et remises des médicaments bénéficiant d'un accès compassionnel et des médicaments de thérapie innovante

Prix de vente des spécialités pharmaceutiques : mise en place d'un étalement de paiement des thérapies innovantes

- Sont fixés par convention entre le laboratoire et le CEPS un tarif de responsabilité et un prix limite de vente aux établissements de santé. Ce tarif de responsabilité peut être facturé en sus des prestations d'hospitalisation.
- Il est prévu que lorsque le prix d'un traitement de thérapie innovante (au sens du droit européen) demandé par le laboratoire est supérieur à un seuil fixé par arrêté, le coût de ce traitement doit être fixé par convention entre le laboratoire et le CEPS ou à défaut par décision du CEPS.
- Le médicament de thérapie innovante est alors remboursé aux établissements en sus des prestations d'hospitalisation, dans les conditions de la liste en sus, avec des aménagements : le tarif de responsabilité est fixé afin que son montant (nombre d'unités X tarif de responsabilité) soit inférieur à un forfait de thérapie innovante fixé par arrêté, et le prix limite de vente doit être égal au tarif de responsabilité.
- Lorsque le coût de traitement fixé par convention avec le CEPS ou par décision du CEPS est supérieur au montant (nombre d'unités X tarif de responsabilité), un ou plusieurs versements successifs sont réalisés annuellement par l'Assurance Maladie au laboratoire selon des modalités définies par décret.
- Si le coût de traitement est supérieur au forfait de thérapie innovante, alors la prise en charge du médicament s'effectue donc par le remboursement de l'établissement sur la base du tarif de responsabilité, et si besoin par un ou plusieurs versements réalisés au laboratoire.
- Le nombre, les montants, les conditions, et les échéances des versements sont fixés par la convention de prix de thérapie innovante passée entre le CEPS et le laboratoire ou par décision du CEPS en l'absence de convention. Ces paramètres tiennent compte des données d'efficacité du médicament, notamment les données mentionnées spécifiquement par l'avis de la commission de la transparence (CT) de la HAS.
- Les versements cessent en cas d'échec du traitement pour un patient ou en cas d'administration d'un autre traitement de même visée thérapeutique.
- Le recueil des données est à la charge du laboratoire, à qui les prescripteurs transmettent les données de suivi des patients traités.

Remise d'un rapport, par le Gouvernement au Parlement, sur l'opportunité de mettre en place le dispositif de référencement

- Le dispositif de référencement prévoit la mise en place d'un dispositif d'appels d'offres permettant de conditionner la prise en charge financière par l'Assurance Maladie de médicaments à un référencement sélectif.

Article censuré par le Conseil constitutionnel

Information sur le montant de chiffre d'affaires dans le cadre de l'accès compassionnel

- L'entreprise titulaire des droits d'exploitation ou l'exploitant de la spécialité en accès compassionnel verse chaque année des remises calculées sur la base du chiffre d'affaires hors taxes, remises calculées selon des barèmes progressifs par tranche de chiffre d'affaires fixés par arrêté.
- Au stade très précoce, ces remises peuvent être majorées si l'entreprise ne dépose pas de demande d'accès précoce dans un certain délai défini par décret ou si le nombre d'autorisations pour la spécialité excède des seuils fixés par arrêté.
- Le 15 février de chaque année, l'entreprise titulaire des droits d'exploitation ou l'exploitant de la spécialité informe le Comité économique des produits de santé du chiffre d'affaires correspondant à cette spécialité ainsi que du nombre d'unités vendues, pour chacune des indications concernées, au titre de l'année civile précédente. Il s'agit de l'extension au dispositif d'accès compassionnel de l'information au CEPS déjà prévue dans le mécanisme d'accès précoce.

Facturation de médicaments achetés hors-AMM par Santé Publique Œuvre

- Santé Publique Œuvre peut acquérir, stocker, distribuer des produits de santé en cas de menaces sanitaires graves ou pour répondre à des besoins de santé publique, thérapeutiques ou diagnostiques non couverts par ailleurs faisant l'objet d'une rupture d'approvisionnement.

- En cas d'acquisition de médicaments en accès précoce, en accès compassionnel ou en accès direct par Santé publique Œuvre, le chiffre d'affaires facturé correspond à la multiplication du prix auquel Santé Publique Œuvre a acheté la spécialité par le nombre d'unités administrées ou dispensées par les établissements.

Élargissement des remises conventionnelles à l'ensemble des médicaments

- Pour les spécialités susceptibles d'être utilisées concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments et pour les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle ou faisant l'objet d'une distribution parallèle, leur remboursement peut être subordonné au versement de remises obligatoires par les entreprises. La restriction à ces seules catégories de médicaments, ouvrant ainsi cette possibilité à l'ensemble des médicaments inscrits au remboursement, est supprimée.

Création de remises pour cause de périmètre d'indications trop restreint

- Lorsqu'un médicament est inscrit sur la liste « ville », « collectivités », « rétrocession » ou « en sus » pour un périmètre d'indication plus restreint que celui dans lequel ce médicament présente un SMR suffisant, l'entreprise verse des remises sur le CA HT au titre de cette spécialité et de la période considérée, jusqu'à ce que l'entreprise demande la prise en charge de la spécialité pour l'ensemble des indications concernées.
- Ces remises sont déterminées par le CEPS selon un barème défini par arrêté en fonction de la taille respective de chacune des populations cibles.
- Est également prévu que lorsqu'une entreprise méconnaît une date d'échéance d'une déclaration ou information prévue par les dispositifs d'accès précoce ou compassionnel, par les conventions de remise, par le dispositif de déclaration du CA d'une thérapie inscrite sur la liste en sus, ou par le dispositif d'accès direct, les remises dues par l'entreprise au titre de la spécialité concernée sont majorées de 2% par semaine de retard.
- Les modalités sont précisées par décret déterminant les conditions d'application des majorations.

Remises unilatérales sur les innovations thérapeutiques

- Le CEPS peut prononcer de manière unilatérale, des remises pour les médicaments innovants.

Ajout d'une condition supplémentaire pour l'octroi de l'accès précoce

- La décision d'autorisation d'accès précoce pour un médicament qui ne dispose pas d'une autorisation de mise sur le marché dans l'indication considérée mais dont le laboratoire s'engage à déposer une demande d'autorisation est subordonnée à l'absence d'avis défavorable émis par le comité des médicaments à usage humain de l'EMA.

Modification du cadre temporaire de remises du cadre de prescription compassionnelle

- Les médicaments pris en charge au titre d'un cadre de prescription compassionnelle et dispensés en officine voient leurs remises calculées sur la base d'une fraction du CA annuel dans une limite de 10% pour encore une année supplémentaire (jusqu'au 1^{er} janvier 2024).

Entrée en vigueur des modifications de remises

- Les remises telles que modifiées par le PLFSS pour 2023 s'appliqueront à partir du 1^{er} janvier 2024.

Article 55 : Disposition concernant la liste de rétrocession

- Les médicaments inscrits sur la liste de rétrocession ne peuvent être pris en charge, lorsque délivrés par une PUI, que s'ils figurent sur une liste établie dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.
- Le dispositif de prise en charge des médicaments de la liste de rétrocession sera donc similaire à celui concernant la prise en charge des spécialités en ville.

Article 56 : La remise annuelle est calculée avec l'année d'inscription de la spécialité pharmaceutique

Article 57 : Prolongement de l'expérimentation sur le cannabis thérapeutique

- L'expérimentation de l'utilisation du cannabis thérapeutique est prolongée d'un an, jusqu'en mars 2024.

Article 58 : Révision des modalités de prise en charge, de tarification et de distribution des produits de santé et du cadre du conventionnement avec le CEPS

Dispositifs médicaux : réforme du cadre de conventionnement avec le CEPS

- En application des orientations gouvernementales, le CEPS peut conclure des conventions avec les entreprises exploitant des produits inscrits à la liste des produits et prestations remboursables (LPPR), ou avec les organisations regroupant les entreprises en cas d'inscription générique.
- La signature de ces conventions est subordonnée à l'engagement par les entreprises de respecter la charte de la visite médicale. Les entreprises doivent également faire évaluer et certifier par des organismes accrédités la conformité à cette charte de la visite médicale dans des conditions fixées par la HAS.
- Dans le cas d'une signature de la convention avec une organisation d'entreprises, celle-ci s'engage à promouvoir le recours à la procédure de certification auprès de ses entreprises membres.
- Ces conventions déterminent les relations entre le CEPS et chaque signataire, notamment concernant les remises, la participation aux orientations ministérielles, les conditions de la mise en œuvre d'études (notamment médico-économiques) postérieures à l'inscription sur la LPPR.
- Les conventions peuvent être adaptées, ou à défaut résiliées, sur demande du CEPS si l'évolution des dépenses n'est pas compatible avec le respect de l'ONDAM ou si les orientations du CEPS ne sont plus compatibles avec les conventions conclues.
- Lorsque la convention prévoit la réalisation d'études (notamment médico-économiques) post-inscription sur la LPPR, l'absence de transmission des résultats de ces études dans les délais impartis entraîne la fin de la prise en charge des produits, sauf versement de remises par l'entreprise selon un barème fixé par arrêté.

Changement des conditions de prise en charge des produits de santé dispensés par un pharmacien

- Les médicaments prescrits par un pharmacien dans le cadre d'une continuité de traitement d'une maladie chronique sont pris en charge dans la limite d'une boîte par ligne d'ordonnance au-delà de la durée de traitement prescrite.
- Cette prise en charge aux dispositifs médicaux est élargie et abandonne la notion de boîte par ligne d'ordonnance au profit d'une limite d'un mois au-delà de la durée de traitement.

Fixation du prix des dispositifs médicaux par le CEPS

- Pour les DM inscrits sur la liste de prestations et produits remboursables (LPPR), le CEPS perd la faculté de fixer un prix de cession maximal auquel le produit peut être vendu au distributeur en détail.
- En revanche, le CEPS peut fixer par convention ou, à défaut, par décision les prix des produits inscrits à la LPPR.
- Cette réforme entre en vigueur dans des conditions fixées par décret et au plus tard le 31 décembre 2025.

Précision quant à l'inscription sur la LPPR d'une prestation associée à un dispositif médical

- L'avis de la HAS quant à l'inscription d'un DM sur la LPPR devra porter de manière distincte sur le produit et, s'il y a lieu, sur la prestation de service et d'adaptation associée.
- L'inscription sur la LPPR d'une prestation de service et d'adaptation associée à un DM devra s'effectuer de manière distincte à l'inscription de ce DM.
- Cette mesure entre en vigueur dans des conditions fixées par décret et au plus tard le 31 décembre 2025.

Déclaration du prix d'achat du dispositif médical par l'exploitant

- L'exploitant n'étant pas le fabricant du dispositif médical est tenu de déclarer aux ministères de la santé et de la sécurité sociale le prix auquel il a acheté le produit auprès de son fournisseur.
- Si cette déclaration n'a pas été effectuée dans les délais et formes (précisés par voie réglementaire) ou lorsqu'elle est inexacte, une pénalité financière peut être prononcée à la charge de l'exploitant.
- La pénalité est recouvrée par l'organisme d'Assurance Maladie compétent.

Changement de compétence dans le contrôle du respect des spécifications techniques auxquelles l'inscription d'un dispositif médical sur la LPPR est subordonnée

- L'ANSM est chargée d'effectuer ou faire effectuer un contrôle du respect des spécifications techniques auxquelles l'inscription du DM sur la LPPR est subordonnée. Cette compétence passe au bénéfice du Directeur général de la CNAM et des CPAM.

Réforme de la prise en charge transitoire d'un dispositif médical ou d'une prestation

- La prise en charge transitoire d'un produit ou d'une prestation en vue d'une inscription sur la LPPR est subordonnée au respect, par l'exploitant, d'un protocole de recueil des données défini par la CNEDIMTS.

- Ces données portent sur l'efficacité, les événements indésirables, les conditions réelles d'utilisation et les caractéristiques de la population bénéficiant du produit.
- L'exploitant assure à sa charge le recueil des données à partir des données transmises par les prescripteurs.
- Lorsque l'utilisation d'un produit bénéficiant de cette prise en charge transitoire est liée à un acte, non inscrit à la liste des actes remboursables, cet acte pourra être inscrit sur la liste de manière transitoire par arrêté.

Fixation des marges de distribution des dispositifs médicaux

- Le Gouvernement pourra fixer les marges de distribution des produits inscrits sur la LPPR, en tenant compte de l'évolution des charges, des revenus et du volume d'activité des praticiens ou entreprises concernées.
- Les remises, ristournes et avantages commerciaux consentis par les fournisseurs de distributeurs en détail de produits inscrits sur la LPPR ne peuvent excéder un pourcentage du prix hors taxe fixé par le gouvernement, dans la limite de 50% du prix fabricant HT.
- Ces mesures entrent en vigueur dans des conditions fixées par décret et au plus tard le 31 décembre 2025.

Remises sur les dispositifs médicaux relatives au périmètre **d'indications**

- Des remises sont prévues pour les dispositifs médicaux dans le cas où le périmètre d'indication est plus restreint que celui dans lequel le dispositif médical présente un service attendu suffisant.
- Ces remises sont calculées selon un barème fixé par arrêté.

Prise en charge transitoire et hospitalisation

- Pour les dispositifs médicaux faisant l'objet d'une prise en charge transitoire, ces derniers sont pris en charge entièrement par les régimes obligatoires d'Assurance Maladie en sus des prestations d'hospitalisation lorsque leur utilisation a eu lieu à l'occasion d'une hospitalisation.

Tarif de responsabilité des dispositifs médicaux

- Les tarifs de responsabilité des produits inscrits à la LPPR sous forme de nom de marque ou de nom commercial sont établis par convention entre le CEPS et l'exploitant du produit.
- Cette réforme entre en vigueur dans des conditions fixées par décret et au plus tard le 31 décembre 2025.

Article 59 : Extension de la procédure de recouvrement des indus aux activités de télésurveillance

Article 60 : Disposition concernant la substitution des dispositifs médicaux (DM)

- Actuellement, les DM inscrits sous nom de marque et descriptions génériques ne sont pas substituables s'ils sont nominativement prescrits.
- Cet article permet la substitution de DM au sein de catégories comparables et selon des modalités de sécurité, d'acceptabilité et de concertation entre prescripteur, pharmacien et patient, définies par arrêté.
- La substitution ne sera pas possible si le prescripteur l'a exclue par mention expresse et justifiée.

Article 61 : Disposition concernant le 100% santé et les professions non sanitaires

- Cet article permet l'élargissement de la prise en charge « 100% santé » aux professions n'étant pas régies par le code de la santé publique, dans le but de permettre la prise en charge à ce titre des prothèses capillaires pour les femmes traitées par chimiothérapie.

Chapitre 5 : Renforcer la politique de soutien à l'autonomie

Article 62 : Dispositions relatives aux établissements et services médico-sociaux (ESMS)

- Un groupe non directement gestionnaire d'un ESMS pourra ne plus recevoir les financements publics prévus par un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens si l'autorité de tarification s'y oppose. L'objectif est le financement direct de ces structures.
- Il sera désormais possible de mettre en cause la libre affectation des résultats des ESMS s'ils ne correspondent pas à un besoin objectif des établissements et services.
- Les autorités de contrôle et de tarification, l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale des finances pourront désormais contrôler régulièrement les comptes des établissements et services à proprement parler, mais aussi ceux des gestionnaires et ceux des groupes qui les contrôlent.
- Actualisation de la compétence de contrôle de la Cour des comptes et des chambres régionales des comptes.

- Les règles de comptabilité analytique permettant de retracer l'utilisation des dotations publiques par un établissement ou service médico-social et, le cas échéant, par son organisme gestionnaire et la personne morale sous le contrôle de laquelle il est placé, sont fixées par décret.
- Mise en place d'une convention préalable entre la CNSA et les collectivités permettant à la CNSA d'assurer elle-même un recouvrement au niveau national.

Article 63 : Augmentation à 1000€ par jour de l'astreinte journalière applicable en cas de non-respect des injonctions figurant dans un rapport d'une autorité de contrôle à la suite de l'inspection d'un établissement social et médico-social

Article 64 : Augmentation à 5% maximum du chiffre d'affaires (contre 1% aujourd'hui) les sanctions financières applicables aux établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)

Article 65 : Remise au Parlement d'un rapport sur la mise en œuvre de l'encadrement des activités financières et immobilières des Ehpad

Article 66 : Remise au Parlement d'un rapport sur les surcoûts induits par les revalorisations salariales des salariés des Service d'aide et d'accompagnement à domicile et Services de soins infirmières à domicile post « avenant 43 »

Article 67 : Remise au Parlement d'un rapport d'évaluation sur le nombre d'Ehpad publics en déficit ou cessation de paiements

Article 68 : Poursuite de la réforme du financement des services autonomie à domicile

- Création d'une dotation globale dont une partie sera forfaitaire permettant d'assurer une part socle robuste et une autre partie variable.

Article 69 : Généralisation de la forfaitisation de l'allocation personnalisée d'autonomie en en faisant une caractéristique propre sans la conditionner à la conclusion d'un Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

- Le Conseil national d'évaluation des normes est consulté dans le cadre de cet article. Un décret précise les conditions d'application de l'article.

Article 70 : Amendement rédactionnel permettant de mettre en cohérence les dispositions du CASF avec les dispositions prévues dans le PLFSS 2023

Article 71 : Alignement de la règle d'indexation sur celle de la majoration tierce personne (MTP) pour le tarif plancher national par heure des services à domicile.

Article 72 : Avancement de la remise du rapport au Parlement évaluant la mise en place du tarif national de référence pour les prestataires de l'aide et de l'accompagnement à domicile

Article 73 : Remise d'un rapport au parlement sur l'instauration d'un ratio minimal d'encadrement de six professionnels pour 10 résidents en Ehpad

Article 74 : Remise d'un rapport au parlement évaluant le coût de l'instauration d'un bilan visuel obligatoire à l'entrée en Ehpad

Article censuré par le Conseil constitutionnel

Article 75 : Montée en charge de la contribution de la CNSA aux départements, création d'un « temps dédié au lien social » pour les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

- Création d'un temps dédié à l'accompagnement et au lien social au double bénéfice des personnes âgées et des professionnels intervenant à leur domicile. La durée limite de ce temps sera définie par décret.
- Ce temps dédié sera mis en place sur proposition de l'équipe médico-sociale du département chargée de l'évaluation des besoins des personnes âgées.
- La personne âgée pourra être accompagnée jusqu'à deux heures par semaine.
- Il s'agit de prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées, lutter contre leur isolement social, et améliorer les conditions de travail des professionnels de santé exerçant à domicile.

Article 76 : Remise d'un rapport au Parlement sur l'opportunité d'élargir la durée et l'indemnisation du congé proche aidant

Article 77 : Remise d'un rapport au Parlement identifiant les moyens permettant de rendre l'allocation journalière accessible aux aidants des personnes malades du cancer

Article censuré par le Conseil constitutionnel

Article 78 : Simplification du financement de l'habitat inclusif entre la CNSA et les départements

- Clarifier le schéma de financement pour le forfait habitat inclusif (FHI) et l'aide à la vie partagée (AVP).
- Acter l'extinction progressive du FHI au profit de l'AVP dès la fin d'année 2022.
- Fixer la participation de la CNSA au financement de l'AVP à partir de 1er janvier 2023.

Article 79 : Création d'un parcours de rééducation et réadaptation coordonné en ville pour les enfants en situation de polyhandicap et de paralysie cérébrale

- Les conditions d'application, d'intervention et les modalités de rémunération sont définies par voie réglementaire.

Article 80 : Renforcement du rôle de la CNSA dans la maîtrise du système d'information harmonisé des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) notamment dans la perspective du futur système d'information unique

Article 81 : Majoration de la compensation versée aux Départements au titre des revalorisations prévues dans le cadre de l'avenant 43 à la convention collective de la branche d'aide à domicile

Article 82 : Expérimentation d'un parcours d'accompagnement des proches aidants financé par le fonds d'intervention régional (FIR)

- L'expérimentation durera trois ans et les modalités de mise en oeuvre et territoires seront définies par voie réglementaire.
- Un rapport d'évaluation sera remis au Parlement.

Article 83 : Remise d'un rapport au Parlement sur les professions du soin, du médico-social et du social n'ayant bénéficié ni du Ségur de la santé ni des « accords Laforcade »

Article 84 : Remise d'un rapport au Parlement évaluant l'opportunité d'appliquer le mode de financement des équipes mobiles de gériatrie et d'hygiène aux dispositifs d'accès à la coordination (DAC)

Article 85 : Remise d'un rapport au Parlement évaluant la réforme du versement immédiat des aides sociales et fiscales aux services à la personne

Chapitre 6 : Moderniser les prestations familiales

Article 86 : Modernisation du cadre du complément de libre choix du mode de garde (CMG) de l'enfant

- Réforme des modalités de calcul du CMG.
- Extension du CMG jusqu'aux 12 ans de l'enfant pour les familles monoparentales.
- Ouverture de la possibilité aux deux parents d'un enfant en résidence alternée de bénéficier de la CMG. Jusqu'à présent, seule un des deux parents bénéficiait de la CMG en cas de garde alternée.
- L'ensemble des modalités de calculs, plafonds et exceptions seront précisées par décret.
- Application à compter d'une date fixée par décret, et au plus tard à compter du 1er juillet 2025.

Article 87 : Extension à la fonction publique du renouvellement du congé de présence parentale

Article 88 : Élargissement à la fonction publique des modalités assouplies d'octroi du congé de proche aidant

Article 89 : Suppression de l'accord explicite du service du contrôle médical pour le renouvellement de l'allocation journalière de présence parentale

Article censuré par le Conseil constitutionnel

Article 90 : Versement par l'employeur des indemnités journalières par subrogation

- Versement par l'employeur des indemnités journalières pour le compte des caisses d'Assurance Maladie, qui lui rembourse directement le montant des indemnités dues à l'assurance.
- Lorsque l'employeur n'est pas subrogé, il est fondé à recouvrer auprès de l'assuré la somme correspondant aux indemnités journalières après que celui-ci a été indemnisé par l'Assurance Maladie.
- Les cas où cette subrogation est effective sont : congés maternité, adoption et paternité.
- L'entrée en vigueur de cette disposition est le 1er janvier 2025.
- Un décret en conseil d'État fixe les catégories de salariés auxquels ces dispositions ne s'appliquent pas ainsi que les modalités d'application de la disposition.

Article censuré par le Conseil constitutionnel

Article 91 : Remise d'un rapport au Parlement sur la mise en oeuvre d'un bilan de santé pour les enfants pouvant être accueilli à l'aide sociale à l'enfance

Chapitre 7 : Simplifier et moderniser le service public de la sécurité sociale

Article 92 : Extension de la complémentaire santé solidaire à Mayotte

- Extension de la complémentaire santé solidaire à Mayotte.
- Prolongement du dispositif de rachat de trimestres pour les indépendants.
- Adaptation des modalités de versement des prestations familiales aux fonctionnaires à l'évolution des modalités de versement de leurs rémunérations.
- Entrée en vigueur le 1er janvier 2023.

Article 93 : Alignement des prestations sociales de Saint-Pierre-et-Miquelon avec le droit commun

- Institution d'une caisse de prévoyance sociale.
- Rattrapage et alignement de certaines prestations sur le droit commun, concernant la branche maladie, les prestations familiales et la branche autonomie.
- Les conditions de résidence à Saint-Pierre-et-Miquelon, les modalités d'application seront fixées par décret.

Article 94 : Révision des modalités de calcul des prestations d'accidents du travail-maladies professionnelles des non-salariés agricoles pluriactifs

- Autorisation du cumul des indemnités journalières d'Assurance Maladie non-salariée agricole et des indemnités accident du travail ou maladie professionnelle (AT/MP) du régime des salariés au profit des assurés pluriactifs non-salariés agricoles et salariés.
- Accorder une rente assurance accidents du travail des exploitants agricoles (ATEXA) à partir de 30% d'incapacité permanente partielle (IPP) aux non-salariés agricoles autres que les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole.

Article 95 : Amélioration de l'indemnisation des enfants atteints d'une pathologie liée à l'exposition professionnelle des parents aux pesticides

Article 96 : Suite de l'article 40 bis qui vise l'amélioration de l'indemnisation des enfants atteints d'une pathologie liée à l'exposition professionnelle des parents aux pesticides

Article 97 : Clarification de l'octroi des mesures d'urgence en faveur du pouvoir d'achat pour les élus des caisses de MSA et des chambres d'agriculture

Article 98 : Renforcement des prérogatives des agents de la sécurité sociale dans la lutte contre la fraude ; simplification des procédures de sanction ; hausse des pénalités financières en matière d'Assurance Maladie

- Autorisation aux greffiers des tribunaux de commerce à transmettre aux agents des organismes de protection sociale et de l'État des renseignements et documents recueillis dans l'exercice de leurs missions et faisant présumer des fraudes en matière de cotisations ou prestations sociales.
- Les possibles infractions sont constatées par des procès-verbaux.
- Simplification de la procédure de sanction administrative prononcée par un directeur de caisse.
- Rehaussement des plafonds de pénalités financières applicables en cas de fraudes à l'Assurance Maladie.
- Ouverture du droit de communication de renseignements détenus par des tiers aux agents chargés au sein des organismes sociaux du recouvrement des créances nées après le constat d'une infraction de travail dissimulé.
- Autorisation au réseau des caisses de la MSA à procéder à l'interconnexion des données obtenues par le droit de communication non nominatif avec les données de son système d'information.
- Certains agents de contrôle des organismes de la protection sociale et de l'inspection du travail seront dotés de moyens d'investigation plus adaptés à l'environnement numérique.
- Les modalités d'application de cet article seront fixées par décret en Conseil d'État.

Article 99 : Durcissement des conditions de versement des prestations sociales

- Les versements ne pourront être effectués que sur un compte bancaire ou financier domiciliés en France ou dans l'espace unique de paiement en euros de l'Union Européenne.
- Ce compte doit être identifié par un numéro national ou international de compte bancaire.
- Cette disposition entre en vigueur à partir du 1er janvier 2024.

Article 100 : Déconventionnement d'office de certains professionnels de santé en cas de préjudice pour l'Assurance Maladie

- Extension des possibilités de déconventionner en urgence ou d'office les professionnels de santé, autres que libéraux, en cas de manquement grave à leurs engagements conventionnels et/ou ayant engendré un préjudice financier majeur pour l'Assurance Maladie.
- Assouplissement des conditions de paiement des factures tiers payants pour les professionnels de santé sanctionnés ou condamnés.
- Un professionnel de santé condamné devra régler ses dettes vis-à-vis de l'Assurance Maladie avant de pouvoir de nouveau exercer.
- Ces dispositions entreront en vigueur au 1er janvier 2024.

Article 101 : Déremboursement des arrêts de travail prescrits par téléconsultation hors médecin traitant ou médecin habituel

- L'indemnisation des arrêts de travail prescrits dans le cadre d'une téléconsultation est rendue possible que s'ils ont été délivrés par le médecin traitant ou par un médecin que le patient a déjà consulté lors de l'année précédente.
- Une campagne d'information auprès des patients et médecins est prévue.
- Les plateformes de téléconsultations devront informer les patients et les médecins.
- Application aux arrêts de travail prescrits à compter du 1er juin 2023.

Article censuré par le Conseil constitutionnel**Article 102** : Possibilité d'extrapoler le montant de l'indu par rapport à l'activité dans le cadre du contrôle de la tarification des acteurs de santé

- Les caisses de l'Assurance Maladie pourront calculer les indus qu'elles réclament en extrapolant les résultats de contrôles par échantillon, de manière plus exacte les préjudices subis du fait de la fraude de certains acteurs de la santé, et de demander à ceux-ci le remboursement des sommes indûment perçues.
- Une procédure contradictoire qui garantit les droits des personnes ou établissements contrôlés est prévue.

Titre 2 : Dotations et objectifs de dépenses des branches et des organismes concourant au financement de régimes obligatoires**Article 103** : Dotation au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS), aux agences régionales de santé (ARS) et à l'Office nationale d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM)

- Montant de la participation au FMIS pour 2023 : 1 163 millions d'euros.
- Montant de la contribution aux ARS pour 2023 : 178,4 millions d'euros.
- Montant de la dotation à l'ONIAM pour 2023 : 135 millions d'euros.

Article 104 : Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

- Pour l'année 2023, les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés à 238,3 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Article 105 : Simplification de l'accès à la complémenté santé solidaire (CSS) des jeunes et des personnes âgées

- Élargissement de la CSS aux enfants des bénéficiaires du RSA.
- Élargissement de la CSS aux conjoints, concubins ou partenaires des bénéficiaires de l'ASPA.

Article 106 : ONDAM et sous-ONDAM 2023

- L'objectif national des dépenses d'assurance-maladie est fixé à -0,8 % en 2023 par rapport au niveau 2022, soit un niveau de 244,1 milliards d'euros.
- Dépenses de soins de ville : 103,9 milliards d'euros.
- Dépenses relatives aux établissements de santé : 100,7 milliards d'euros.
- Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées : 15,3 milliards d'euros.
- Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées : 14,6 milliards d'euros.
- Dépenses relatives au fonds d'intervention régional et au soutien national à l'investissement : 6,1 milliards d'euros.
- Autres prises en charge : 3,4 milliards d'euros.

Article 107 : Neutralisation du mécanisme d'alerte sur le dépassement de l'ONDAM en 2023

- Le mécanisme d'alerte, enclenché par le comité d'alerte en cas de dépassement de l'ONDAM, n'aurait pas de sens en 2023 en raison des dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire.

Article 108 : Report de l'entrée en vigueur de la réforme du financement des soins de suite et de réadaptation au plus tard le 1er juillet 2023 au lieu du 31 décembre 2022

Article 109 : Dotations au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), transfert de la compensation de sous-déclaration des AT-MP et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité

- Contribution de la branche « accidents du travail et maladies professionnelles » du régime général de la sécurité sociale au FIVA pour 2023 : 220 millions d'euros.
- Contribution de la branche « accidents du travail et maladies professionnelles » du régime général de la sécurité sociale au FCAATA pour 2023 : 337 millions d'euros.
- Transfert 2023 pour la branche AT/MP pour 2023 : 1,2 milliard d'euros.
- Dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité pour 2023 : 68 millions au titre de la retraite anticipée pour incapacité permanente, 60,3 millions d'euros au titre du compte professionnel de prévention.

Article 110 : Objectif de dépenses de la branche AT-MP

- Pour l'année 2023, les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés à 14,8 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité.

Article 111 : Autorisation du cumul emploi-retraite pour les professionnels de santé exerçant dans les zones sous-dotées

- Sauf disposition contraire, les dispositions d'application du présent article sont prises par décret.

Article 112 : Possibilité de désaffiliation du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) pour les pédicures-podologues

- Ouverture de ce droit le 31 décembre 2023.

Article 113 : Objectif de dépenses de la branche vieillesse

- Pour l'année 2023, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés à 273,3 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Article 114 : Objectif de dépenses de la branche famille

- Pour l'année 2023, les objectifs de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale sont fixés à 55,3 milliards d'euros.

Article 115 : Objectif de dépenses de la branche autonomie

▪ Pour l'année 2023, les objectifs de dépenses de la branche autonomie de la sécurité sociale sont fixés à 37,4 milliards d'euros.

Article 116 : Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)

▪ Pour l'année 2023, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi : FSV 19,3 milliards d'euros.

Pour en savoir plus

> [Calendrier et présentation du PLFSS 2022](#)

> [Rapport sur les comptes de la Sécurité sociale : résultats 2021 et prévisions 2022 et 2023](#)

> [Présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 : site du ministère de la santé et des solidarités](#)

> [Site de l'Assemblée nationale](#)

> [Site du Sénat](#)

> [Site de Vie publique](#)

> [Notes de Nile](#)

Bibliographie

[La sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2022](#). Cour des comptes, (2022/10)

[Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2020](#). Sénat (2021)

[Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale \(REPS\). Synthèse 2022 : Soutenir et développer notre protection sociale](#). (2021)

[La sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2021](#). Cour des comptes, (2021/09)

[Note sur les propositions de loi organique de l'Assemblée nationale et du Sénat relatives aux lois de financement de la sécurité sociale](#). HCFIPS (2021)

[La sécurité sociale. Rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale pour 2020](#). Cour des comptes, (2020/09)

[L'évolution des dispositifs de régulation du système de santé : Rapport d'étape des travaux et avis](#). Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (2020)

[Avis relatif aux projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2022](#). Haut Conseil des finances publiques (2021)

[Note : 2020 - une rupture sans précédent pour la Sécurité sociale : état des lieux du financement de la protection sociale](#) –HCFIS (2020)

[Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2019 et sur la situation et les perspectives des comptes sociaux](#). Sénat (2020)

[Les lois de financement de la sécurité sociale : bilan et perspectives](#). Haut Conseil du Financement de la Protection sociale (2019)

[Sécurité sociale : Rapport 2019 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale](#). Cour des comptes, 2019/09

Rapport d'information sur la mise en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 et sur la situation et les perspectives des comptes sociaux. Vanlerenberghe, J.M. 2019

Sécurité sociale : Rapport 2018 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale. Cour des comptes, 2018/09

Rapport d'information sur la mise en application de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018. O. Véran, G. Lurton

Sécurité sociale : Rapport 2017 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale. Cour des comptes, 2017/09

Rapport d'information sur la mise en application de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017. O. Véran, G. Lurton

Sécurité sociale : Rapport 2016 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale. Cour des comptes, 2016/09

Sécurité sociale : Rapport 2015 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale. Cour des comptes, 2015/09

Sécurité sociale : Rapport 2014 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale. Cour des comptes, 2014/09

Sécurité sociale : Rapport 2013 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale. Cour des comptes, 2013/09

Sécurité sociale : Rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale. Cour des comptes, 2012/09

Rapport d'information sur la mise en application de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014. G. Bapt, M. Pinville, M. Issindou, L. Marcangeli, M.F. Clergeau

Rapport d'information sur la mise en application de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la Sécurité sociale pour 2013. G. Bapt, C. Paul, M. Pinville, M. Issindou, G. Lévy

Rapport d'information sur la mise en application de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la Sécurité sociale pour 2011. Y Bur, JP Door, D. Jacquat, B. Poletti, MF Clergeau

Rapport d'information sur la mise en application de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la Sécurité sociale pour 2010. Y Bur, JP Door, D. Jacquat, B. Poletti, MF Clergeau

Rapport sur la mise en application de la loi n°2008-1330 du 18 décembre 2008 de financement de la Sécurité sociale pour 2009. Y Bur, JP Door, D. Jacquat, M Pinville

Rapport d'information sur la mise en application de la loi n° 207-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la Sécurité sociale pour 2008. Y Bur, JP Door, D. Jacquat, H Feron

Rapport d'information sur la mise en application de la loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006. JP Door, J Domergue, C Gallez, MF Clergeau

Ferras, B. Le financement de la protection sociale obligatoire. In : la protection sociale (les notices) / M. de Montalembert. Paris : La documentation française, 2008

Ressources électroniques

Portail de la Sécurité sociale

[Présentation et contenu des LFSS](#)

[Comptes de la Sécurité sociale](#)

Assemblée nationale

[Dossier complet de l'assemblée nationale sur les LFSS \(préparation des PLFSS, le travail en commission, la délibération parlementaire et le contrôle des finances sociales\)](#)

[Fiche de synthèse de l'Assemblée nationale sur les LFSS \(spécificité, contenu, procédure parlementaire\)](#)

[Sommaire des PLFSS avec rapports](#)

[MECSS](#)

Sénat

[Dossier complet du Sénat sur les LFSS \(préparation des PLFSS, le travail en commission, la délibération parlementaire et le contrôle des finances sociales\)](#)

[MECSS](#)

Cour des comptes

[Rapport annuel de la Cour des comptes sur la sécurité sociale](#)

Vie Publique

[Dossiers sur la protection sociale en France](#)

[Qu'est-ce qu'une loi de financement de la sécurité sociale](#)

Nile

[Dossier sur les LFSS](#)

Site du ministère chargé de la santé

Un nouveau site pour rendre les rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale plus accessibles
1er février 2022 - Les rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale ont remplacé les programmes de qualité et d'efficacité (PQE) depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021. Ils sont annexés au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), comme c'est le cas depuis 2005, et bénéficient désormais d'un site dédié pour être consultés plus facilement.