

ANNEXE 3A
MISE EN ŒUVRE DE
LA LOI DE
FINANCEMENT DE
LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2016

PLFSS 2017

SOMMAIRE

PLFSS 2017 - Annexe 3a

Mise en œuvre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016

| | |
|--|-----------|
| 1. Dispositions relatives à l'année 2015 | 4 |
| 2. Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour 2016 | 4 |
| 2.1. Titre 1er : Dispositions relatives aux recettes, au recouvrement et à la trésorerie | 4 |
| 2.2. Titre II : Conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale..... | 11 |
| 3. Dispositions relatives aux dépenses pour 2016 | 12 |
| 3.1. Titre I : Dispositions relatives à la branche famille..... | 12 |
| 3.2. Titre II : Dispositions relatives à la branche vieillesse | 13 |
| 3.3. Titre III : Dispositions relatives à la branche accidents du travail et maladies professionnelles | 14 |
| 3.4. Titre IV : Dispositions relatives à la branche maladie | 14 |
| 3.5. Titre V : Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires..... | 21 |
| 3.6. Titre VI : Dispositions communes aux différentes branches..... | 21 |

La présente annexe rend compte des dispositions de la dernière loi de financement de la sécurité sociale. Sont notamment présentés les articles impliquant des mesures de suivi.

1. Dispositions relatives à l'année 2015

Article 4 : Ajustement des mécanismes de la clause de sauvegarde et de la contribution due au titre des médicaments traitant l'hépatite C

Cet article visait à procéder à des ajustements ponctuels des dispositifs de régulation macroéconomiques du médicament, afin de simplifier leur mise en œuvre et d'améliorer la prévisibilité du dispositif de clause de sauvegarde (taux L).

L'article 4 a ainsi clarifié le statut des médicaments compris dans le périmètre de l'assiette, pour les médicaments orphelins et les génériques sous tarif forfaitaire de responsabilité, dont le statut est désormais arrêté au 31 décembre de l'année N. La prévisibilité de la contribution a en outre été renforcée en limitant la régularisation de la contribution à une seule année en cas de fixation tardive du prix d'un produit sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU). L'incitation à privilégier la voie conventionnelle a également été renforcée en autorisant un laboratoire qui aurait connu de rares fixations unilatérales de prix à passer une convention avec le CEPS.

Cet article visait également à simplifier la mise en œuvre de la contribution précitée et de celle au titre des médicaments destinés à l'hépatite C par un ensemble clarifications rédactionnelles relatives à la notion de groupe d'entreprises et au champ des remises entrant dans l'assiette.

Enfin, cet article a prévu un assouplissement du calendrier de déclaration puis de versement de la contribution due en cas de déclenchement de la clause de sauvegarde, qui est décalé d'un mois.

Ces dispositions sont d'application directe.

2. Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour 2016

2.1. Titre 1er : Dispositions relatives aux recettes, au recouvrement et à la trésorerie

2.1.1. Chapitre I : Dispositions relatives au pacte de responsabilité et de solidarité et évolutions de certains dispositifs particuliers en découlant

Article 7 : Elargissement du champ de la réduction de cotisations d'allocations familiales

L'article 7 met en œuvre la deuxième étape du pacte de responsabilité et de solidarité en étendant, à compter du 1^{er} avril 2016, la réduction de 1,8 point du taux des cotisations d'allocations familiales dues aux rémunérations comprises entre 1,6 et 3,5 SMIC. Cette disposition ne nécessite pas de mesure d'application au niveau réglementaire. La circulaire ministérielle n° DSS/5B/2016 du 1^{er} janvier 2016 relative à la mise en œuvre de la réduction générale des cotisations et contributions sociales à la charge des employeurs et de la baisse du taux de cotisations d'allocations familiales a précisé les modalités d'application opérationnelle de cette mesure, notamment au titre de l'année 2016, compte tenu de l'entrée en vigueur de la mesure en cours d'exercice.

Article 8 : Abaissement du seuil d'assujettissement aux cotisations sociales des indemnités de départ versées à l'occasion de la cessation forcée des activités de mandataire social

L'article 8 abaisse de dix fois à cinq fois le montant du plafond annuel de la sécurité sociale le seuil d'assujettissement à cotisations et contributions sociales au premier euro pour les indemnités versées à l'occasion de la cessation forcée des activités de mandataire social. Cette mesure est d'application directe.

Article 9 : Suppression progressive de la contribution sociale de solidarité des sociétés (étape 2 du Pacte de responsabilité et de solidarité)

L'article 9 de la loi de financement pour la sécurité sociale met en œuvre la deuxième étape du pacte de responsabilité et de solidarité en rehaussant le montant de l'abattement d'assiette de la C3S à 19 M€ pour la contribution due en 2016. Cette mesure permet d'exonérer environ 80 000 PME supplémentaires, faisant passer le nombre de redevables de 100 000 (contre 300 000 avant 2015) à 20 000, pour un coût de 1 Md€ environ.

Cette mesure est d'application directe.

Article 10 : Modification du dispositif d'exonérations de cotisations sociales patronales dans les outre-mer (LODEOM)

L'article 10 a modifié les barèmes des différentes formes de l'exonération applicable aux entreprises implantées outre-mer. Le décret n° 2016-566 du 9 mai 2016 relatif à l'exonération de cotisations sociales applicable aux entreprises implantées en outre-mer explicite les nouvelles formules de calcul de l'exonération.

Article 11 : Extension à Saint-Barthélemy du régime d'exonérations de cotisations patronales de sécurité sociale applicable aux entreprises des secteurs exposés des départements d'outre-mer et de Saint-Martin

L'article 11 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a étendu aux entreprises implantées à Saint-Barthélemy la forme renforcée de l'exonération LODEOM.

Cette mesure est d'application directe.

2.1.2. Chapitre II : Simplification du recouvrement des cotisations dues par les entreprises et les travailleurs non salariés

Article 12 : Proportionnalité du redressement en matière de protection sociale complémentaire

L'article introduit la possibilité d'appliquer à l'issue des contrôles URSSAF des redressements portant sur les régimes de protection sociale complémentaire en entreprises qui soient proportionnés, sous certaines conditions, au manquement à certaines des règles relatives au caractère collectif et obligatoire des garanties.

Cette mesure est d'application directe.

Article 13 : Délégation aux URSSAF du recouvrement des cotisations d'assurance maladie des professions libérales

Nouvelle étape de la rationalisation et de l'harmonisation du recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants non agricoles, les dispositions de l'article 13 visent à supprimer la délégation de gestion du recouvrement des cotisations d'assurance maladie maternité des professions libérales aux organismes conventionnés avec le RSI et à transférer cette délégation pour la totalité du processus du recouvrement aux URSSAF et CGSS.

La mise en œuvre du transfert du recouvrement nécessite l'adaptation des systèmes d'informations du RSI et de l'ACOSS, une information des CFE sur cette modification afin que ces partenaires du RSI informent en retour les professions libérales créateurs d'entreprise des modifications apportées dans le recouvrement de leurs cotisations d'assurance maladie maternité et enfin une campagne d'information de la population des cotisants professionnels libéraux sur la modification du recouvrement de leurs cotisations d'assurance maladie maternité (RSI).

Les travaux sur l'adaptation des systèmes d'informations ont commencé entre les différents acteurs et la communauté des CFE a été informée.

Des décrets sont à publier afin de préciser la date d'entrée en vigueur de la mesure, et de permettre la modification du code de la sécurité sociale. La date d'entrée en vigueur sera fixée par décret, à une date

comprise entre le 1^{er} janvier 2017 et le 1^{er} janvier 2018, en fonction de l'avancée des travaux notamment sur les systèmes d'information.

Article 14 : Renforcement des options de lissage des revenus professionnels non salariés agricoles soumis à des cotisations sociales

L'article 14 renforce les options de lissage des revenus professionnels non salariés agricoles soumis à des cotisations sociales. L'article permet de prendre en compte l'option fiscale d'étalement des revenus exceptionnels des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole dans la détermination de l'assiette sociale. Il relève le plafond d'à-valoir des cotisations sociales, compte tenu du caractère fluctuant des revenus professionnels des non-salariés agricoles, de 50 % à 75 %. Enfin, l'article ouvre, dans le cas d'un transfert entre époux suite au décès du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, la possibilité au conjoint reprenneur d'opter pour l'application de l'assiette forfaitaire applicable à un nouvel installé pour le calcul, à titre provisionnel, des cotisations et contributions sociales.

Le décret n° 2016-735 du 2 juin 2016 relatif à l'option pour l'assiette de cotisations du conjoint survivant en cas de décès du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole et à l'option pour l'assiette annuelle de cotisations des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole a été publié en application de ce dernier point. Ce décret fixe la date limite de demande d'option permettant le calcul des cotisations sociales du conjoint reprenneur poursuivant la mise en valeur de l'exploitation ou de l'entreprise agricole après le décès du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, à titre provisionnel, sur une assiette forfaitaire. Il modifie également, à compter du 1^{er} janvier 2017, la date limite d'option pour l'assiette annuelle des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole.

Article 15 : Maintien de l'option en faveur du régime social au réel pour les personnes soumises au micro-fiscal

L'article 15 pose le principe que les personnes soumises au régime micro-fiscal relèvent du dispositif micro-social, sauf option contraire pour le régime social au réel.

Le décret n° 2015-1856 du 30 décembre 2015 relatif aux cotisations et contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants pris en application de l'article 15 fixe les modalités permettant aux travailleurs indépendants de relever du dispositif micro-social.

Ce décret est complété par le décret en Conseil d'Etat n° 2016-193 du 25 février 2016 relatif au recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants non agricoles relevant du régime prévu à l'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale. Ce décret fixe les modalités selon lesquelles les travailleurs indépendants relevant du régime micro-fiscal peuvent exercer leur droit d'option pour bénéficier des dispositions du régime social de droit commun des travailleurs indépendants.

Article 16 : Transfert du recouvrement de certains prélèvements sociaux pesant sur les marins de l'ENIM vers les URSSAF

La suppression de la Caisse maritime des affaires familiales au 1^{er} janvier 2016 avait été actée dans la LFSS 2015. L'article 16 de LFSS 2016 a, dans ce cadre, prévu le transfert du recouvrement exercé par la CMAF à une URSSAF désignée par le directeur général de l'ACOSS, plutôt qu'à l'ENIM, qui reste toutefois compétent pour l'exercice du recouvrement qu'il exerce actuellement.

Cette adaptation a été mise en œuvre le 1^{er} janvier 2016.

Article 17 : Aménagement des modalités de reprise des allègements généraux en cas de méconnaissance par l'employeur de l'obligation annuelle de négociation sur les salaires

Avant la LFSS pour 2016, le non-respect par les entreprises disposant d'au moins une section syndicale d'organisation représentative de l'obligation fixée par les dispositions du code du travail de négociation annuelle obligatoire pouvait conduire à l'application de sanctions potentiellement très importantes puisque

de manière progressive, d'abord partiellement puis totalement, le bénéfice des allègements généraux pouvait lui être retiré.

L'article 17 modifie la sanction applicable :

- d'une part en clarifiant l'autorité en charge de constater le manquement et de prononcer la sanction, la DIRECCTE étant désormais en charge d'appliquer la pénalité et non plus l'URSSAF ce qui apparaît plus opportun, la DIRECCTE étant l'autorité administrative la mieux placée pour interpréter les dispositions du code du travail.
- d'autre part en introduisant une possibilité plus large de modulation, la sanction étant désormais plafonnée ce qui laisse une marge d'appréciation à l'autorité administrative qui peut tenir compte non seulement des circonstances ayant conduit au manquement, mais également de la gravité de celui-ci et de la situation économique, sociale et financière de l'entreprise.

Un décret d'application est en cours de rédaction. Il doit préciser les conditions dans lesquelles l'autorité administrative fixe le montant de la pénalité applicable à l'entreprise qui a méconnu les obligations relatives à la négociation sur les salaires, en tenant compte notamment des efforts constatés pour ouvrir les négociations, de la situation économique et financière de l'entreprise, de la gravité du manquement et des circonstances ayant conduit au manquement.

Article 18 : Sécurisation de la procédure de redressement forfaitaire en cas de travail dissimulé

En cas de constat de travail dissimulé, les textes prévoient un redressement forfaitaire si la situation réelle ne peut pas être reconstituée. Antérieurement à la LFSS pour 2016, les rémunérations versées ou dues au titre d'un travail dissimulé étaient évaluées à 6 fois le SMIC, assiette à laquelle s'appliquaient les prélèvements sociaux.

Cette rédaction a pu donner lieu à des confusions sur l'intention du législateur, certains juges proratisant cette assiette. L'article 18 de la LFSS pour 2016 a clarifié l'assiette à retenir en précisant que le redressement peut être opéré au « réel » à la condition d'apporter la preuve de la durée réelle d'emploi, mais aussi celle du niveau réel de salaire et en substituant à la référence de 6 SMIC celle de 25% du plafond annuel de la sécurité sociale.

Ces dispositions sont d'application directe.

Article 19 : Motivation de l'avertissement ou de la mise en demeure en cas de poursuite pour méconnaissance de la législation de sécurité sociale

L'objet de cet article est de clarifier le contenu de la mise en demeure afin de garantir une information claire et précise au cotisant quant aux sommes dont il doit s'acquitter et ainsi de renforcer la sécurisation des entreprises dans leurs relations avec les URSSAF.

Le décret n°2016-941 du 8 juillet 2016 relatif au renforcement des droits du cotisant a précisé le contenu de la mise en demeure en indiquant notamment dans le cadre du contrôle qu'elle doit comprendre les différentes périodes annuelles contrôlées et les montants notifiés par la lettre d'observations corrigés le cas échéant à la suite des échanges entre la personne contrôlée et l'agent chargé du contrôle.

Article 20 : Réforme des modalités de recouvrement des prélèvements sociaux sur les artistes-auteurs

Cet article prévoit le précompte de toutes les cotisations et contributions sociales des artistes-auteurs déclarant fiscalement leurs revenus en traitements et salaires. Il entrera en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard à compter du 1^{er} janvier 2019.

Cette mesure nécessitera un décret en Conseil d'Etat.

Article 21 : Maintien de l'obligation de versement de cotisations minimales pour les travailleurs indépendants pluriactifs

L'article 21 de la LFSS pour 2016 fixe une obligation de versement de cotisations minimales pour les travailleurs indépendants pluriactifs. **Le décret n° 2015-1856 du 30 décembre 2015 relatif aux**

cotisations et contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants est notamment pris en application de l'article 21. Il supprime ainsi le versement de cotisations minimales au titre du risque maladie, abaisse l'assiette de la cotisation minimale d'assurance invalidité et relève l'assiette de la cotisation minimale vieillesse afin de permettre aux assurés de valider au moins trois trimestres d'assurance vieillesse par année.

Article 22 : Report de l'obligation de transmettre une déclaration sociale nominative (DSN)

Afin de permettre aux TPE et aux PME de démarrer la DSN dans de bonnes conditions selon des modalités prévues par décret, l'article 22 de la LFSS pour 2016 a prévu de fixer l'obligation de transmettre une DSN à des dates fixées par décret, et au plus tard au 1^{er} juillet 2017.

En application de l'article 22, le décret n°2016-611 du 18 mai 2016 prévoit les dates limites au-delà desquelles les entreprises et les tiers déclarants sont tenus d'effectuer la DSN.

Il prévoit que l'ensemble des entreprises dont les salariés relèvent du régime général de sécurité sociale ou d'un régime spécial, faisant appel à un tiers déclarant ou non, utilisera la DSN pour effectuer ses formalités sociales au plus tard le 1^{er} janvier 2017 avec une échéance intermédiaire pour la paie du mois de juillet 2016 pour les employeurs ayant déclarés en 2014 plus de 50 000 € de cotisations et les tiers mandatés ayant déclarés plus de 10 millions d'euros de cotisations pour l'ensemble de leurs clients.

S'agissant des entreprises dont les salariés relèvent du régime de la protection sociale agricole, faisant appel à un tiers déclarant ou non, elles devront transmettre une DSN pour effectuer leurs formalités sociales au plus tard le 15 mai 2017 avec deux échéances intermédiaires visant la paie du mois de juillet 2016 pour les employeurs ayant déclarés en 2014 plus de 50 000 € de cotisations et la paie du mois de janvier 2017 pour les employeurs ayant déclarés plus de 3000 € de cotisations.

2.1.3. Chapitre III : Dispositions relatives aux recettes et à la trésorerie des organismes de sécurité sociale

Article 24 : Transferts de recettes entre organismes et branches de la sécurité sociale

Cet article vise d'une part à tirer les conséquences de la compensation de la deuxième étape du pacte de responsabilité et de solidarité et d'autre part à assurer la mise en conformité du mode de financement de la protection sociale avec la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union européenne, telle qu'elle a été établie par l'arrêt De Ruyter du 26 février 2015. Cette double logique a conduit à réaffecter les prélèvements sociaux sur les revenus du capital au Fonds de solidarité vieillesse (FSV) et à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui ne financent pas de prestations à caractère contributif, tandis que la taxe sur les salaires et la CSG activité et remplacement ont été transférées aux branches maladie, vieillesse et à la CADES en compensation.

Ces dispositions sont d'application directe.

Article 25 : Prélèvement au profit du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés

Cette mesure a permis de transférer une partie des excédents du fonds pour l'emploi hospitalier au sein du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) à titre exceptionnel pour l'année 2016 afin d'alléger la contrainte budgétaire pesant sur les établissements de santé dans le cadre de l'ONDAM 2016. Le transfert de ces crédits est venu minorer d'autant la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au profit du FMESPP pour l'année 2016 venant ainsi mécaniquement diminuer les efforts d'économies à faire porter sur les établissements de santé.

Cet article ne nécessite pas de texte d'application.

Article 26 : Aménagement du calendrier de reprise des déficits par la CADES

Cet article consiste à supprimer le plafond annuel de reprise de la CADES de 10 Md€ qui avait été fixé par l'article 9 de la LFSS pour 2011, autorisant ainsi une reprise anticipée de 23,6 Md€ des déficits des branches vieillesse, maladie, famille et du Fonds de solidarité vieillesse en 2016. De telle sorte, les déficits cumulés

portés par l'ACOSS ont pu être réduits et le financement de ces déficits a pu être assuré dans des conditions favorables à moyen et long terme, du fait de la faiblesse des taux d'intérêt.

Cette mesure ne nécessite pas de texte d'application.

Article 27 : Modification du taux de taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance pour les contrats au premier euro

Cet article corrige le taux de la taxe de solidarité additionnelle applicable aux contrats au premier euro afin de garantir l'objectif de neutralité financière qui avait été poursuivi par l'article 22 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 ayant fusionné, pour les contrats d'assurance maladie ne relevant pas d'un régime obligatoire, la taxe spéciale sur les conventions d'assurance et la taxe de solidarité additionnelle pour créer une TSA unifiée dont les taux sont modulés en fonction des caractéristiques des contrats.

Cette mesure ne nécessite pas de mesure d'application.

2.1.4. Chapitre IV : Dispositions relatives à l'architecture financière de la sécurité sociale

Article 28 : Affiliation temporaire au régime général des personnes exerçant une activité économique réduite

L'article 28 a ouvert à nouveau le bénéfice du dispositif « activités économiques réduites à fin d'insertion » pour une durée de trois ans. Dans la mesure où celui-ci s'appliquera dans les mêmes conditions que préalablement, le décret du 12 novembre 2008 demeure applicable (décret n° 2008-1168 du 12 novembre 2008 portant application de l'article 20 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008). Toutefois, celui-ci a été toiletté par le décret n° 2016-979 du 19 juillet 2016 relatif aux modalités de calcul de la cotisation prévue à l'article L. 380-2 du code de la sécurité sociale afin d'actualiser la base légale de la mesure.

Article 29 : Exonération de prélèvements sociaux en faveur des correspondants locaux de presse

L'article 29 clarifie le régime social des correspondants locaux de presse (CLP) défini par la loi du 27 janvier 1987 en maintenant une dispense d'affiliation, et en conséquence une absence de prélèvements sociaux sur les CLP dont les revenus sont inférieurs à 15% du plafond annuel de la sécurité sociale (5 706 € en 2015). Ce régime s'appliquera sauf option contraire de leur part.

Cette mesure est d'application directe.

Article 30 : Intégration au régime général du régime spécial d'assurance-maladie, maternité et décès du grand port autonome de Bordeaux

Cet article prévoit la suppression, entre le 1^{er} janvier 2017 et le 1^{er} janvier 2018 inclus, du régime spécial d'assurance maladie, maternité et décès du personnel du grand port maritime de Bordeaux par intégration au régime général de sécurité sociale pour l'ensemble de ces risques.

Cette mesure achève l'intégration de ce régime spécial, qui avait été initiée par le décret n° 52-286 du 27 février 1952 concernant le risque vieillesse.

Ainsi, le régime général prendra en charge les frais de santé et servira le capital décès prévus au livre III du code de la sécurité sociale, le grand port maritime de Bordeaux continuera à assurer le maintien de salaire (en lieu et place des indemnités journalières) tandis que la prise en charge des prestations spécifiques actuellement servies par le régime spécial devra être garantie par l'employeur pour les salariés et anciens salariés du régime spécial ainsi que pour leurs ayants droit (suivant le principe de maintien des droits servis en cas de transformation d'un régime spécial).

Les textes d'application à prendre d'ici le 1^{er} janvier 2018 sont les suivants :

- un décret simple pour fixer la date d'intégration au régime général (CNAMTS). Ce décret précisera également la montée en charge du taux des cotisations dues par le grand port maritime de Bordeaux à raison de l'affiliation au régime général de ses salariés, permettant d'atteindre en cible le taux applicable pour les fonctionnaires de l'Etat, soit 9,70 % ;

- un décret en Conseil d'Etat pour préciser les modalités de mise en œuvre du transfert ;
- enfin, un arrêté pour fixer le montant des résultats cumulés du régime spécial qui sera transféré à la CNAMTS.

Article 31 : Affiliation au régime général des gens de mer embarqués à bord de navires battant pavillon étranger et résidant en France

Le décret d'application est en cours de rédaction, dans l'attente des conclusions d'une mission d'inspection IGAS/CGEDD.

Article 32 : Réforme de l'architecture financière de la branche maladie

En parallèle de l'article 59 portant création de la protection universelle maladie, cet article procède à une réforme d'ensemble de l'architecture du droit à l'assurance maladie, visant à redéfinir l'assujettissement des personnes affiliées sur critère de résidence et à définir les nouvelles modalités d'intégration financière de la branche maladie (suppression de la compensation bilatérale maladie, nouvelles modalités de répartition de la CSG maladie, intégration financière de la branche).

Le décret n° 2016-979 du 19 juillet 2016 relatif aux modalités de calcul de la cotisation prévue à l'article L. 380-2 du code de la sécurité sociale fixe les grands paramètres de la cotisation subsidiaire maladie, qui se substitue à la cotisation CMU-b et vise à faire contribuer les personnes affiliées sur critères de résidence.

Le décret d'application 2016-1212 du 9 septembre 2016 relatif aux relations financières entre le régime général et les autres régimes dans le cadre de la protection universelle maladie, permet d'abroger les dispositions obsolètes relatives aux relations financières entre les régimes d'assurance-maladie, notamment la compensation bilatérale maladie, de définir de nouvelles modalités de répartition de la CSG affectée aux régimes obligatoires d'assurance-maladie, ainsi que de fixer une nouvelle procédure de consolidation des comptes de ces régimes.

2.1.5. Chapitre V : Dispositions contribuant à l'organisation et au financement de l'assurance-maladie

Article 33 : Amélioration de la couverture complémentaire santé pour les personnes âgées de plus de 65 ans

Dans le cadre de la généralisation de l'accès à une couverture complémentaire santé, l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a créé une procédure de labellisation permettant d'identifier les contrats présentant des tarifs accessibles pour des niveaux de garantie définis. Ce label donne lieu à un crédit de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance de 1 % au profit des organismes complémentaires.

Le décret n°2016-509 du 25 avril 2016 relatif à la couverture complémentaire santé des personnes de soixante-cinq ans et plus fixe les modalités d'application du label. Il détermine :

- le délai dans lequel l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) et l'Autorité de la concurrence rendent leur avis sur le projet de décret simple fixant les tarifs et les garanties des contrats labellisés ;
- le nombre de niveaux de garanties (au nombre de trois) ;
- l'autorité compétente pour instruire les demandes de label, à savoir le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie.

Un décret simple relatif aux garanties minimales et aux prix maximaux des contrats d'assurance complémentaire santé destinés aux personnes âgées d'au moins soixante-cinq ans ainsi qu'un décret en Conseil d'Etat précisant la procédure de labellisation et les modalités d'imputation du crédit d'impôt ont fait l'objet d'une consultation avec l'ensemble des organismes complémentaires. Ces deux décrets seront publiés au deuxième semestre 2016 après recueil des avis obligatoires de l'Autorité de la concurrence et de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution pour le décret simple.

Article 34 : Adaptation de la généralisation de la couverture complémentaire en matière de frais de santé pour les contrats courts et les temps très partiels

Le décret n°2015-1883 du 30 décembre 2015 pris pour l'application de l'article 34 détermine les catégories de salariés pouvant se dispenser, à leur initiative, de l'adhésion à la couverture collective obligatoire en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident mise en place dans l'entreprise ou dans la branche. Ce texte précise également les seuils permettant aux accords de branche ou d'entreprise de faire bénéficier les salariés d'un versement destiné au financement de leur complémentaire santé individuelle, qui se substitue alors à la couverture collective et obligatoire. Il s'agit des salariés dont la durée du contrat de travail est inférieure ou égale à trois mois ou de ceux dont le temps de travail hebdomadaire est inférieur ou égal à 15 heures.

Article 36 : Prolongation d'un an de la contribution des organismes assurant la couverture complémentaire en matière de santé prévue à l'avenant n°8 de la convention médicale

Cet article vise à proroger d'un an la contribution des organismes complémentaires au financement du forfait médecin traitant (FMT), instaurée par l'article 4 de la LFSS pour les années 2013 à 2015, conformément à l'engagement pris à l'article 7 de l'avenant n° 8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011 (dite convention médicale). Cette prorogation a vocation à maintenir l'application de cet engagement des organismes complémentaires jusqu'à l'échéance de la convention médicale, prévue à la fin du 3ème trimestre 2016.

L'article 4 du décret n° 2014-769 du 4 juillet 2014 relatif au recouvrement de la participation des organismes de protection sociale complémentaire à la prise en charge des modes de rémunération des médecins mentionnés au 13° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale sera mis à jour, par voie de décret en Conseil d'Etat, d'ici la fin de l'année 2016.

Article 37 : Fixation du taux L (clause de sauvegarde) et du montant W (contribution due au titre de l'hépatite C) pour 2016

Cet article consistait à fixer à -1 % le taux de croissance cible, dit taux L, déterminant le seuil de progression du chiffre d'affaires, net des remises, entre 2015 et 2016, de l'ensemble des laboratoires pharmaceutiques au-delà duquel ces derniers sont redevables de la contribution appelée « clause de sauvegarde », destinée au financement de l'objectif national d'assurance maladie. Ce taux a été fixé au même niveau que pour l'exercice 2015 et traduit l'objectif gouvernemental de stabilisation des dépenses de remboursement des médicaments pris en charge par l'assurance maladie. En effet, du fait de la hausse tendancielle de la part des remboursements de médicaments à la charge de l'assurance maladie (liée à l'augmentation de la part des patients admis en ALD et donc exonérés du ticket modérateur), la stabilité des dépenses de médicaments remboursés suppose un seuil de progression négatif.

Cet article consistait également à fixer le montant « W » au-delà duquel se déclenche la contribution spécifique au titre des médicaments destinés au traitement de l'hépatite C. Compte tenu de l'émergence rapide de nouveaux traitements innovants de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C, un mécanisme de contribution spécifique a été créé en 2014 afin de rendre la progression des dépenses liées à ces médicaments compatibles avec l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Compte tenu de la fin de la montée en charge de ces nouveaux traitements, le montant a été fixé à 700 millions d'euros, soit au même niveau qu'en 2015.

Ces dispositions sont d'application directe.

2.2. Titre II : Conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale

Article 42 : Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt

Cet article fixe pour l'année 2016 la liste des régimes habilités à recourir à des ressources non permanentes pour la couverture de leurs besoins de trésorerie, ainsi que les plafonds maximums de ressources non permanentes auxquelles ils peuvent avoir recours. En 2016, l'Agence centrale des organismes de sécurité

sociale (ACOSS), la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA), la Caisse nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANMSS), la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français (CRPSNCF) et la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIIEG) ont été concernés par cette mesure. La CRPRATP, qui figurait parmi les régimes autorisés à recourir à l'emprunt en 2015, a pu être retirée de cette liste, du fait d'un ajustement du versement de la compensation généralisée vieillesse.

Cet article est d'application directe et aucun relèvement de ces plafonds n'a du être effectué.

3. Dispositions relatives aux dépenses pour 2016

3.1. Titre I : Dispositions relatives à la branche famille

Article 44 : Généralisation du dispositif de garantie contre les impayés de pensions alimentaires (GIPA)

L'article 44 généralise, à compter du 1^{er} avril 2016, l'expérimentation de la garantie contre les impayés de pensions alimentaires (GIPA), à savoir la mise en place d'une garantie minimale d'une pension alimentaire pour le parent qui élève seul son enfant et le renforcement de la procédure de recouvrement du paiement direct ou de la saisie sur salaire mis en œuvre par les organismes débiteurs des prestations familiales (ODPF).

Le décret n° 2016-842 du 24 juin 2016 relatif à la GIPA et modifiant les dispositions relatives à l'allocation de soutien familial (ASF) a été pris en application de cet article. Il précise les conditions d'attribution de l'allocation différentielle versée lorsque le parent débiteur s'acquitte intégralement de son obligation d'entretien fixé, par un accord écrit et signé avec le créancier, à un montant inférieur à celui de l'ASF. Il définit les conditions dans lesquelles le débiteur est considéré comme étant hors d'état de faire face à son obligation d'entretien ou au paiement d'une pension alimentaire. Afin de faciliter la fixation des pensions alimentaires, il prévoit la possibilité pour le directeur de l'ODPF de transmettre à l'autorité judiciaire, sur sa demande, les informations qu'il détient sur la solvabilité et l'adresse du débiteur

Article 45 : Transfert aux caisses d'allocation familiales de la gestion des prestations familiales dues aux fonctionnaires dans les départements d'outre-mer

En son article 45, la LFSS pour 2016 a acté le principe du transfert aux caisses d'allocations familiales de la gestion des prestations familiales dues aux fonctionnaires en poste dans les DOM. Toutefois, l'entrée en vigueur de cette mesure est différée « à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} janvier 2017 ».

En pratique, la bonne réalisation de cette opération de transfert nécessite des travaux se déroulant sur plusieurs mois, conduits au sein d'un groupe de travail associant les caisses et administrations concernées. Aussi, la date du 1^{er} janvier 2017 est bien celle *in fine* retenue : un décret simple publié avant la fin de l'année 2016 viendra confirmer cette date.

Article 46 : Extension de l'allocation de soutien familial (ASF) et du complément du mode de garde (CMG) à la collectivité de Saint-Pierre-et-Miquelon

Cet article vise l'extension de l'allocation de soutien familial (ASF) et du complément du mode de garde (CMG) à la collectivité de Saint-Pierre-et-Miquelon.

Le décret n° 2016-478 du 18 avril 2016 relatif aux prestations familiales à Saint-Pierre-et-Miquelon, pris en application de cet article, étend au territoire de Saint-Pierre-et-Miquelon les dispositions relatives à l'allocation de soutien familial et au complément de libre choix du mode de garde (CMG) de la prestation d'accueil du jeune enfant dans les mêmes conditions que la métropole.

Ce décret précise donc les modalités selon lesquelles sont rendues applicables à la collectivité de Saint-Pierre-et-Miquelon les prestations de l'allocation de soutien familial et du CMG de la prestation d'accueil du jeune enfant ainsi que les règles de recouvrement des pensions alimentaires impayées

3.2. Titre II : Dispositions relatives à la branche vieillesse

Article 48 : Prise en compte de certaines périodes de chômage des marins au titre de l'assurance vieillesse

La mesure consiste à valider, comme périodes de chômage indemnisé prises en compte pour le calcul de la retraite du régime spécial des marins, les nouveaux dispositifs conventionnels de l'assurance chômage comme le contrat de transition activité senior (CTAS), le contrat de transition professionnelle (CTP) ou le contrat de sécurisation professionnelle (CSP) dont les marins peuvent être amenés à bénéficier dans le cadre de plans de sauvegarde de l'emploi.

Pour le régime spécial de sécurité sociale des marins, la prise en compte de ces nouveaux dispositifs de chômage indemnisé a nécessité la modification du a du 8° de l'article L. 5552-16 du code des transports. Cette mesure qui ne nécessite pas de texte d'application est entrée en vigueur pour les pensions liquidées à compter du 1^e janvier 2016.

Article 50 : Abrogation de deux mesures de la loi retraite du 20 janvier 2014 devenues sans objet du fait de la mise en œuvre de la liquidation unique

La mesure a pour objet de modifier les règles de cumul emploi retraite plafonné (en cas de dépassement du plafond) dans le sens d'une plus grande simplicité, compte tenu des règles différentes de cumul entre les régimes.

Le décret d'application et sa mise en œuvre font actuellement l'objet de travaux préparatoires avec les services des caisses nationales de retraite. Le décret sera publié au cours du second semestre 2016.

Article 51 : Précisions sur le dispositif de calcul et de liquidation unique des retraites

Cet article précise d'une part que la liquidation unique s'appliquera à compter de la génération née en 1953 et prévoit d'autre part d'appliquer la liquidation unique aux pensions de réversion.

Cette mesure est d'application directe.

Article 52 : Adaptation du droit concernant les travailleurs à très faible activité avec le dispositif de calcul et de liquidation unique des retraites dans les régimes alignés

Cet article vise à abroger deux mesures de la loi retraite du 20 janvier 2014 devenues sans objet du fait de la mise en œuvre de la liquidation unique

- la possibilité de report de cotisations d'une année sur l'autre
- l'instauration d'un plafond mensuel de cotisations pour le décompte des périodes d'assurance

Cette mesure est d'application directe.

Article 53 : Exclusion du champ des validations gratuites de trimestres de retraite des personnes détachées en France qui ne relèvent pas d'un régime d'assurance-vieillesse

Cette mesure exclut les personnes détachées en France, qui ne relèvent pas à titre obligatoire d'un régime d'assurance vieillesse, du champ des validations gratuites de trimestres de retraite.

Ce texte ne nécessite pas de mesure d'application

Article 54 : Conditions d'accès à l'assurance volontaire vieillesse des anciens conjoints collaborateurs

Cet article clarifie les conditions d'affiliation des anciens conjoints collaborateurs à l'assurance volontaire vieillesse en harmonisant les règles, pour l'ensemble des régimes et des bénéficiaires.

Cette mesure est d'application directe.

Article 55 : Adaptation des règles de cumul emploi-retraite à la situation des anciens mineurs

Le décret n° 2016-513 du 26 avril 2016 relatif aux conditions d'application des règles de cumul emploi retraite dans le régime de retraite des mines (JO du 28 avril 2016) a été pris en application de l'article 55 de la LFSS.

La règle selon laquelle l'assuré qui cumule une activité professionnelle avec le bénéfice d'une pension de retraite ne peut plus se constituer de droits supplémentaires à retraite a ainsi été aménagée, pour le régime des mines, pour les anciens agents d'une des entreprises minières ou ardoisières couverte par l'Agence nationale pour la garantie des droits des mineurs lorsque l'entreprise a cessé définitivement son activité ou a été mise en liquidation avant le 31 décembre 2015. Cette règle ne s'applique aux anciens agents ayant liquidé leur pension du régime de retraite des mines qu'à partir de la date à laquelle ils atteignent l'âge légal de départ à la retraite.

Article 56 : Réalisation d'un rapport sur les conditions de revalorisation de la pension de la retraite du régime des cultes

L'article 56 prévoit que le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} juillet 2016, un rapport sur les conditions de revalorisation du montant de la pension de retraite du régime des cultes. Ce rapport définit les spécificités et les modes de calcul des pensions servies aux assurés du régime des cultes, compte-tenu des règles successives prises aux fins d'alignement sur la réglementation du régime général. Le rapport permettra d'éclairer la situation des anciens ministres du culte et de présenter les chiffres disponibles sur les niveaux de pension servies aux assurés du régime des cultes, y compris par le régime général dans la mesure où presque la moitié des pensionnés du régime des cultes sont polypensionnés. Enfin, le rapport mettra en exergue les aides existantes et complémentaires (au titre de la solidarité nationale, de l'action sanitaire et sociale du régime, ou servies par les cultes) qui peuvent compléter le niveau des pensions des ministres de cultes et des religieux bénéficiant des revenus les plus modestes.

Le rapport est actuellement en cours de rédaction et sera transmis au Parlement prochainement.

3.3. Titre III : Dispositions relatives à la branche accidents du travail et maladies professionnelles

3.4. Titre IV : Dispositions relatives à la branche maladie

3.4.1. Chapitre I – Amélioration de l'accès aux droits

Article 59 : Création d'une protection universelle maladie

Cet article, qui vise à mettre en œuvre une réforme d'ensemble pour réaliser une véritable universalisation de la prise en charge des frais de santé, nécessite la publication de nombreux décrets pour son application.

Les deux principaux décrets n°2015-1865 et n°2015-1882 du 30 décembre 2015 qui précisent les modalités de mise en œuvre pour les assurés de la protection universelle maladie (PUMa) et adaptent en conséquence la partie réglementaire du code de la sécurité sociale ont été publiés au JO du 31 décembre 2015. La disparition des conditions d'ouverture de droit aux prestations en nature et de la notion d'ayant droit majeur, ainsi que le regroupement de l'ensemble des dispositions relatives à la prise en charge des frais de santé des assurés dans un chapitre préliminaire nouveau au livre Ier du code de la sécurité sociale nécessitent des renumérotations et des modifications rédactionnelles pour la coordination des articles réglementaires avec les dispositions législatives de la loi de financement de la sécurité sociale. Tel est l'objet du premier décret pris en Conseil d'Etat. Par ailleurs, ce texte adapte les dispositions relatives à la cotisation forfaitaire due par les étudiants. Le second décret (décret simple) détermine notamment les conditions dans lesquelles les organismes de sécurité sociale prennent en charge les frais de santé des personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle. Il précise également les modalités selon lesquelles une personne sans activité professionnelle peut demander à être rattachée au régime de son conjoint, concubin ou partenaire d'un pacte civil de solidarité, ainsi que les modalités selon lesquelles un enfant mineur d'au moins 16 ans peut demander à devenir assuré à titre personnel. Il définit la condition de stabilité de la résidence ouvrant droit

à la protection maladie universelle pour les personnes qui n'en bénéficient pas à un autre titre. Enfin, il procède à diverses adaptations rédactionnelles et mises en cohérence résultant de la création de la protection maladie universelle.

D'autres décrets sont attendus pour l'application de l'article 59 de la LFSS pour 2016 :

- Le projet de décret relatif au contrôle des personnes bénéficiant de la protection universelle maladie a été transmis au Conseil d'Etat le 8 juillet 2016. Il devrait être examiné d'ici la fin de l'été pour une publication à l'automne. Ce projet de décret vise à préciser la définition de la régularité du séjour exigée des personnes étrangères. Il précise également les modalités des contrôles réalisés par les organismes de sécurité sociale ainsi que les conséquences de ces contrôles en termes de fermeture des droits après examen contradictoire ;
- Le projet de décret (DCE) précisant les notions d'immatriculation, d'affiliation et de rattachement en accord avec les nouveaux principes posés par la PUMa, les projets de décrets (DCE) encadrant les délégations de gestion et les échanges avec la DGFIP, ainsi que le projet de décret (décret simple) relatif à l'intégration financière sont finalisés et en cours de validation par les cabinets ministériels. Les saisines des caisses et du Conseil d'Etat devraient pouvoir intervenir dans les semaines à venir ;
- Deux circulaires viendront préciser les modifications opérées par la PUMa : le premier projet en cours de finalisation et dont la publication est prévue à l'automne porte notamment sur les modalités de détermination du régime de sécurité sociale compétent pour prendre en charge les frais de santé. Une seconde circulaire en cours de rédaction précisera les conditions d'éligibilité à la PUMa (critère de l'activité professionnelle et de la résidence).

Article 60 : Suppression de la modulation de la durée des indemnités journalières servies par les caisses primaires dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique

Cet article met fin à un conflit de compétence entre les caisses d'assurance maladie et les médecins pour la détermination de la durée des arrêts de travail en temps partiel thérapeutique. Le médecin traitant prescrit au vu de l'état de santé du patient, l'arrêt de travail en temps partiel thérapeutique et en fixe la durée. Il détermine également la quotité de travail à effectuer. Or, malgré cette prescription, les textes prévoyaient qu'il appartient à la caisse de déterminer la durée d'indemnisation. L'article 60 supprime ce conflit de compétence à la faveur de la prescription des médecins. Le service médical de la caisse conserve, comme pour les arrêts de travail à temps plein, la possibilité de contrôler l'arrêt et de juger que son motif ou sa durée ne sont pas adaptés à l'état de santé de l'assuré. Cet article ne nécessite aucune mesure d'application.

Article 61 : Résiliation des contrats en cours des bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé

Cet article visait à permettre aux bénéficiaires de l'ACS qui avaient pu renouveler après le 30 juin 2015 leurs contrats antérieurs (notamment dans le cadre d'une tacite reconduction) de résilier ces contrats à titre exceptionnel de sorte à souscrire un contrat éligible à l'ACS et à recouvrer le bénéfice de cette aide. Cet article, en vigueur jusqu'au 30 juin 2016, était d'application directe.

Article 63 : Amélioration de la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme

En son article 63, la LFSS pour 2016 a instauré, au sein des régimes obligatoires de sécurité sociale, une prise en charge dérogatoire en faveur des victimes d'actes de terrorisme. Nombre de ces dispositions sont d'application immédiate : il en est notamment ainsi de l'exonération du ticket modérateur et des participations et franchises, applicables sans qu'il y ait lieu de prévoir de dispositions réglementaires spécifiques. Seules quelques dispositions nécessitaient des textes réglementaires d'application : c'est dans ce cadre qu'ont été pris :

- le décret n° 2016-1 du 2 janvier 2016 relatif à la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme par les organismes d'assurance maladie (publié au *Journal officiel* du 3 janvier 2016) ;
- l'arrêté du 2 janvier 2013 pris en application de l'article L. 169-3 du code de la sécurité sociale (également publié au *Journal officiel* du 3 janvier 2016).

Par ailleurs, la circulaire interministérielle DSS/SD2/2016/72 du 14 mars 2016 relative à la mise en œuvre des dispositions du chapitre IX du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale (disponible sur le site : www.circulaire.legifrance.gouv.fr) a apporté aux organismes d'assurance maladie les précisions nécessaires à la mise en œuvre de cette réforme.

Les conditions d'application de cette prise en charge des victimes d'actes de terrorisme à Mayotte sont définies par le décret n°2016-1246 du 22 septembre 2016 relatif au régime d'assurance vieillesse, à l'allocation spéciale pour les personnes âgées et au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès applicables à Mayotte

Article 64 : Suppression de la participation financière de la mineure pour les actes en lien avec la prescription d'un contraceptif

Cet article a pour objectif de supprimer la participation de l'assurée mineure d'au moins 15 ans pour les frais relatifs aux actes et consultations nécessaires à la prise d'un contraceptif et ce, afin de compléter les mesures prises depuis 2012 sur ce champ (gratuité, secret et tiers payant pour les contraceptifs et tiers payant pour les examens de biologie et les consultations à visée contraceptive) et de lever les freins financiers qui pourraient entraver l'accès à la contraception. Le décret n° 2016-865 du 29 juin 2016 relatif à la participation de l'assuré pour les frais liés à la contraception des mineures d'au moins quinze ans a été pris en application de cet article.

Article 65 : Gratuité du dépistage du cancer du sein pour les femmes à risque

Cet article vise à supprimer la participation des assurés aux frais d'examen de dépistage en cas de risque élevé ou très élevé de cancer du sein. En effet, la prise en charge du dépistage du cancer du sein est aujourd'hui couverte par plusieurs dispositifs (le dépistage organisé des femmes entre 50 et 75 ans, etc.) sans que ceux-ci permettent toutefois de répondre pleinement aux besoins de dépistage dans ces cas particuliers. Le décret en conseil d'Etat n°2016-1185 du 30 août 2016 est paru au *Journal Officiel* le 1^{er} septembre 2016.

Article 66 : Extension du temps partiel thérapeutique aux travailleurs indépendants

Cet article vise à étendre le dispositif du temps partiel thérapeutique aux travailleurs indépendants affiliés au RSI. Il nécessite de prendre un décret simple pour préciser les modalités de mise en œuvre de ce temps partiel (calcul de l'indemnité journalière, durée du temps partiel, etc.). Ce projet de décret est en cours de rédaction en lien avec les services du RSI. L'objectif est de transmettre un projet de texte finalisé au conseil d'administration du RSI d'ici fin septembre pour une mise en œuvre au 1^{er} janvier 2017.

3.4.2. Chapitre II : Promotion de la prévention et parcours de prise en charge coordonnée

Article 67 : Contrats de coopération pour les soins visuels

Cet article vise à améliorer l'accès aux soins visuels, en incitant à l'évolution des modes d'organisation des ophtalmologistes et des auxiliaires médicaux permettant de réduire les délais d'attente pour les consultations les plus simples, comme le renouvellement de la prescription de lunettes. Il prévoit la création de deux contrats incitatifs :

- le « contrat de coopération pour les soins visuels » prévoira l'attribution d'une incitation financière d'ophtalmologistes conventionnés en secteur 1 pour la formation ou l'embauche d'orthoptistes, sur une durée maximale de trois ans ;
- le « contrat collectif pour les soins visuels » permettra d'inciter les maisons de santé pluri-professionnelles et les centres de santé à développer de nouvelles activités de coopérations entre des orthoptistes et des ophtalmologistes,

La mise en œuvre de cet article est inscrite dans le cadre conventionnel pour le contrat de coopération pour les soins visuels, pour établir un contrat-type. En l'absence d'inscription de ce contrat-type dans la convention médicale signée le 25 août 2016, ce contrat-type sera fixé par décision conjointe des ministres

chargés de la santé et de la sécurité sociale et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Le contrat de coopération sera déterminé par décision conjointe des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Un décret en Conseil d'Etat précisera les conditions requises pour conclure un contrat de coopération avec la profession d'orthoptiste, notamment pour ce qui concerne les modalités d'attribution de l'aide pour les orthoptistes déjà salariés par des ophtalmologistes.

Ces trois projets de textes seront présentés de façon conjointe pour avis aux caisses d'assurance maladie, pour une publication avant la fin de l'année 2016.

Article 68 : Expérimentation relative à la prévention de l'obésité chez les jeunes enfants

L'article 68 de la LFSS pour 2016 vise à mettre en place dans un certain nombre de territoires des expérimentations de prévention de l'obésité infantile. Il s'agit de prendre en charge de manière pluridisciplinaire et préventive les enfants âgés de trois à huit ans présentant un risque d'obésité. C'est sur prescription du médecin de l'enfant que se fera l'entrée dans ce dispositif expérimental : l'enfant sera alors pris en charge au sein de structures qui auront été sélectionnées sur la base d'un cahier des charges, structures qui bénéficieront de forfaits annuels financés sur le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires.

Trois textes sont nécessaires à l'application de cet article : un arrêté, qui sera publié dans les toutes prochaines semaines, viendra fixer la liste des territoires retenus pour la mise en œuvre de ces expérimentations. Un décret et un arrêté portant cahier des charges des expérimentations seront ensuite publiés, dans les meilleurs délais, afin de permettre un lancement de l'expérimentation en fin d'année 2016 ou au tout début de 2017.

Article 69 : Pérennisation de l'expérimentation conduite par l'agence régionale de santé Pays de la Loire relative à la permanence des soins ambulatoires

Cet article vise à pérenniser le dispositif expérimental en matière de permanence des soins ambulatoire (PDSA), mis en place dans la région des Pays de la Loire sur le fondement de l'article 44 de la LFSS pour 2008, et prolongée jusqu'au 1er janvier 2016 par l'article 43 de la LFSS pour 2013. Cette expérimentation confiait à l'agence régionale de santé la gestion d'une enveloppe globale de financement de la PDSA, incluant non seulement les forfaits d'astreinte mais aussi l'activité réalisée par les médecins lors des permanences. Le bilan de cette expérimentation était positif, tant pour l'augmentation du taux de participation des médecins généralistes, que pour la diminution le nombre global d'actes effectués dans la région. La mesure ouvre donc la possibilité aux agences régionales de santé qui le souhaitent de mettre en place cette organisation dérogatoire, sur autorisation par arrêté ministériel pour une durée de trois ans, renouvelable en fonction du bilan des actions engagées dans la région.

Une instruction ministérielle sera transmise aux agences régionales de santé d'ici à la fin du mois d'octobre 2016 pour présenter l'organisation de la demande d'autorisation initiale des agences régionales pour s'inscrire dans ce dispositif dérogatoire, ainsi que de l'évaluation du dispositif et de la demande de renouvellement de l'autorisation de dérogation. Un arrêté, publié avant la fin de l'année 2016, déterminera la liste des régions autorisées à s'inscrire dans ce dispositif dérogatoire à partir du 1^{er} janvier 2017.

Article 70 : Prise en charge par l'assurance-maladie des frais relatifs à l'établissement du certificat de décès

Cet article vise à favoriser l'établissement de certificats de décès au domicile du patient, tout particulièrement les week-ends et jours fériés. L'établissement des certificats de décès est un acte nécessaire à l'Etat civil, réglementé par le code général des collectivités territoriales, qui doit être réalisé par un médecin. Ce document administratif est obligatoire pour que le corps puisse être transporté en vue de l'opération funéraire. En l'absence de rémunération associée à cet acte, des difficultés croissantes pour mobiliser des médecins libéraux sur certaines périodes de l'année ont été signalées.

En conséquence, cet article intègre la prise en charge de l'examen nécessaire à l'établissement des certificats de décès à domicile dans le champ d'intervention de l'assurance maladie. Un décret simple précisera les conditions dans lesquelles doivent être réalisés les examens nécessaires à l'établissement des certificats de décès afin que les frais correspondant soient pris en charge par l'assurance maladie. Le tarif du forfait de prise en charge de cet examen sera établi par arrêté ministériel. Ces deux projets de textes sont en cours de finalisation, ils devraient être transmis pour avis aux caisses d'assurance maladie en octobre, pour une publication prévue au dernier trimestre 2016.

Article 71 : Pérennisation du financement des actes prévus dans les protocoles de coopération

Cet article vise à faciliter l'inscription rapide sur la liste des actes et prestations des actes issus de protocoles de coopération, après un financement dérogatoire par l'assurance maladie associé à une évaluation soumise à l'avis d'un collège des financeurs. Elle prévoit l'extension du mécanisme d'inscription accélérée des actes aux nomenclatures, introduite dans la LFSS pour 2014 concernant les actes innovants associés à des dispositifs médicaux, aux protocoles de coopération ayant fait l'objet d'un avis favorable à leur pérennisation par le collège des financeurs. Dans l'attente de cette inscription, le financement dérogatoire associé au protocole de coopération continue de s'appliquer.

Cet article nécessite un décret simple pour déterminer la procédure de révision des textes réglementaires relatifs aux compétences des professionnels de santé, et l'intégration des nouvelles compétences dans les orientations de développement professionnel continu des professionnels de santé. Ce projet de décret a été présenté au Haut Conseil des professions paramédicales, et sera publié au dernier trimestre 2016.

Article 72 : Conventonnement sélectif des sages-femmes, masseurs kinésithérapeutes et chirurgiens dentistes

Cet article vise à prolonger les actions poursuivies par le Gouvernement dans le pacte santé territoire, afin de garantir l'accès aux soins en luttant contre les déserts médicaux. Il permet d'habiliter les partenaires conventionnels à déterminer des mesures de régulation des conventionnements de professionnels de santé libéraux dans les zones sur-dotées, en complément des mesures incitatives déjà mobilisées depuis plusieurs années dans le cadre conventionnel. Le champ des professions de santé concernées, qui incluait déjà les infirmiers, est étendu aux masseurs kinésithérapeutes, aux sages-femmes et aux chirurgiens-dentistes.

Ces dispositions seront mises en œuvre par le biais d'avenants conventionnels, pour chacune des professions concernées.

Article 73 : Régulation des dépenses de médicament

Cet article visait à renforcer les compétences du Comité économique des produits de santé (CEPS) et les outils à sa disposition pour garantir la soutenabilité des dépenses liées aux produits et prestations de la LPP dont la croissance était en 2014 deux fois plus rapide que celle de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (respectivement de 5,0 % et 2,4 %). Cet article avait ainsi pour but de permettre au CEPS de définir par voie conventionnelle, et de mettre en œuvre le cas échéant, un mécanisme global de régulation des prix et des tarifs. Cet instrument n'a vocation à être utilisé que lorsque le CEPS ferait le constat d'un risque sérieux de non-respect des objectifs de l'ONDAM.

Les dispositions réglementaires d'application, qui portent sur les modalités de calcul et de recouvrement des pénalités financières qui peuvent être prononcées par le CEPS en cas de manquement aux engagements conventionnels, sont en cours d'élaboration.

Article 74 : Modification du financement des dépenses de fonctionnement des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) et couverture AT-MP des personnes handicapées lors des mises en situation en milieu de travail protégé

Cet article a d'une part, transféré le financement des ESAT au sein de l'ONDAM et ce, à compter de 2017 et d'autre part, à favoriser le développement des mises en situation au sein des ESAT en sécurisant leur cadre juridique par la couverture, au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, des bénéficiaires de mises en situation en ESAT, sur proposition de l'équipe pluridisciplinaire au sein des

maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ou d'organismes habilités à prescrire ces mises en situation.

Cet article nécessite un décret simple pour préciser les modalités opérationnelles pour les mises en situation en ESAT, les obligations dévolues aux MDPH concernant l'affiliation, le paiement des cotisations AT-MP et la déclaration de ces accidents ainsi que le salaire servant de base au calcul des cotisations et des rentes. Par ailleurs, un décret modifiant le code de l'action sociale et des familles doit être pris. Ces textes seront pris avant le 1^{er} janvier 2017.

Article 75 : Passage en dotation globale de financement et réduction du délai de facturation des établissements et services médico-sociaux

Cette mesure vise à étendre l'utilisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) dans les établissements et services médico-sociaux accueillant les personnes handicapées. De plus, cet article prévoit également que les établissements sous CPOM utiliseront désormais, comme outil budgétaire, l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD). La mesure prévoit par ailleurs un dispositif permettant d'améliorer la gestion du décalage entre l'exercice tarifaire et l'année civile en inscrivant le principe d'un maintien d'un prix de journée, à titre conservatoire, dans l'attente de la conclusion des futurs CPOM au début de l'exercice suivant. Un décret doit venir préciser que ce prix de journée conservatoire correspond au niveau des crédits reconductibles de l'année en cours. Enfin, la mesure permet de ramener à un an le délai de facturation des prestations à l'assurance maladie par les établissements pour personnes handicapées fonctionnant en prix de journée.

Les textes d'application de cette mesure seront pris concomitamment à l'ensemble des textes d'application de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement relatifs à la réforme de la tarification des ESMS et à la généralisation des CPOM.

Article 76 : Demande de rapport sur la continuité des soins entre le domicile et les établissements ou services médico-sociaux pour personnes âgées

Cet article prévoit la remise avant la fin de l'année 2016 d'un rapport définissant les conditions de mise en œuvre de la continuité des soins entre le domicile et l'EHPAD, notamment sur le sujet de la facturation des dispositifs médicaux et des prestations associés. Il est notamment destiné à identifier d'éventuelles difficultés de prises en charge dans ces structures qui seraient liés à certains produits de santé coûteux.

3.4.3. Chapitre III : Poursuite de la réforme du financement des établissements

Article 77 : Report de la réforme de la participation financière de l'assuré aux frais d'hospitalisation

Cet article a conduit à reporter la date de réforme de l'assiette de la participation des assurés aux frais d'hospitalisation dans les établissements antérieurement financés par dotation globale pour 4 années supplémentaires tout en encadrant, par voie réglementaire, toute nouvelle hausse des tarifs journaliers de prestation afin d'enclencher un mouvement vertueux qui viendra faciliter la réforme à horizon 2020.

Le décret du 20 mai 2016 portant encadrement de l'augmentation des tarifs de prestations servant de base au calcul de la participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation est donc venu préciser ce niveau d'encadrement.

Article 78 : Réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation

Cet article vise à réformer le financement des soins de suite et de réadaptation pour pallier les carences du système actuel et permettre une allocation des ressources plus efficiente et plus équitable entre les secteurs et entre les établissements, tout en favorisant le développement des prises en charge ambulatoires.

Les textes d'application de la réforme ne sont pas encore intervenus notamment car quelques ajustements sont proposés dans le cadre de la présente loi, notamment pour la gestion de l'année à venir. Ces textes devront donc être pris en 2017.

Article 79 : Remise d'un rapport sur le reste à charge des patients atteints d'un cancer

Article 80 : Remise d'un rapport relatif au développement et à la valorisation des consultations pluridisciplinaires au sein des établissements de santé

Les consultations pluridisciplinaires sont caractérisées par l'intervention de plusieurs professionnels de santé au cours d'une même consultation et ne bénéficie pas de tarification dédiée. En vertu de cet article, il sera remis au Parlement, avant le 1er octobre 2016, un rapport relatif au développement et à la valorisation des consultations pluridisciplinaires au sein des établissements de santé. Ce rapport permettra, notamment, sur la base des propositions qui seront formulées par la mission IGAS-IGF en cours sur la médecine ambulatoire, d'identifier les pistes d'évolution relatives au financement des consultations pluridisciplinaires.

Cet article ne nécessite pas de texte d'application.

Article 81 : Simplification des dispositifs contractuels entre les établissements de santé et les agences régionales de santé

Cet article crée un contrat simplifié qui fusionne les précédents supports contractuels liés à la régulation et la qualité des soins qui s'étaient multipliés depuis plusieurs années. Ce nouveau contrat comprendra plusieurs volets selon le profil de l'établissement, inclus dans le contrat initial ou par avenant et tend à harmoniser les procédures et sanctions applicables. Par ailleurs, la loi étend le champ d'application de la procédure de mise sous accord préalable en l'élargissant à l'ensemble des champs du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins.

Le décret d'application de cette mesure devrait être pris au second semestre 2016.

Article 82 : Clarification des règles de prise en charge des frais de transport

Cette mesure permet de subordonner la prise en charge du transport par l'assurance maladie au respect de l'obligation faite au prescripteur de mentionner sur la prescription d'une part, les éléments d'ordre médical précisant le motif du déplacement et justifiant le mode de transport choisi et d'autre part, les indications permettant de l'identifier et d'authentifier la prescription y compris lorsqu'il exerce en établissement de santé.

Cet article est d'application immédiate.

Article 83 : Amélioration de la fiabilité des données issues des études nationales de coût (ENC)

Les études nationales de coûts (ENC) sont des enquêtes annuelles menées par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) dans les établissements de santé publics et privés en MCO, HAD et SSR. L'article 83 de la LFSS pour 2016 est venu conférer une existence légale aux ENC et a permis de renforcer la procédure de constitution de l'échantillon de manière à garantir la fiabilité des coûts mesurés.

L'article prévoit une constitution de l'échantillon en deux temps :

- Le volontariat demeure le principe de base pour constituer l'échantillon ;
- Néanmoins, si l'échantillon d'établissements volontaires ne permet pas de garantir la fiabilité des coûts mesurés, il est proposé de mettre en œuvre une procédure complémentaire pour sélectionner les établissements qui permettraient d'améliorer la fiabilité des données, du fait de leur activité ou de leur statut.

La mise en œuvre de ce dispositif nécessite la publication d'un décret qui devrait avoir lieu au cours du 3ème trimestre 2016, le conseil d'Etat ayant déjà été saisi.

3.4.4. Autres mesures et objectifs financiers

Article 84 : Réforme des cotisations des professionnels de santé affiliés au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC)

Cet article a pour objectif de rapprocher le niveau de cotisations des PAMC (actuellement majoritairement prises en charge par une participation financière de l'assurance maladie dans le champ conventionnel) par rapport aux professionnels affiliés au RSI. Cette mesure permet ainsi de réduire l'effet de circularité financière, et de parvenir à une présentation plus sincère des dépenses engagées.

La mesure distingue le taux de cotisation d'assurance maladie, de 6,5% sur la des revenus tirés de l'activité professionnelle des PAMC tels que définis à l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale, et la cotisation sociale de solidarité en limitant son assiette aux revenus des professionnels issus d'activité hors du champ conventionnel. Le taux de cette dernière cotisation est fixé à 1,65% pour l'année 2016, puis à 3,25%.

Le décret n° 2015-1852 du 29 décembre 2015 relatif au taux des cotisations d'assurance maladie du régime général et de divers régimes de sécurité sociale fixe le taux de cotisation d'assurance maladie, maternité et décès à 8,15 % pour l'année 2016, et à 6,50% pour les années suivantes.

3.5. Titre V: Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

3.6. Titre VI : Dispositions communes aux différentes branches

Article 89 : Réforme des modalités de revalorisation des prestations de sécurité sociale

Cet article modifie les règles de revalorisation des prestations de sécurité sociale (prestations familiales, rentes d'accidents du travail et de maladies professionnelles, pensions d'invalidité et de retraite, allocation de solidarité aux personnes âgées – ASPA et plafonds de ressources pour la CMU-C, l'AME et l'ACS) : la revalorisation est effectuée selon un indice constaté et non plus prévisionnel. En outre, cette mesure crée un « bouclier » pour éviter toute baisse des montants de prestations en cas d'inflation négative. Enfin, cette mesure permet d'harmoniser les dates de revalorisation des prestations de sécurité sociale au 1^{er} avril (toutes prestations hors pensions de retraite) et au 1^{er} octobre (pensions de retraite, sans changement).

Cette mesure est d'application directe.

Article 90 : Exemption des droits de mutation pour les organismes de sécurité sociale

Cet article a pour objet de préciser la rédaction de l'article 1084 du code général des impôts ; qui dispose que les caisses de sécurité sociale sont exonérées de droit de mutation à titre onéreux, afin de garantir que les unions de caisses, en particulier les URSSAF, sont bien exonérées de ces droits de mutation.

Cette mesure est d'application directe.

Article 91 : Renforcement des mutualisations entre organismes, branches et régimes de sécurité sociale

Cet article précise le cadre légal des mutualisations entre organismes, issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Il le complète de dispositions relatives aux mutualisations inter-branches et inter-régimes et crée ainsi un cadre juridique sécurisé pour la mutualisation d'activités entre des branches et des régimes différents de la sécurité sociale.

Le décret n°2016-1068 du 3 août 2016 relatif aux modalités de mutualisation de missions ou activités entre organismes de sécurité sociale, qui devrait être prochainement publié, tire les conséquences, en matière de responsabilités des agents comptables, de l'entrée en vigueur de ces dispositions.

Article 92 : Extension des dispositions applicables dans le cadre de la lutte contre la fraude à tous les régimes

Cet article vise à permettre aux organismes de sécurité sociale d'exploiter les procès-verbaux et rapports d'enquêtes réalisés par un organisme appartenant à un autre régime de sécurité sociale. Il autorise également la mutualisation des enquêtes. L'article harmonise enfin les moyens de lutte contre la fraude et les dispositions relatives au contrôle pour l'ensemble des organismes assurant la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, notamment les régimes spéciaux.

Cette mesure est d'application directe.

Article 93 : Exclusion des sommes issues de fraudes sociales des procédures collectives

Cet article étend aux procédures de liquidation judiciaire ou de rétablissement professionnel l'exclusion des possibilités de remise, d'échelonnement ou d'effacement des dettes lorsque ces dettes ont pour origine une manœuvre frauduleuse au préjudice des organismes de protection sociale.

Cette disposition ne nécessite pas de mesure d'application.

Article 94 : Élargissement des sources de détection des fraudes sociales

Cette disposition instaure un droit de communication entre les agents relevant du Conseil national des activités privées de sécurité (CNAPS) et les agents mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail, notamment les inspecteurs et les contrôleurs du travail, les officiers et agents de police judiciaire, les agents des impôts et des douanes, les agents des organismes de sécurité sociale et des caisses de mutualité sociale agricole agréés et assermentés. Il permet par ailleurs la transmission d'informations entre les services du ministère de l'intérieur et les organismes de sécurité sociale dans le cadre de la vérification des conditions de résidence pour les prestations soumises à ce critère.

Cette mesure est d'application immédiate.

Article 95 : Élargissement du droit de communication à des personnes non identifiées

Cette mesure permet de doter les organismes sociaux de moyens de détection des cotisants potentiellement fraudeurs, grâce à la possibilité d'exercer un droit de communication portant sur des personnes non identifiées.

Un projet de décret d'application est en cours de rédaction.

