



Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012

Après l'échec de la navette parlementaire, c'est à l'Assemblée Nationale qu'est revenu le dernier mot concernant le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. Avant la décision du Conseil Constitutionnel, ce texte comprend 129 articles.

Rappel du calendrier :

- Projet déposé le 5 octobre 2011
- Voté à l'Assemblée Nationale le 2 novembre 2011
- Voté au Sénat le 14 novembre 2011
- Echec de la CMP
- Voté en nouvelle lecture à l'Assemblée Nationale le 22 novembre 2011
- Rejeté en nouvelle lecture par le Sénat le 23 novembre 2011
- Voté en lecture définitive par l'Assemblée Nationale le 29 novembre 2011
- Saisine du Conseil Constitutionnel le 6 décembre 2011

Les **décrets** et **arrêtés** à venir sont surlignés en vert

Approbation des comptes pour l'année 2010 : **Articles 1 et 2**

Dispositions pour l'année 2011

Articles 3 à 5 : Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale dont :

- maintien de l'objectif d'amortissement rectifié de la dette de la Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale (CADES)
- maintien des prévisions de recette rectifiées affectées au Fonds de Réserve pour les Retraites (FRR)
- 0,39 contre 0,35 en prévision initiale de recettes mises en réserve par le Fonds de Solidarité Vieillesse (FSV)

Articles 6 à 9 : Dispositions relatives à l'année 2011, aux dépenses dont :

- diminution de la dotation au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) : de 347,71 M€ à 289,72 M€
- relèvement de la dotation de gestion aux Agences Régionales de Santé (ARS) : de 151 M€ à 161 M€
- rectification à la baisse des prévisions des objectifs de dépenses de la sécurité sociale
- maintien de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2011

Dispositions pour l'année 2012

Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général

Articles 10 à 22 : Dispositions relatives aux cotisations sociales et aux rapports annuels à fournir (par les mutuelles sur leurs frais de gestion et par le Gouvernement)

Article 23 : Contributions à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques : le taux de progression du chiffre d'affaire au-delà duquel est dû la contribution à la régulation des dépenses d'assurance maladie (taux k) reste fixé à 0,5%.

Article 24 : Réintégration dans l'assiette de la taxe sur la promotion des médicaments des dépenses de publicité dans la presse médicale

Article 25 : Fixation du taux de la contribution sur le chiffre d'affaire des entreprises pharmaceutiques : ce taux est fixé à 1,6 % du chiffre d'affaire réalisé au cours des années 2012, 2013 et 2014. Il était auparavant à 1 %. Le produit de la majoration sera reversé à l'organisme de gestion du développement professionnel continu (OGDPC) et à l'organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) pour les médecins salariés, conformément à l'engagement pris par le Gouvernement. La taxe rapportera 150 M€ supplémentaires.

Article 26 : Modification du mode de financement de l'Afssaps :

- une augmentation des plafonds, des taux et tarifs des taxes et droits afin de porter leur produit à hauteur des charges nouvelles correspondant à l'accroissement des missions confiées à l'Agence
- les taxes et redevances perçues aujourd'hui par l'Agence seront dorénavant recouvrées par l'Etat au profit de la CNAMTS
- l'institution d'une taxe sur le chiffre d'affaires des produits cosmétique alignée sur celle qui existe pour les dispositifs médicaux

Article 27 à 30 : Divers mesures relatives aux régimes spéciaux, et approbation de crédits budgétaires

Articles 31 à 36 : Prévision de recettes et approbation des tableaux d'équilibre :

- de la sécurité sociale par branche pour l'année 2012 : revu à la hausse de près de 6 Md€
- de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale pour 2012 : solde de toutes branches établi à -15,6 Md€
- par branche, du régime général de sécurité sociale pour 2012 : solde établi à - 13,8 Md€
- des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale : solde du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) établi à - 4,1 Md€
- l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la CADES : fixé à 11,1 Md€
- les prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites : transférées donc nulles
- les prévisions de recettes mises en réserve par le FSV : 0,4 Md€

Articles 37 à 44 : Réécriture et simplifications des dispositions relatives à la comptabilité et au recouvrement des cotisations sociales, et établissement des plafonnements d'emprunts des régimes obligatoires de base

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 45 : Assouplissement des conditions d'indemnisation de l'arrêt de travail à temps partiel pour les assurés atteints d'une affection de longue durée (ALD), ainsi que pour les assurés indemnisés au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle

Article 46 : Mise en place d'une collaboration systématique entre médecins conseils de la CNAM et médecins du travail pour toute interruption de travail dépassant trois mois

Article 47 : Renforcement de la mission médico-économique de la Haute Autorité de santé (HAS) :

- la réalisation ou validation des études médico-économiques nécessaires à l'évaluation des produits et technologies de santé. Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions dans lesquelles ces études sont requises
- le relèvement de 1000 € du plafond du montant des droits versés par les entreprises pharmaceutiques à la HAS pour l'évaluation médico-économique
- toute demande d'inscription et de renouvellement d'inscription sur la liste des produits de santé remboursables donne lieu au versement d'une taxe additionnelle, dont le produit est versé à la HAS, et dont le barème est fixé par décret

Article 48 : Contrainte faite au CEPS de motiver sa décision lorsque le prix qu'il fixe pour un médicament, après appréciation du service médical rendu, ne tient pas compte de l'avis donné par la commission de la transparence de la HAS

Article 49 : Prolongation des expérimentations concernant les nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé

Article 50 : Généralisation d'un dépistage précoce des troubles de l'audition

Article 51 : Prolongation de la période transitoire autorisant les médecins étrangers non ressortissants communautaires à exercer en France

Article 52 : Elargissement de la liste des médicaments génériques : après avis du Directeur Général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (l'Afssaps devient l'ANSM), aux spécialités pharmaceutiques dont le principe actif est d'origine végétale ou minérale qui présentent la même composition quantitative que ce principe actif et qui ont une activité thérapeutique équivalente à celle de la spécialité de référence, à condition que ces spécialités et la spécialité de référence ne présentent pas de propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité

Article 53 : Instauration d'un dispositif de concertation obligatoire dans le cadre de la procédure engagée par l'ARS pour placer sous entente préalable la prise en charge de certaines prestations d'hospitalisation

Article 54 : Instauration d'une prise en charge individuelle à 100% des frais de transport des enfants accueillis en Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) et en Centre Médico-Pscho-Pédagogique (CMPP), par le biais de l'entente préalable auprès du médecin conseil de l'assurance-maladie

Article 55 : Relèvement, dès le 1^{er} janvier 2012, du plafond de ressources de l'Assurance Complémentaire de Santé (ACS) au niveau du plafond de ressources de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire majoré de 35 % et amélioration du contenu des contrats des complémentaires santé : définition, par voie conventionnelle, d'un « label ACS», dont les critères d'éligibilité seront définis par une convention conclue entre le Fonds CMU, l'État et l'UNOCAM

Article 56 : Mise en place d'un secteur optionnel pour les chirurgiens, les obstétriciens et les anesthésistes et prise en charge des dépassements d'honoraires y afférents dans le cadre des contrats complémentaires dits responsables

Article 57 : Amélioration de la performance des établissements de santé : intégration d'objectifs établis à partir d'indicateurs de performance (dont la liste est fixée par décret) dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus entre les ARS et les établissements de santé. Les résultats obtenus sont publiés chaque année. Des pénalités peuvent être fixées par le DG de l'ARS en cas de non-publicité des résultats par les établissements de santé ou de non-réalisation des objectifs fixés. Une contrepartie financière peut être versée lorsque ces objectifs ont été atteints, selon des modalités fixées par décret

Article 58 : Possibilité, pour les établissements de santé, d'obtenir des « remises de tarifs » des laboratoires de biologie médicale pour des volumes importants d'examens

Article 59 : Pérennisation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée créé par la LFSS pour 2007 et enrichissement de ses missions

Article 60 : Amélioration du dispositif de régulation des produits de santé financés en sus des prestations d'hospitalisation, qu'il s'agisse des médicaments ou des dispositifs médicaux : dissociation du suivi des dépenses de médicaments de celles des dispositifs médicaux (DM) et amélioration de l'articulation du dispositif de régulation de la liste en sus avec celui du contrat de bon usage du médicament et des produits de santé

Article 61 : Fusion de 3 rapports en un seul, du Gouvernement au Parlement, présentant une vision cohérente des actions menées en termes de financement des établissements de santé, en fournissant notamment un bilan rétrospectif et présentant les évolutions à venir à court, moyen et long terme

Article 62 : Correction de l'incertitude entachant le constat de réalisation des sous-objectifs de l'ONDAM relatifs aux établissements de santé tarifés à l'activité, du fait des difficultés d'imputation des dépenses aux bons exercices de rattachement : fixation du délai d'un an pour l'émission et la rectification des données de facturation des établissements de santé tarifés à l'activité. Passé ce délai, l'action des établissements auprès de l'assurance maladie pour le paiement des prestations réalisées n'est plus possible

Article 63 : Report de l'application de la T2A aux ex hôpitaux locaux au 1er mars 2013

Article 64 : Possibilité, pour les centres d'examen de santé, de pratiquer les vaccinations nécessaires sur place dans le même temps que le bilan de santé

Article 65 : Création d'un Fonds d'Intervention Régional (FIR) :

- il finance les actions et expérimentations décidées par les ARS en faveur de la performance, de la qualité, de la coordination et de la permanence des soins, ainsi qu'en faveur de la prévention, de la promotion de la santé et de la sécurité sanitaire
- les financements alloués aux établissements de santé et médico-sociaux font l'objet d'une évaluation dans le cadre des CPOM
- ses ressources sont constituées par une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie (fixé par **arrêté**), une dotation de l'Etat, et le cas échéant une dotation de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
- la gestion comptable et financière du fonds est gérée par la CNAMTS, qui peut déléguer une partie de ses crédits aux ARS
- modalités d'application fixées par **décret** en Conseil d'Etat

Article 66 : Expérimentations de nouvelles modalités d'organisation et de financement des transports urgents : expérimentations menées par une ou plusieurs ARS, en liaison avec les organismes locaux d'assurance maladie

Article 67 : Expérimentations relative aux règles de tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes : introduction d'une majoration de la dotation, en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficience dont la liste est fixée par **décret**. Ces expérimentations seront conduites par 3 ou 4 ARS désignées par un **arrêté** des ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale

Article 68 : Instauration d'un avenant de prorogation d'un an des conventions pluriannuelles tripartites entre les EHPAD, le président du Conseil général et le DG de l'ARS

Article 69 : Clarification selon laquelle les professionnels libéraux intervenant dans les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) sont présumés ne pas être liés par un contrat de travail avec l'établissement : cette disposition est une extension de ce qui a été instauré pour les EHPAD

Article 70 : Expérimentation, à compter du 1^{er} janvier 2012, destinée à optimiser les parcours de soins des personnes âgées dépendantes en assurant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médico-sociaux : ces expérimentations ont pour vocation de prévenir l'hospitalisation avec hébergement. Evaluation de cette expérimentation par la HAS

Article 71 : Rapport du Gouvernement au Parlement sur les charges fiscales et sociales résultant du différent statut juridique auquel sont soumis les EHPAD et les SSIAD

Article 72 : Mise en œuvre du Plan d'Aide à l'Investissement (PAI) dans le secteur des personnes âgées et handicapées

Article 73 : Mise en place d'une répartition de l'amortissement des coûts d'évaluation entre les différentes sections du budget des établissements sociaux et médicosociaux

Article 74 : Dispositions relatives aux pharmacies d'officines

- **Rémunération officinale** : intégration progressive d'une part croissante dissociée du prix des produits vendus, constituée pour partie d'une rémunération de l'acte de dispensation et pour partie d'une rémunération à la performance sur la base d'objectifs de santé publique et d'efficacité des dépenses
- **Possibilité de conclure des accords conventionnels interprofessionnels entre les organisations représentatives des pharmaciens d'officines et l'UNCAM.**

Article 75 : Possibilité de dérogation à la tarification des prestations de soins et d'hébergement des patients étrangers non assurés sociaux en situation régulière sur le territoire

Article 76 : Expérimentation du contrôle administratif et médical des arrêts maladie des fonctionnaires par les caisses primaires d'assurance maladie :

- instaurée par la LFSS pour 2010, elle est prolongée de deux ans
- elle est ouverte aux collectivités locales volontaires qui n'ont pu signer leur convention locale dans les délais prévus.
- possibilité pour le médecin conseil de transmettre au comité médical les éléments médicaux ayant fondé son avis, en cas de contestation

Article 77 : Bénéfice de la gratuité des prestations en nature de l'assurance maladie offert aux assurés et à leurs ayants droit relevant du régime spécial de sécurité sociale des entreprises minières

Article 78 : Suppression du lien automatique entre qualité de pensionné et bénéfice d'un régime français d'assurance maladie

Article 79 : Suspension du versement de la pension d'invalidité versée par le régime général à un assuré ayant fait liquider une pension de retraite pour pénibilité au titre du régime des non-salariés agricoles. Cette suspension a été mise en place pour le régime général et le régime des salariés agricole, elle est aujourd'hui étendue

Article 80 : Possibilité pour le Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP) d'assurer le financement des études réalisées par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH)

Article 81 : Fixation des montants de la participation de l'assurance maladie à divers organismes :

- Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) : 250 M€
- FMESPP : 285,87M€
- Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des infections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) : 55 M€
- ARS : Contribution des régimes obligatoires d'Assurance maladie de 160 M€ et Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) de 64,55 M€
- Etablissement public de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS) : 20 M€

Article 82 : Précision quant à la procédure de fixation de la participation de l'assuré par l'UNCAM prévue par la loi portant réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 : En effet, le cas où l'UNCAM ne se prononcerait pas pour fixer un taux de ticket modérateur, suite à l'instauration de nouvelles fourchettes de taux, n'a pas été prévu. Il est donc renvoyé à un décret le soin de préciser comment le pouvoir réglementaire pourra se substituer à l'UNCAM au cas où elle ne se prononcerait pas

Article 83 : Fixation des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès :

- pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale : 186,2 Md€ (+ 3 %)
- pour le régime général : 161,6 Md€ (+ 3 %)

Article 84 : Fixation de l'ONDAM de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs : total de 171,2 Md€

- soins de ville : 78,9 Md€
- établissements de santé tarifés à l'activité : 55,3 Md€
- autres dépenses relatives aux établissements de santé : 19,3 Md€
- contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées : 8 Md€
- contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées : 8,4 Md€
- autres prises en charges : 1,2 Md€

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Articles 85 à 94 : Dispositions relatives aux retraites

Article 94 : Déconnexion du lien entre Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA) et carte de résident : tous les étrangers non communautaires seront soumis à la condition de résidence préalable de droit commun sans exception. La condition de résidence est portée de cinq à dix ans

Article 95 : Fixation des objectifs de dépenses de la branche vieillesse :

- pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale : 210,4 Md€
- pour le régime général : 110,6 Md€

Dispositions relatives aux dépenses des accidents de travail et des maladies professionnelles (AT-MP)

Articles 96 à 98 : fixation des montants versés par la branche AT-MP

- à la branche maladie, au titre de la sous-déclaration, à 790 M€
- au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante : 315 M€
- au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante : 890 M€
- à la branche retraite : 110 M€

Article 99 : Attribution, aux partenaires et concubins, de l'ensemble des conditions d'attribution, de calcul et de retrait des rentes servies aux conjoints survivants de personnes décédés par suite d'accidents du travail ou de maladies professionnelles

Article 100 : Coordination entre les différents dispositifs d'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) afin que les salariés ayant relevé de plusieurs régimes de sécurité sociale aient les mêmes droits que ceux ayant relevé d'un seul régime

Article 101 : Fixation des objectifs de dépenses de la branche AT-MP :

- pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale : 13,3 Md€
- pour le régime général : 11,9 Md€

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Articles 102 à 105 : Dispositions relatives aux prestations familiales

Article 106 : Fixation des objectifs de dépense de la branche famille :

- pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale : 56,5 Md€
- pour le régime général : 56 Md€

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 107 : Fixation des dépenses de prise en charge du Fonds de solidarité vieillesse :

- régime général : 3,4 Md€
- régime des salariés agricoles : 400 M€
- régime d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales : 100 M€

Article 108 : Prévisions des charges du Fonds de solidarité vieillesse : 18,3 Md€

Dispositions relatives à la gestion du risque, à l'organisation ou à la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement : **articles 109 à 113**

Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article 114 : Clarification et harmonisation des pénalités financières que les organismes de sécurité sociale peuvent prononcer en cas de non-respect des prescriptions du code de la sécurité sociale : le contentieux des pénalités est transféré aux tribunaux des affaires de sécurité sociale, auquel appartient déjà le contentieux du recouvrement

Article 115 : Redéfinition de la notion d'isolement économique, afin de lutter contre la fraude à l'isolement

Article 116 : Exclusion des créances frauduleuses sur la sécurité sociale du champ de la procédure de surendettement civil

Article 117 : Insertion des transmissions relatives aux prestations en espèces des organismes de sécurité sociale, dans les échanges de données électroniques accomplis dans le cadre du Répertoire National Commun de la Protection Sociale (RNCPS)

Article 118 : Suspension du droit au versement des prestations sociales en cas de fraude à l'identité

Article 119 : Extension du champ d'application de la procédure de suspension de versement des prestations : la production de faux documents ou de fausses informations entraîne la suspension du versement des prestations, de même que le refus réitéré de se soumettre à une convocation d'un organisme de sécurité sociale

Article 120 : Renforcement de la sanction du défaut d'information des caisses de sécurité sociale par l'assureur du tiers responsable d'un accident

Article 121 : Renforcement des échanges entre les organismes de sécurité sociale et les autorités consulaires afin de lutter contre la fraude

Article 122 : Fixation d'un délai de réponse obligatoire de trente jours, suivant le droit de communication des agents des organismes de protection sociale, et instauration du principe de la gratuité des opérations réalisées par les tiers dans le cadre du droit de communication

Article 123 : Mise en place d'une procédure de radiation définitive des cotisants sans activité réelle. De plus lorsqu'un travailleur indépendant est inscrit à un ordre professionnel et qu'il a cessé son activité, l'ordre doit être informé de sa cessation d'activité

Articles 124 à 127 : Dispositions relatives à la répression du travail dissimulé

Article 128 : Création d'une procédure de flagrance sociale permettant la mise en œuvre de mesures conservatoires telles que les saisies ou les inscriptions de garanties

Article 129 : Ajout des organismes de protection sociale à la liste des structures pouvant recevoir des informations du service de Traitement du renseignement et actions contre les circuits financiers clandestins (TRACFIN)