

Historique des Lois de financement de la Sécurité sociale en France

Mise à jour : Février 2012

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté :

<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/LoisFinancementSecu.pdf>

Ce document aborde les Lois de financement de la Sécurité sociale sous l'angle exclusif des mesures relatives à l'assurance maladie.

*Les deux premières Lois de financement : années 1997 et 1998 sont très succinctes.
Pour ces deux lois, l'ensemble des mesures est présenté.*

Origine des Lois de financement de la Sécurité sociale	1
Définition	2
Loi de financement de la Sécurité sociale 1997	2
Loi de financement de la Sécurité sociale 1998	3
Loi de financement de la Sécurité sociale 1999	3
Loi de financement de la Sécurité sociale 2000	6
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	14
Loi de financement de la Sécurité sociale 2004	20
Loi de financement de la Sécurité sociale 2005	25
Loi organique relative aux lois de financement de la Sécurité sociale 2005	29
Loi de financement de la Sécurité sociale 2006	30
Loi de financement de la Sécurité sociale 2007	34
Loi de financement de la Sécurité sociale 2008	36
Loi de financement de la Sécurité sociale 2009	41
Loi de Financement de la Sécurité sociale 2010	42
Loi de financement de la Sécurité sociale 2011	46
Loi de financement de la Sécurité sociale 2012	49
Bibliographie	64
Ressources électroniques	64

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.

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 2001 et 2002 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 instaurent 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. Prévues 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 propres 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 propres 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

- 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 justifiés 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 publ., 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 de 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 sanctionner 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 publ., 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 œuvre 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- Il 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 maintenus. 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 de 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.

► Tarifcation 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 rétrocedés 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'Etat

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 3 à 5 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 entraîne 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]

Les comptes de la Sécurité sociale 2007-2008 :

La Commission des comptes de la Sécurité sociale a rendu public le 24 septembre son rapport actualisant ses prévisions de juillet dernier, quelques heures avant la présentation à la presse des grandes lignes du PLFSS 2008. Le déficit du Régime général de la Sécurité sociale devrait s'élever à 11,7 milliards d'euros en fin d'année (dérapant de 3,5 milliards par rapport à l'objectif initial) et atteindrait 12,7 milliards en 2008 sans mesures correctrices, selon la commission. Les quatre branches du régime général et le fonds de solidarité vieillesse (FSV) sont déficitaires en 2007. Trois ans après la mise en œuvre de la réforme de l'Assurance maladie, qui prévoyait un retour à l'équilibre en 2007, la situation des comptes sociaux reste donc des plus inquiétantes et le trou du régime général de la Sécurité sociale continue de se creuser. Après une réduction temporaire en 2006, le solde retrouve le niveau des déficits atteints en 2004, mais avec cette fois-ci un "partage" entre la maladie (- 6,2 milliards) et la vieillesse (- 4,6 milliards). Ces évolutions s'expliquent, selon la CCSS, par des charges qui "augmentent globalement depuis plusieurs années" et "une progression des recettes qui s'est ralentie" en 2007. La Commission souligne, à ce titre, que 2005 et 2006 avaient bénéficié de mesures exceptionnelles (accroissement du rendement de la CSG, de relèvement des taux de cotisations retraite et taxation anticipée des plans d'épargne logement). Hors mesures prises dans le cadre du PLFSS de 2008, le déficit de la branche vieillesse serait de 5,7 milliards l'an prochain et de 7,1 milliards pour l'Assurance maladie à partir de prévisions se fondant sur le scénario macroéconomique retenu par le gouvernement : PIB de 2 à 2,5 %, progression de 4,8 % de la masse salariale et hausse moyenne des prix hors tabac de 1,6 %.

Le rapport de la CCSS indique que les dispositifs d'exonérations de charges en faveur de l'emploi devraient atteindre le total impressionnant de 31,75 milliards d'euros en 2008 (+ 13 %), après 28 milliards cette année et 24 milliards en 2006. Cette nouvelle poussée est liée aux allègements sur les heures supplémentaires, qui représenteront un peu plus de 4 milliards l'an prochain. Les allègements généraux (entre 1 et 1,6 Smic) devraient quant à eux voir leur progression ralentir (+ 4,3 % tout de même), à 21,5 milliards d'euros, de même que les exonérations en faveur de l'emploi à domicile (+ 7 %), à 2,1 milliards. Inversement, les exonérations en faveur de publics particuliers sont attendues en nette baisse en 2008 (- 8 %). Sur l'ensemble de ces exonérations, 2,5 milliards d'euros ne seraient pas compensés à la Sécurité sociale en 2008, un montant prévu en diminution (6,2 %) par rapport à cette année (Lu sur Annuaire sécu)..

> Rapports à la Commission des comptes de la sécurité sociale 2007 - synthèse, tomes 1 et 2, discours des ministres :

<http://www.securite-sociale.fr/chiffres/ccss/2007/ccss2007.htm>

- [Tome 1 : Les comptes du régime général](#)
- [Tome 2 : Les comptes des régimes autres que le régime général](#)

[Synthèse du rapport 2007](#)

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008

[Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007](#) de financement de la Sécurité sociale pour 2008, JO du 21/12/07 [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 avait 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) :
- 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 IPLFSS, 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'Unocam. 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 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 SS.

► 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 m^mes 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'adossment de régimes spéciaux au Régime général et puisse demander qu'une clause de révision soit intégrée

dans ces opérations d'adossement, 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'Unocam (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'Unocam. Lorsque l'Unocam participera aux négociations conventionnelles, l'Unocam 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'heure 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 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 réglementaires 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 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 soumise 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). Bénéficiaire 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 Cnam. 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 déçus 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 pluri-annuels 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'Etat, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et des organisations syndicales représentatives des entreprises de transports sanitaires concernées.

➤ Pour en savoir plus :

- Les comptes de la Sécurité sociale 2011
 - [Rapport Tome 1](#)
 - [Rapport Tome 2](#)
 - [Synthèse du rapport](#)
- *Le PLFSS 2012*
 - [Calendrier et présentation du PLFSS 2012](#)
 - [Les annexes présentées avec le PLFSS pour 2012](#)
 - [Le dossier législatif de l'Assemblée nationale](#)
- [La PLFSS 2012 en chiffres](#)
- [Analyse de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012](#) - Dossier de La gazette-sante-social.fr - 18 janvier 2012.

Bibliographie

[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 LFSSS](#)

[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 \(spécificité, contenu, procédure parlementaire\)](#)

➤ Cour des comptes

[Rapports annuels de la Cour des Comptes sur la Sécurité sociale](#)