



Loi de financement de la sécurité sociale pour 2009

Conformément à la procédure législative, la commission mixte paritaire (CMP : 7 députés et 7 sénateurs) présidée par le député Jean-Pierre Door est parvenue à un texte de compromis entre les versions du PLFSS 2009 adoptées par l'Assemblée nationale puis par le Sénat. Ce texte a été respectivement adopté par les 2 Chambres les 26 et 27 novembre dernier.

60 députés et 60 sénateurs de l'opposition ont saisi le Conseil Constitutionnel afin de vérifier la conformité à la Constitution de certaines dispositions du PLFSS. Le Conseil a rendu sa décision le 11 décembre pour une promulgation de la loi par le Président de la République avant la fin du mois.

Outre l'analyse des articles qui intéressent les acteurs de la chaîne de santé, cette note met en relief ce qui a changé :

- modifications et ajouts d'articles par la CMP surlignés en **jaune**
- ce qui a été censuré par le Conseil Constitutionnel au 11 décembre ~~barré~~

A noter que l'article additionnel après l'article 17 de la petite Loi issue de l'Assemblée Nationale (portant sur la contribution sur le chiffre d'Affaires des grossistes-répartiteurs) avait été supprimé par la CMP.

Si vous souhaitez plus de renseignements, n'hésitez pas à nous contacter : www.nile-consulting.eu

Article 1 : Mesures rectificatives pour 2007

Article 2 : Approbation de l'annexe A¹

Articles 3 à 8 : Dispositions relatives à l'année 2008. A noter :

- le gel de 100 millions d'euros de la dotation du Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP)
- la baisse de 70 millions d'euros des dotations du Fonds d'Intervention pour la Qualité des Soins et la Coordination des Soins (FIQCS)
- la baisse de 20 millions d'euros des engagements budgétaires de l'Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS).

¹ Annexe A : rapport décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents et la couverture des déficits constatés sur l'exercice 2007

Article 9 : Approbation du rapport annexé portant sur les projections de recettes et de dépenses du régime général de la sécurité sociale, de l'ensemble des régimes obligatoires de base, du Fond de Solidarité Vieillesse (FSV) et du Fond de Financement des Prestations Sociales Agricoles (FFIPSA).

Article 10 : Reprise de dettes par la CADES

La charge du financement de la dette de la branche vieillesse, de la branche maladie du régime général et du Fonds de Solidarité Vieillesse (FSV) est transférée à la Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale (CADES)

Article 11 : Modification de la clé de répartition de 2% sur les revenus du patrimoine et des produits de placement au profit de la CNAV (rééquilibrage par rapport à des mesures bénéficiant au FSV)

Article 12 : Augmentation de la taxe sur le chiffre d'affaires des organismes d'Assurance maladie complémentaires et affectation intégrale au Fonds CMU-c

Cette augmentation (de 2,5% à 5,9%) sera affectée au fonds de financement de la CMU-c. La CMU-c et l'aide à l'acquisition d'une complémentaire (ACS) seront ainsi financées par le seul Fonds CMU-c, et non plus par la CNAMTS. Enfin, une revalorisation est prévue pour les organismes gestionnaires du forfait de base duquel les dépenses de CMU-c sont compensées par le fonds CMU-c.

Le remboursement par le fonds CMU des dépenses des bénéficiaires de la CMU-c se feront aux coûts réels pour le régime général

L'autorité de contrôle des assurances et mutuelles devra transmettre un rapport annuel au Parlement et au Gouvernement indiquant l'évolution du montant des primes ou cotisations, du montant des prestations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé versés par les complémentaires.

Article 13 : Création du « forfait social »

Une contribution de 2% (à la charge des employeurs) est mise en place sur les sommes versées au titre de l'intéressement, de la participation, des Plans d'Épargne Entreprises (PEE) et Plan d'Épargne pour la Retraite Collective (PERCO), ainsi que du financement des régimes de retraite supplémentaire. Son produit sera affecté à la CNAMTS.

Article 14 : Mesures dissuasives pour les parachutes dorés

Un régime dissuasif pour les « parachutes dorés » sera créé. Il prévoit notamment :

- une majoration des contributions pour les « retraites chapeaux »
- un assujettissement aux cotisations sociales des indemnités de licenciement supérieures à un million d'euros dès le premier euro
- l'application de la contribution salariale de 2,5% sur les avantages résultant des stock-options et des attributions gratuites d'actions.
- l'ensemble des indemnités liées à la rupture du contrat de travail et celles liées à la cessation forcée d'activité sera prise en compte pour la taxation.

Article 15 : Taxation des produits inscrits sur la liste en sus des Groupements Homogènes de Séjour (GHS)

Le périmètre de la contribution (dite « taxe ») sur le chiffre d'affaires des spécialités remboursables en ville et celles sur la liste de rétrocession est élargi aux produits inscrits sur la liste en sus des GHS. Il introduit en outre un versement de la contribution en deux parties : la moitié au plus tard au 1^{er} juin et l'autre moitié au 1^{er} décembre.

Le taux K servant de base au calcul de ces contributions est fixé à 1,4% pour 2009, 2010 et 2011.

Le taux de la contribution exceptionnelle sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques est fixée à 1% pour 2009, 2010 et 2011.

Article 16 : Augmentation des tarifs du droit de consommation des boissons et alcools

Cet article crée une augmentation annuelle de ces tarifs en guise de rattrapage de l'inflation :

- Ajustement de la fraction du produit du droit sur les tabacs affectée à la compensation des allègements généraux. Cela permet de compenser l'affectation du produit de l'ensemble des droits sur les alcools au régime des non-salariés agricoles
- Augmentation de 0,13 à 0,16 euros par décilitre ou fraction de décilitre du montant de la contribution sur les alcools forts (>25°).

Article 17 : Gouvernance financière de la Mutualité Sociale Agricole

Différentes mesures portant réforme de la gouvernance financière du régime agricole sont adoptées :

- l'intégration financière du régime d'assurance maladie des exploitants agricoles à la Caisse nationale d'assurance maladie
- l'association plus étroite du ministre en charge de la sécurité sociale à la gestion des régimes agricoles
- la modification de la composition et des missions du Conseil supérieur des prestations sociales agricoles
- la suppression du Fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA). La gestion des ressources du régime des non-salariés agricoles sera directement effectuée par la caisse centrale de la MSA.
- affectation de l'intégralité des droits sur les alcools au régime des non-salariés agricoles
- majoration de 10,4% de la fraction des droits de consommation sur les vins et cidres affectés à la branche vieillesse des non salariés agricoles.

Article 18 : Clarification des cotisations dues par un chef d'exploitation agricole lors de la cessation d'activité et diverses mesures sur les cotisations sociales pour certaines catégories de travailleurs agricoles (stagiaires, travailleurs occasionnels, demandeurs d'emploi)

Article 19 : Extension aux salariés relevant du régime agricole de certaines dispositions déjà applicables au régime général

Article 20 : Mise en place d'une contribution Transports

~~Le dispositif de prise en charge des frais de transports publics des salariés par les entreprises en vigueur en Ile de France est étendu au reste du territoire.~~

Un système de prise en charge des frais de transports personnels par l'employeur est créé. Ce dernier peut prendre en charge tout ou partie des frais de carburant sous certaines conditions (lieu de résidence ou de travail hors d'un périmètre de transports urbains, horaires rendant obligatoires

l'usage d'un véhicule personnel). La mise en œuvre de la prise en charge se fera par un accord entre l'employeur et les représentants d'organisations syndicales, ou par décision unilatérale de l'employeur après consultation du comité d'entreprise. Cette prise en charge pourra être de 200 euros sans charges sociales ou fiscales.

Les dispositions de prise en charge des frais de transports publics sont également valables pour la location de vélos et les frais de rechargement des véhicules électriques.

La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale sera compensée par une taxe additionnelle sur les tabacs.

Article 21 : Renforcement de la sécurité juridique des cotisants

Les garanties des cotisants dans leur relation avec l'URSSAF sont renforcées, notamment en :

- ~~étendant la procédure d'arbitrage de l'ACOSS aux filiales et autres entreprises contrôlées d'un même groupe~~
- ~~clarifiant le cadre juridique de l'abus de droit instauré par la LFSS 2008~~

~~Une responsabilité subsidiaire et solidaire entre une entreprise où une infraction de travail dissimulé a été constatée et sa maison mère ou la société holding est créée, y compris dans le secteur agricole.~~

~~Un rapport du Conseil d'Etat définira les conditions dans lesquelles les décisions rendues par les organismes de recouvrement feront l'objet d'une publicité.~~

~~La charge de la preuve d'abus de droit devant le juge est attribuée au cotisant, en cas d'avis du comité des abus de droit favorable aux organismes de cotisations.~~

Article 22 : Clarification des règles d'assujettissement aux prélèvements sociaux des revenus distribués aux non-salariés gérants majoritaires de société

Article 23 : Répartition des recettes du panier fiscal

Les recettes du panier fiscal seront mieux réparties entre les régimes concernés. La clé de répartition sera dorénavant revue chaque année.

Article 24 : Extension de la CSG et CRDS, avec un taux particulier, aux personnes exerçant une activité professionnelle en France et à l'étranger sur la partie de leurs revenus non imposable en France

Article 25 : Augmentation du taux d'exonération pour les contributions patronales versées aux institutions de retraite supplémentaires destinées à former des provisions pour couvrir des engagements de retraite

Cette exonération sera applicable aux cas de transformation des institutions de retraite supplémentaire en institutions de prévoyance, mais aussi aux cas de dissolution volontaire de ces institutions de retraite supplémentaire.

Article 26 : Non-compensation de certains dispositifs portant exonération de cotisations de sécurité sociale, dont par exemple l'indemnité versée en cas de rupture négociée de contrat de travail

Article 27 : Approbation du montant de 3,4 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, pour 2009

Article 28 : Prévisions de recettes pour 2009 pour l'ensemble des régimes obligatoires, du régime général de sécurité social et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (FSV)

Article 29 à 31 : Tableaux d'équilibre pour 2009 pour l'ensemble des régimes obligatoires, du régime général de sécurité social et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (FSV)

Article 32 : Prévisions de recettes de la CADES et prévisions des recettes affectées au Fonds de Réserve pour les Retraites

Article 33 : Création d'une possibilité pour les régimes obligatoires de base (autre que le régime général), les Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et la HAS, de déposer leurs disponibilités auprès de l'ACOSS

Article 34 : Obligation pour le Gouvernement de remettre au Parlement un rapport annuel sur le bilan de la politique financière d'emprunt ou de placement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, des établissements de santé, de la CADES, du fonds de réserve pour les retraites, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie etc.

Article 35 : Montants limites des emprunts auxquels peuvent recourir les régimes obligatoires de base et les autres caisses concourant à son financement

Article 36 : Association systématiques des complémentaires aux négociations conventionnelles

L'UNOCAM pourra participer à la négociation des conventions et avenants signés. L'UNOCAM devra prévenir l'UNOCAM de l'ouverture de négociations. Cette dernière devra faire part de son avis dans un délai fixé par décret.

Pour certaines professions ou prestations pour lesquelles la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie est minoritaire, les accords, conventions ou avenants ne seront validés que s'ils sont également conclus par l'UNOCAM. Un arrêté ministériel fixera la liste des professions ou prestations concernées par cette disposition. En cas de désaccord de l'UNOCAM, le texte signé ne pourra être transmis aux ministres de la santé et de la sécurité sociale pour approbation qu'après un délai minimal fixé par décret.

Les décisions de l'UNOCAM devront être prises à la majorité qualifiée du conseil de l'UNOCAM.

Un arrêté ministériel précisera les limites dans lesquelles les missions régionales de santé fixent les montants de rémunération des médecins assurant la permanence des soins.

Enfin, l'article prévoit de modifier le financement de l'expérimentation sur la permanence des soins sur les dépenses de soins de ville.

Article 37 : Cotisations des chirurgiens dentistes

La part des cotisations exigibles pour 2009 des chirurgiens-dentistes conventionnés prises en charge par les caisses est limitée. Le Directeur de l'UNOCAM, après consultation des organisations syndicales nationales représentatives de la profession fixera cette part.

Article 38 : Création d'une obligation pour l'UNCAM de joindre à ses propositions sur l'évolution des charges et des produits, un bilan précis de la mise en œuvre des mesures de la LFSS de l'année précédente

- L'évaluation de l'impact des mesures proposées doit être introduite dans le rapport.
- Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie devra rendre son avis au plus tard le 1er mai, au lieu du 1er juin actuellement.
- Les caisses d'assurance maladie ont un délai d'un mois pour transmettre à l'UNCAM leurs propositions en cas de déclenchement du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie.

Article 39 : Création d'un contrat entre l'URCAM et les enseignants de médecine générale

Des contrats annuels doivent être conclus entre l'URCAM et chaque enseignant des universités (titulaire ou non) de médecine générale pour leur activité de soins. Ils prévoient :

- une rémunération complémentaire aux revenus issus de l'exercice des fonctions de soins en médecine générale
- des engagements individualisés pouvant porter sur les modalités d'exercice, la prescription, la participation à toute action d'amélioration des pratiques, la participation aux actions de dépistage et de prévention, aux actions de continuité, de coordination des soins et de permanence des soins
- une approbation des contrats par l'UNCAM
- l'élaboration d'un contrat type par l'UNCAM auquel les contrats devront être conformes.

Article 40 : Rétablissement du « médecin compétent »

Supprimé en 1982, ce dispositif permettra à certains praticiens spécialistes dans une discipline ayant acquis une expérience avancée dans des disciplines voisines de pratiquer ces dernières. A titre d'exemple, sous couvert des commissions de qualification organisées par l'Ordre des Médecins, un médecin spécialiste d'un organe pourra prescrire une chimiothérapie faisant partie de sa spécialité.

Article 41 : Généralisation de la télétransmission

La télétransmission doit être généralisée. Ainsi, le directeur de l'UNCAM fixera le montant des contributions forfaitaires pour les professionnels n'assurant pas une transmission électronique. En attendant l'application de cette mesure au 1er avril 2009, les conventions pourront continuer à fixer ces contributions.

Article 42 : Mise en place de référentiels élaborés par la HAS pour les actes pratiqués en série

Les conditions de prescription doivent préciser le nombre d'actes au-delà duquel une entente préalable peut être exigée pour poursuivre la prise en charge des actes à répétition (cf. kinésithérapie, orthodontie, orthoptie etc.). Un référentiel proposé par l'UNCAM et validé par la HAS, pourra servir de fondement à la décision de poursuite de la prise en charge. Le collège des directeurs de l'UNCAM sera chargé de fixer les conditions d'application des ententes préalables.

Article 43 : Information sur les médecins conventionnés

Les caisses locales d'assurance maladie mettront à disposition des patients la liste des médecins et centres de santé conventionnés.

Article 44 : Participation des patients au système de pharmacovigilance

Les patients ou les associations agréées de patients pourront directement effectuer des signalements d'effets indésirables auprès de l'AFSSaPS.

Article 45 : Financement de la future agence chargée du développement des systèmes d'information de santé partagés

Le ministre chargé de la sécurité sociale fixera le montant d'une contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie qui servira à financer l'Agence des systèmes d'information partagés (ASIP).

L'ASIP a la responsabilité d'élaborer et de mettre en oeuvre un identifiant de santé spécifique de l'assuré, suite au refus de la CNIL d'utiliser le numéro de sécurité sociale actuel pour le DMP.

Article 46 : Expérimentation du Dossier Médical Personnel (DMP) sur une clé USB

Une possibilité d'expérimenter l'utilisation d'une clé USB comme support du DMP pour les patients atteints d'affections longue durée est créée. Une liste de régions où l'expérimentation pourra être menée sera définie par le GIP ASIP. Un rapport faisant le bilan des expérimentations sera transmis au Parlement au plus tard le 15 septembre.

Ces expérimentations porteront sur un échantillon des patients en ALD.

Article 47 : Création d'un objectif de dépense pour les produits pris en charge en sus des Groupements Homogènes de Séjour (GHS)

Un objectif de dépenses pour les produits inscrits sur la liste en sus des GHS et dispositifs médicaux est créé et fixé par l'Etat.

En cas de dépassement de ce taux d'évolution des dépenses, l'ARH conclut pour une durée d'un an, un plan d'actions visant à maîtriser l'évolution des dépenses par l'amélioration des pratiques. Le dépassement du taux devra être constaté au regard des référentiels établis par la HAS, l'INCa et l'AFSSaPS.

En cas de refus de l'établissement de signer le plan ou de non-respect, le remboursement de la part prise en charge par l'assurance maladie est réduit à concurrence de 10% pour une durée d'un an, après présentation des observations de l'établissement. Ces mesures entreront en application pour les dépenses de santé de l'année 2009.

Par ailleurs, en l'absence de numéro personnel identifiant le médecin pour une prescription d'un produit de la liste en sus des GHS, les dépenses afférentes ne seront pas prises en charge par l'assurance maladie (application à partir du 1^{er} janvier 2010).

La prise en charge des médicaments orphelins est subordonnée à la validation de la prescription initiale par le centre de référence de la maladie ou par l'un des centres de compétence qui lui sont rattachés.

Article 48 : Spécialités réservées à l'usage hospitalier

Les pharmacies à usage intérieur pourront fournir des médicaments à prescription hospitalière et devant être administrés dans un environnement hospitalier à les patients pris en charge en ambulatoire. Dans ce cas, ils pourront faire l'objet d'une prise en charge en sus.

Si le montant de la facture est inférieur au tarif, le remboursement à l'établissement s'effectuera sur la base du montant de la facture, majoré d'une partie de la différence définie par arrêté.

Pour les spécialités non inscrites sur la liste en sus, le CEPS fixera un tarif de prise en charge selon une procédure identique à celle utilisée pour les produits en sus.

Article 49 : Elargissement du répertoire des génériques

Le répertoire des groupes génériques, et donc les possibilités de substitution, est élargi à des spécialités orales à libération modifiée. Un même groupe pourra donc contenir les différentes présentations galéniques d'une forme à libération modifiée mais ne mélangera pas des formes à libération immédiate et des formes à libération modifiée.

Pourront également être inscrits au répertoire des génériques les spécialités contenant le même principe actif, mais sous une forme chimique différente (sels, esthers etc.) dès lors que la substance finalement libérée et agit dans l'organisme est qualitativement et quantitativement la même (cf. notion de « fraction thérapeutique »). La bioéquivalence par rapport au médicament qui est encore sous brevet devra être démontrée.

Article 50 : Obligation de prescrire en Dénomination Commune Internationale (DCI)

La prescription en DCI est obligatoire pour les spécialités figurant dans un groupe générique.

Article 51 : Création d'une prise en charge partielle ou totale des produits, actes ou prestations innovantes dans le cadre des Missions d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation (MIGAC)

Cette prise en charge sera décidée par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la HAS. Cet arrêté fixera le forfait de prise en charge par patient, le nombre de patients concernés, la durée de prise en charge, les conditions particulières d'utilisation, la liste des établissements éligibles à la prise en charge. Il déterminera également les études auxquelles la mise en œuvre du traitement innovant doit donner lieu.

Le forfait inclura le produit, la prestation, l'acte et les frais d'hospitalisation associés.

Article 52 : Evaluation de l'efficacité des dépenses engagées en matière de contraception

Une évaluation par le Gouvernement des dépenses engagées en matière de contraception est mise en place : elle étudie notamment les moyens d'améliorer le remboursement des contraceptifs. Les conclusions du Gouvernement seront transmises au Parlement avant le 31 décembre 2009.

Article 53 : Financement des établissements de santé

Les obligations de transmission d'information de la CNAMTS concernant les établissements de santé aux ARH sont allégés.

La procédure de fixation des objectifs et des prestations d'hospitalisation (Objectif quantifié national et Objectif de dépense de médecine, chirurgie et obstétrique) est clarifiée. Il est notamment prévu que les tarifs puissent être déterminés « pour partie », et non uniquement à partir de coût relatif des prestations.

L'enclenchement de la procédure de régulation infra-annuelle des tarifs des prestations d'hospitalisation est conditionné à l'avis du comité d'alerte.

Les restructurations hospitalières sont facilitées en assouplissant le dispositif de financement des opérations de fongibilité relatives aux conversions d'activité par les ARH. Le forfait de haute technicité dont peuvent bénéficier les établissements privés sera sécurisé jusqu'en 2012. Il remplacera le coefficient de haute technicité appelé à disparaître en 2009.

Les modes de fixation des règles de calcul des tarifs des unités ou centres de soins de longue durée seront harmonisés. Enfin, les règles de participation de l'assuré actuellement en vigueur dans les établissements de santé publics sont maintenus jusqu'à fin 2012.

Un rapport faisant le bilan de l'avancement de la convergence tarifaire sera transmis chaque année au Parlement. Certaines activités spécifiques, telles que la greffe, pourront être financées par un forfait annuel sans que leur soit associée une prestation d'hospitalisation.

Article 54 : Report de l'application de la facturation directe des établissements publics

Le passage à la facturation directe des établissements publics pour les séjours pris en charge par l'intermédiaire de la T2A est reporté au **1^{er} juillet 2011**. Les établissements volontaires pourront cependant participer à une expérimentation.

Article 55 : Procédure de traitement des situations de déséquilibre financier des établissements publics de santé

Un plan de redressement peut être demandé par le directeur de l'ARH à un établissement public de santé :

- lorsqu'il estime que la situation financière l'exige
- lorsque l'établissement présente une situation de déséquilibre financier répondant à des critères fixés par décret.

L'établissement dispose alors de **3 mois** maximum pour présenter son plan de redressement.

Dans ces situations, les modalités de retour à l'équilibre prévues par ce plan donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

L'article décrit les conditions de la mise en place du plan de redressement sous l'égide du directeur d'ARH. Parmi les étapes de la procédure, le directeur d'ARH peut saisir au préalable la chambre régionale des comptes pour avoir son avis la situation de l'établissement et ses propositions de redressement.

Il peut également placer l'établissement sous administration provisoire, notamment lorsqu'il constate que le directeur n'est pas en mesure de remédier à une situation pouvant porter gravement atteinte à la qualité et à la sécurité des soins.

Ces dispositions sont applicables aux établissements de santé privés antérieurement sous dotation globale, aux établissements médicosociaux du secteur privé à but non lucratif ainsi qu'aux centres de lutte contre le cancer.

Article 56 : Certification des comptes des établissements publics de santé

Un décret fixera la liste des établissements publics de santé dont les comptes devront être certifiés d'ici 4 ans.

Article 57 : Accélération de la procédure de recouvrement des contributions des établissements de santé au Centre National de Gestion

Article 58 : Création de l'Agence nationale d'appui à la performance pour les établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)

L'ANAP sera un groupement d'intérêt public constitué entre l'Etat, l'UNCAM, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et les fédérations représentatives des établissements de santé et médico-sociaux.

Ses missions seront :

- l'aide aux établissements de santé et médico-sociaux pour améliorer le service rendu aux patients
- l'élaboration et la diffusion des recommandations et des outils d'amélioration
- le suivi de la mise en œuvre de ces outils permettant aux établissements de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses.

~~À cette fin, l'ANAP pourra procéder ou faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et médico-sociaux. Elle regroupera les actions des Missions pour l'appui à l'investissement hospitalier, d'expertise et d'audit hospitaliers et du groupement sur la modernisation des systèmes d'information hospitaliers. Ses ressources viendront de dotations des régimes obligatoires d'assurance maladie, de la CNSA, de subventions de l'Etat, des collectivités publiques, de l'Union européenne, de ressources propres, de dons et de legs. La convention constitutive de l'ANAP devra être approuvée avant le 1^{er} janvier 2010.~~

Article 59 : Extension de la procédure de mise sous accord préalable à des prestations d'hospitalisation caractérisées par une évolution atypique ou non-conforme aux référentiels de la HAS

Cette mise sous accord préalable peut être décidée sur proposition des directeurs des organismes d'assurance maladie, par la commission exécutive des ARH.

Article 60 : Information du Parlement sur les évolutions des masses salariales des établissements de santé

Le Parlement doit être informé des évolutions des masses salariales des établissements de santé, notamment au titre des conditions d'application du compte épargne-temps.

Article 61 : Possibilité pour les pédicures-podologues, dans le cadre d'un renouvellement, d'adapter les prescriptions médicales initiales d'orthèses plantaires datant de moins de trois ans

Article 62 : Recouvrement des remboursements indûment versés par les caisses d'assurance maladie aux Etablissements d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

Cet article vise à limiter les versements indus des caisses d'assurance maladie aux EHPAD au titre de prises en charge déjà remboursées aux résidents.

En cas de réclamation de l'établissement, la commission de recours amiable sera compétente pour trancher le désaccord.

Article 63 : Convergence tarifaire pour les EHPAD

Le ministre chargé de la solidarité pourra fixer les règles de convergence pour les établissements qui dépasseraient les tarifs plafonds contenus dans la LFSS 2008.

Une possibilité de mettre en place une tarification à la ressource des EHPAD plutôt qu'une tarification sur la base des coûts historiques, est créée.

Les établissements auront une plus grande liberté pour affecter les excédents de gestion des crédits versés par l'assurance maladie.

Plusieurs mesures visent à accroître la transparence financière des établissements.

Ces mesures seront effectives au 1er janvier 2010.

Article 64 : Maîtrise des volumes de médicaments utilisés en EHPAD

Cet article étend la liste des prestations dont la tarification est arrêtée chaque année par le préfet du département. Ces prestations incluront notamment les médicaments remboursables et certains dispositifs médicaux pour les établissements n'ayant pas de pharmacie à usage intérieur ou qui ne sont pas membre d'un groupement de coopération sanitaire. Le principe de la « liste en sus » de médicaments coûteux à tous les établissements, y compris ceux qui comprennent une pharmacie à usage intérieur ou qui sont membres d'un groupement de coopération sanitaire

La possibilité est donnée aux EHPAD de mener des expérimentations sur la gestion des médicaments dans leur dotation soins. Les médicaments seront donc réintégrés dans les forfaits de soins. Un arrêté fixera la liste des médicaments coûteux qui ne pourront pas être financés par forfait et continueront à être pris en charge dans les conditions de l'ONDAM médico-social.

Le pharmacien coordonnateur aura une place centrale dans le circuit du médicament dont :

- l'adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments, produits et prestations
- l'élaboration d'une liste par par classe pharmaco-thérapeutique des médicaments à utiliser préférentiellement en collaboration avec les médecins traitants et le pharmacien chargé de la pharmacie à usage intérieur ou du pharmacien d'officine référent.

Article 65 : Formation des aidants et des accueillants familiaux, encouragement de la formation continue

~~Les conditions d'utilisation des excédents de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) pour les actions de formation des aidants familiaux sont précisées.~~

Les conditions d'attribution de certains crédits pour le financement d'actions ponctuelles de préformation et de préparation à la vie professionnelle, de tutorat, de formation et de qualification des personnels des établissements et services médico-sociaux sont modifiées.

Article 66 : Clarification du statut des accueillants familiaux employés par les établissements publics de santé

Article 67 : Indemnisation des victimes d'une contamination par le virus de l'hépatite C causée par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang

Le règlement de ce contentieux est transféré de l'Etablissement Français du Sang (EFS) vers l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) qui agira conformément à l'expertise dont elle dispose déjà. L'EFS gardera cependant la charge financière du règlement de ces procédures.

Article 68 : Ressources du Fonds d'intervention de la qualité et la coordination des soins (FIQCS)

Le fonds sera doté de 240 millions d'euros pour 2009. Il pourra être utilisé pour financer la création de maisons médicales.

Le montant de la participation des régimes d'assurance maladie au financement du FICQS est fixé à 190 millions d'euros, celui de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires pour 2009 à 44 millions d'euros.

Article 69 : Financement par l'assurance maladie à l'organisme en charge de la gestion de la contribution à l'action sociale des personnels hospitaliers

Cet article permet le versement d'une contribution de l'assurance maladie à l'organisme agréé par l'Etat pour la gestion et la mutualisation de la contribution à l'action sociale des personnels hospitaliers. Il s'agit d'un rééquilibrage résultant de l'évolution de la réglementation applicable aux organismes soumis au code des assurances pour la complémentaire retraite des hospitaliers (CRH) souscrite dans le cadre d'un contrat de groupe.

Article 70 : Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base : 185,6 milliards d'euros, soit +3,5%

Pour le régime général : 160,6 milliards d'euros, soit +3,7%.

Article 71 : ONDAM et ses sous-objectifs

ONDAM 2009 : +3,3%

Sous-objectif Soins de ville : +3,1%

Sous-objectif Hôpital : +3,1%

Sous-objectif Médico-social : +6,3%.

Article 72 : Information des patients sur le prix des dispositifs médicaux

Les devis établis par un chirurgien-dentiste ou un médecin pour la réalisation d'actes pris en charge par l'assurance maladie et nécessitant de faire appel à un fournisseur ou un prestataire de services, devront mentionner le prix hors taxes de l'appareillage proposé et préciser les prestations associées.

Articles 73 à 97 : Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Articles 98 à 104 : Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles

Article 105 à 110 : Dispositions relatives aux dépenses de la branche Famille

Article 111 : Contrôle des caisses locales de la MSA

Les conditions de nomination des directeurs et agents comptables des caisses locales et régionales d'assurance maladie sont étendues aux directeurs des unions et fédérations. Il développe également le pilotage du directeur de la caisse nationale en matière de choix et de nomination des directeurs et agents comptables des caisses locales.

Article 112 : Contrôle des budgets et comptes des organismes rattachés à la MSA

Le contrôle de la caisse centrale de la MSA sur les caisses locales qui lui sont rattachées est renforcé. La caisse centrale pourra notamment prescrire aux organismes de mutualité sociale agricole toutes mesures tendant à améliorer leur gestion ou à limiter leurs dépenses budgétaires.

Article 113 : Prévisions des charges du Fonds de Solidarité Vieillesse en 2009 (15 milliards d'euros)

Article 114 : Echanges de données concernant les indemnités journalières

Les services fiscaux peuvent collecter auprès des régimes obligatoires d'assurance maladie les données relatives aux indemnités journalières versées et les renvoyer par la suite aux organismes débiteurs des prestations familiales.

Article 115 : Révision de la procédure de pénalités pour fraude

La procédure de pénalités administratives est révisée et simplifiée afin de développer son utilisation. Le champ d'application des pénalités est ainsi élargi aux bénéficiaires de la CMU, de l'aide médicale de l'Etat et de l'aide à l'assurance complémentaire. L'ensemble des acteurs du système seront dorénavant soumis au dispositif des pénalités.

Le montant de la pénalité est adapté en fonction de la gravité des faits reprochés et de l'acteur de santé concerné.

La fraude devra être établie et prouvée par l'organisme d'assurance maladie, pour des cas limitativement énumérés par décret.

Les infractions susceptibles de justifier de la nouvelle procédure sont précisées (qui permet par exemple au directeur de prononcer une pénalité sans solliciter l'avis de la commission constituée au sein du conseil d'administration de l'organisme ou de majorer le montant des pénalités).

Seules les fraudes « manifestes » seront concernées, cette notion devant être précisée par décret.

Article 116 : Extension aux Français résidant à l'étranger de la récupération des sommes indûment versées au titre de l'allocation de solidarité aux personnes âgées

Article 117 : Lutte contre le travail dissimulé

La portée du dispositif d'annulation des exonérations de cotisations est étendue en limitant les pratiques de contournement de la loi de certains employeurs en matière d'omission volontaire d'une partie des rémunérations versées sur les déclarations.

Article 118 : Recouvrement des prestations sociales indûment versées

Les indus d'une prestation familiale pourront être recouverts sur une autre prestation. L'ensemble des caisses de sécurité sociale auront un pouvoir de contrainte pour recouvrer les sanctions.

Le Revenu Social de Solidarité et l'Allocation Adulte Handicapé sont inclus dans le champ des prestations pouvant faire l'objet d'un recouvrement.

Article 119 : Echanges de données entre les régimes obligatoires de sécurité sociale et le régime d'assurance chômage

Afin de lutter contre la fraude, l'échange de données à caractère personnel entre organismes et institutions chargés de la gestion d'un régime équivalent au sein d'un Etat membre de l'Union Européenne ou de l'Espace Economique Européen est possible. Ces échanges devront avoir pour objectif de :

- sanctionner le cumul indu de prestations
- déterminer l'éligibilité aux prestations et contrôler le droit au bénéfice de prestation lié à la résidence, à l'appréciation des ressources, à l'exercice ou non d'une activité professionnelle et à la composition de la famille
- procéder au recouvrement des cotisations et contributions dues et contrôler leur assiette.

Article 120 : Renforcement des contrôles rétroactifs pour le versement de cotisation d'assurance vieillesse

Le contrôle des conditions de départ en retraite anticipée est renforcé.
