

ANNEXE 3A
MISE EN ŒUVRE DE
LA LOI DE
FINANCEMENT DE
LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2017

PLFSS 2018

SOMMAIRE

PLFSS 2018 - Annexe 3a

Présentation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017

Mise en œuvre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017

1. Dispositions relatives à l'année 2016.....	12
2. Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale pour 2017.....	12
2.1. Titre 1er : Dispositions relatives aux recettes, au recouvrement et à la trésorerie.....	12
2.2. Titre II : Conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale.....	18
3. Dispositions relatives aux dépenses pour 2017.....	18
3.1. Titre I : Dispositions relatives à la branche famille.....	18
3.2. Titre II : Dispositions relatives à la branche vieillesse.....	20
3.3. Titre III : Dispositions relatives à la branche accidents du travail et maladies professionnelles.....	22
3.4. Titre IV : Dispositions relatives à la branche maladie.....	22
3.5. Titre V: Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires.....	35
3.6. Titre VI : Dispositions relatives à la gestion des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement ainsi qu'au contrôle et à la lutte contre la fraude.....	35

Présentation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017

Ce tableau établit la correspondance entre les articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale et les articles finaux de la loi de financement, en indiquant également quels articles ont été créés par amendement.

Numéro de l'article de la LFSS	Numéro de l'article du PLFSS ou numéro d'amendement	Objet
PREMIERE PARTIE: DISPOSITIONS RELATIVES A L'EXERCICE 2015		
1	1	Approbation des tableaux d'équilibre, de l'ONDAM et des éléments relatifs au FRR, à la section 2 du FSV et à la CADES
2	2	Approbation du rapport annexé sur les excédents ou déficits de l'exercice 2012 et le tableau patrimonial (annexe A)
DEUXIEME PARTIE: DISPOSITIONS RELATIVES A L'EXERCICE 2016		
3	3	Rectification des montants des dotations versées à l'ONIAM et au FMESPP
4	4	Rectification tableaux d'équilibre 2016
5	5	Rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM
TROISIEME PARTIE: DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET A L'EQUILIBRE FINANCIER DE LA SECURITE SOCIALE POUR L'EXERCICE 2017		
Titre 1er: DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET A LA TRÉSORERIE		
Chapitre I/ Mesures de simplification et de modernisation des prélèvements sociaux		
6	6	Harmonisation des conditions de revenus applicables au bénéfice des exonérations et exemptions de cotisations sociales
7	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n°923	Affilier les personnes exerçant une activité réduite à fins d'insertion au régime micro-social avec le bénéfice de l'ACCRE
8	Amendement au Sénat 1ère lecture n°403	Exclusion de l'assiette de la contribution patronale à 50 %, les avantages de préretraite versés dans le cadre de régimes conventionnels de branche
9	7	Réforme des dispositifs d'exonérations spécifiques et harmonisation des règles de recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants en outre-mer
10	Amendement au Sénat 1ère lecture n°200	Précision sur l'applicabilité des exonérations dites LODEOM renforcées à Saint-Barthélemy.
11	8	Réduction du taux des cotisations d'assurance maladie-maternité des travailleurs indépendants à faibles revenus

12	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n°829	Clarifier la prise en compte du régime « micro-bénéfices agricoles » (« micro-BA ») dans le cadre de la détermination de l'assiette sociale des exploitants agricoles.
13	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n°831	Habiller le Gouvernement à prendre par voie d'ordonnance les mesures législatives nécessaires à la clarification de l'assiette sociale
14	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n°830	Assujettir à cotisations sociales dès le premier euro les indemnités de rupture du contrat de travail supérieures à 380 000 euros
15	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n°828	Préciser les règles d'affiliation et d'assujettissement aux cotisations de sécurité sociale des arbitres et juges sportifs
16	9	Réforme du pilotage du recouvrement des cotisations et contributions dues par les travailleurs indépendants
17	Amendement au Sénat en 1ère lecture n°201	Extension aux travailleurs indépendants du champ de compétence de la future caisse de prévoyance sociale de Saint-Barthélemy
18	10	Clarification et simplification du droit social applicable à l'économie numérique
19	11	Modification de la période d'imposition de la taxe sur les véhicules de sociétés
20	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n°919	Modification des seuils de la CSG remplacement
Chapitre II/ Mesures relatives au recouvrement		
21	12	Clarifier le rôle et les responsabilités des tiers-déclarants en matière sociale
22	Amendement au Sénat en 1ère lecture n°38	Pérenniser le régime transitoire des caisses de congés payés
23	13	Amélioration des outils de contrôle des cotisations et contributions sociales
24	14	Amélioration de l'effectivité des outils de recouvrement des cotisations en cas de détection de situations de travail illégal et clarification des délais de prescription applicables en matière de recouvrement
25	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n°742	Amélioration du dispositif de résorption de la dette sociale de l'agriculture corse
26	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n°835	Continuité des mandats de prélèvement inter-entreprises

27	15	Création d'une pénalité à défaut de production, lors d'un contrôle et pour chaque travailleur relevant de la législation de sécurité sociale d'un autre État que la France, d'un formulaire attestant de leur situation
Chapitre III/ Dispositions contribuant au financement de l'assurance maladie		
28	16	Création d'une contribution sociale à la charge des industriels du tabac
29	17	Augmentation des droits de consommation applicables au tabac à rouler
30	18	Régulation macro-économique des dépenses de médicaments
31	19	Participation des organismes complémentaires au financement de rémunérations alternatives au paiement à l'acte
32		<i>Disposition déclarée non conforme à la Constitution</i>
33	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°806	Pérennisation de la possibilité pour l'employeur d'assurer par décision unilatérale la couverture complémentaire des salariés en contrat court ou à faible quotité travaillée par le versement santé plutôt qu'à titre collectif et obligatoire
Titre 2: CONDITIONS GENERALES DE L'EQUILIBRE FINANCIER		
34	20	Transferts de recettes entre branches et régimes de la sécurité sociale
35	21	Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionnés à l'annexe V
36	22	Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale
37	23	Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général
38	24	Approbation des recettes (état C) et du tableau d'équilibre du FSV, de l'objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du FRR et de la section 2 du FSV -
39	25	Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes -
40	26	Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)

QUATRIEME PARTIE: DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES POUR L'EXERCICE 2017		
Titre 1: DISPOSITIONS RELATIVES A LA BRANCHE FAMILLE		
41	27	Mise en place de l'agence de recouvrement des pensions alimentaires impayées
42	28	Simplification du bénéfice des aides aux particuliers employeurs pour la garde d'enfants
43	29	Objectifs de dépenses de la branche famille
Titre 2: DISPOSITIONS RELATIVES A LA BRANCHE VIEILLESSE		
44	30	Extension de la retraite progressive aux salariés à employeurs multiples
45	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°741	Création d'une commission médicale pour le bénéfice de la retraite anticipée des travailleurs handicapés - commission médicale
46	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°142	Remise d'un rapport sur les conditions d'élargissement de la retraite progressive aux salariés en forfait jours
47	31	Sécurisation des périodes d'études d'infirmier, de sage-femme et d'assistant social validées par la CNRACL
48	32	Amélioration des droits à retraite des assurés de la CNBF
49	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°744	Extension à l'assuré tuteur de la majoration de durée d'assurance prise en compte pour la retraite au titre de l'éducation des enfants
50	33	Amélioration et simplification de la couverture vieillesse des indépendants
51	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°143	Possibilité de ne pas liquider sa pension à 62 ans pour les titulaires de pensions d'invalidité
52	34	Extension aux pensions des régimes spéciaux liquidées avant 1999 du bénéfice de la campagne double pour les anciens combattants d'Afrique du Nord
53	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°745	Possibilité de ne pas liquider sa pension à 62 ans pour les titulaires de pensions d'invalidité
54	Amendement à l'AN 1 ^{ère} lecture 144 du rapporteur	Décalage de l'entrée en vigueur de la LURA
55		<i>Disposition déclarée non conforme à la Constitution</i>
56	35	Objectifs de dépenses de la branche vieillesse

Titre 3: DISPOSITIONS RELATIVES A LA BRANCHE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES		
57	36	Dotations FCAATA, FIVA, retraite anticipée pour pénibilité, sous-déclaration AT-MP
58		<i>Disposition déclarée non conforme à la Constitution</i>
59	37	Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail
Titre 4: DISPOSITIONS RELATIVES A LA BRANCHE MALADIE		
Chapitre I/ Consolider les droits sociaux, améliorer la santé publique		
60	38	Prise en charge des victimes d'actes de terrorisme
61	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°746	Renvoyer au décret la définition de la prise en compte de certains revenus pour l'accès à la CMU-C et à l'ACS
62	39	Continuité des droits à la prise en charge des frais de santé et au service des prestations en espèces en cas de changement de situation professionnelle
63	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°935	Mesures d'alignement, en matière d'assurance maladie et d'accidents du travail, des régimes agricoles, non-salariés et salariés, sur certaines dispositions applicables au régime social des indépendants ou au régime général
64	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°937	Précisions suite à la mise en place de la protection universelle maladie
65	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°145	Possibilité de demander la pension d'invalidité jusqu'à un an après avoir été radié du Régime social des indépendants (RSI - maintien de droit)
66	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°146	Expérimentation permettant de financer sur le Fonds d'intervention régional la vaccination contre la grippe par les pharmaciens
67		<i>Disposition déclarée non conforme à la Constitution</i>
68	40	Expérimentation portant sur la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes de 11 à 21 ans
69	41	Extension des missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue (CAARUD)
70	42	Création d'un fonds national de la démocratie en santé
71		<i>Disposition déclarée non conforme à la Constitution</i>
Chapitre II/ Promouvoir les parcours de soins		
72	43	Création d'un avantage financier durant le congé maternité/paternité des médecins conventionnés secteur 1 ou adhérents au contrat d'accès aux soins

73	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n°911	Médecin remplaçant en zone sous dense
74	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n°755	Permettre la révision des engagements prévus dans la ROSP sans passer par un avenant conventionnel
75	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n°934	Règlement arbitral en l'absence d'avenant conventionnel signé au 1er février 2017 pour les chirurgiens-dentistes
76	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n°155	Extension du droit d'opposition à la convention nationale pharmaceutique
77	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n°814	Adaptation des dispositions sur le contrat responsable aux évolutions de la convention médicale d'août 2016 et aux éventuelles évolutions futures
78	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n°171	Présentation d'un rapport sur le coût et les conséquences de l'extension de l'aide maternité aux professions de santé libérales, et à l'ensemble des professions libérales
79	44	Rénovation du modèle de financement des établissements de santé
80	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n°446	Financement des transports inter-établissements sur le budget des établissements de santé
81	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n°936	Autorisation pour pratiquer des greffes exceptionnelles et prise en charge forfaitaire
82	45	Adaptation du modèle de financement des soins de suite et de réadaptation
83	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n°693	Rapport sur l'avancement de la réforme de l'hospitalisation à domicile
84	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n°767	Facturation en sus des honoraires des salariés des établissements thermaux
85		<i>Disposition déclarée non conforme à la Constitution</i>
86		<i>Disposition déclarée non conforme à la Constitution</i>
87	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n°439	Rapport au Parlement, avant le 1er juillet 2017, sur l'usage de l'enveloppement corporel humide ("packing")
88	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n°764	Rapport sur la prise en charge hospitalière des personnes handicapées et les conditions de revalorisation des tarifs appliqués à cette prise en charge

89	46	Accompagnement des réformes de la tarification dans le secteur médico-social
90		<i>Disposition déclarée non conforme à la Constitution</i>
91	47	Prorogation et élargissement du cadre des expérimentations de télémédecine
92	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n°237	Observance et tarification des dispositifs médicaux
93	48	Prolongation des expérimentations « article 70 » relatives au parcours de soins des personnes âgées
94	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n°731	Expérimentation permettant de financer le parcours de soins de patients souffrant de douleurs chroniques (type fibromyalgie) à compter du 1er janvier 2017
Chapitre III / Garantir la pertinence des prises en charge		
95	49	Création d'un fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique
96	50	Modification des conditions de prescription des médicaments biologiques
97	51	Modification des conditions de prise en charge des médicaments faisant l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation ou dans le régime du « post-ATU »
98	52	Sécurisation des conditions de fixation et de modification des prix et tarifs des produits de santé
99	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n°762	Imagerie médicale
100	53	Fixation du montant de la participation au titre de l'exercice 2017 des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP et de l'ONIAM ; contribution de la CNSA au financement des ARS et des opérateurs
101	54	Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès
102	55	ONDAM et sous ONDAM
Titre 5: DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES REGIMES OBLIGATOIRES		
103	56	Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Titre 6: DISPOSITIONS RELATIVES A LA GESTION DES REGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT A LEUR FINANCEMENT AINSI QU'AU CONTRÔLE ET A LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE		
104	57	Evolution des missions de la MSA
105	Amendement au Sénat en 1ère lecture n°122	Renforcement du pilotage des activités informatiques de la branche recouvrement et sécurisation juridique des opérations de mutualisation des organismes
106	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n°750	Extension de l'échange de données au SASPA et mise en œuvre du principe "dites-le nous une fois"
107	58	Pénalité pour les tiers responsables/ extension du droit de communication
108	59	Elargissement du périmètre des échanges d'informations
109	60	Mesures visant à limiter les indus pour l'assurance maladie

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 2016

Article 3 : Rectification des montants des dotations versées à l'ONIAM et au FMESPP

Cette mesure a permis de transférer une partie des réserves du fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) et de l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) 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.

2. Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale pour 2017

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

2.1.1. Chapitre I : Mesures de simplification et de modernisation des prélèvements sociaux

Article 6 : Harmonisation des conditions de revenus applicables au bénéfice des exonérations et exemptions de cotisations sociales

Cet article vise à élargir les conditions d'éligibilité au bénéfice de l'aide aux chômeurs créateurs et repreneurs d'entreprise (ACCRE) aux salariés ou personnes licenciées d'une entreprise en redressement ou en liquidation judiciaire et créant ou reprenant toute entreprise, et pas uniquement l'entreprise en difficulté. En outre, les personnes reprenant une entreprise implantée dans les quartiers prioritaire de la ville, et non seulement celles qui créent leur entreprise, bénéficient également de l'ACCRE.

En contrepartie, afin d'éviter les effets d'aubaine et de recentrer les mesures d'exonérations sur les bas salaires où elles sont le plus susceptibles de créer des emplois, cet article réserve l'éligibilité de l'ACCRE aux personnes ayant un revenu moyen ou faible, en instaurant un plafonnement des rémunérations ouvrant droit aux exonérations prévues par ce dispositif. L'exonération de cotisations est totale pour les revenus inférieure à 30 000€ (75 % du plafond annuel de la sécurité sociale) puis dégressive pour s'annuler à 40 000€ (1 PASS).

Le décret n° 2017-301 du 8 mars 2017 relatif aux modalités de calcul et aux dispositifs d'exonération des cotisations de sécurité sociale des travailleurs indépendants non agricoles a permis de préciser les règles de plafonnement de cette exonération.

Article 7 : Affilier les personnes exerçant une activité réduite à fins d'insertion au régime micro-social avec le bénéfice de l'ACCRE

Afin d'offrir une protection sociale aux personnes exerçant une activité générant de faibles revenus ayant signé un contrat avec une association agréée par le ministre chargé de la sécurité sociale leur offrant un accompagnement en matière administrative et financière, la mesure les affine au régime social des indépendants et leur ouvre le bénéfice de la mesure ACCRE.

Cette mesure est d'application directe.

Article 8 : Exclusion de l'assiette de la contribution patronale à 50 %, les avantages de préretraite versés dans le cadre de régimes conventionnels de branche

L'article exonère pour l'année 2017 les allocations versées dans le secteur du transport routier du paiement de la contribution patronale due sur les avantages de préretraite.

Cette mesure est d'application directe.

Article 9 : Réforme des dispositifs d'exonérations spécifiques et harmonisation des règles de recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants en outre-mer

Cet article recentre, aux fins d'efficacité, les dispositifs d'exonérations sociales dont bénéficient les travailleurs indépendants en outre-mer sur les bas et moyens revenus. A cet effet, il réserve l'exonération totale des 24 premiers mois d'activité ainsi que, pour les années suivantes, l'abattement de 50% de l'assiette servant au calcul des cotisations, aux travailleurs indépendants dont les revenus annuels sont inférieurs à 100 000€ (2,5 PASS). Par ailleurs, afin de limiter les effets de seuils liés au passage de la deuxième à troisième année, l'abattement d'assiette est porté à 75% au titre de la troisième année d'activité.

Enfin, cet article étend tout en l'adaptant à l'outre-mer le mécanisme de régularisation des cotisations, dit « 3 en 1 » applicables au travailleur indépendant exerçant en métropole.

Le décret n°2017-972 du 9 mai 2017 est venu préciser les modalités de calcul des montants d'exonération dont bénéficient les travailleurs indépendants en outre-mer.

Article 10 : Précision sur l'applicabilité des exonérations dites LODEOM renforcées à Saint-Barthélemy

L'article étend les exonérations renforcées dites LODEOM applicables aux entreprises implantés en outre-mer à Saint Barthélemy.

Cette disposition ne nécessite pas de mesure d'application

Article 11 : Réduction du taux des cotisations d'assurance maladie-maternité des travailleurs indépendants à faibles revenus

Cet article poursuit l'effort engagé en faveur de la diminution des prélèvements sociaux dont doivent s'acquitter les travailleurs indépendants ayant de faibles revenus. Il met en place une réduction dégressive du taux des cotisations d'assurance maladie-maternité de 3,5 points pour les travailleurs indépendants dont les revenus sont inférieurs ou égal à 27 000 € (70% du PASS).

Le décret n°2017-301 du 8 mars 2017 fixe le seuil de revenu en dessous duquel l'exonération s'applique (70% du PASS) ainsi que la formule de calcul de la réduction du taux d'assurance maladie-maternité.

Article 12 : Clarifier la prise en compte du régime « micro-bénéfices agricoles » (« micro-BA ») dans le cadre de la détermination de l'assiette sociale des exploitants agricoles

Cet article clarifie les modalités de prise en compte du régime « micro bénéfices agricoles » pour la détermination de l'assiette des cotisations sociales des exploitants agricoles.

Cet article est d'application directe.

Article 13 : Habilitier le Gouvernement à prendre par voie d'ordonnance les mesures législatives nécessaires à la clarification de l'assiette sociale

L'habilitation donnée au Gouvernement doit permettre de clarifier et de consolider, à droit constant, les règles relatives aux assiettes sociales. L'habilitation est d'une durée de 18 mois.

Article 14 : Assujettir à cotisations sociales dès le premier euro les indemnités de rupture du contrat de travail supérieures à 380 000 euros

Cet article rétablit le seuil d'assujettissement au 1er euro des indemnités de ruptures de mandataires sociaux supérieures à 380 000 € qui avait été supprimé incidemment par la loi de financement de la sécurité

sociale pour 2016. Il clarifie aussi les règles applicables en cas de cumul du statut de salarié et de mandataire social en précisant que le seuil à retenir pour l'assujettissement au 1er euro est celui relatif à la qualité de mandataire social.

Le texte ne nécessite pas de mesure d'application.

Article 15 : Préciser les règles d'affiliation et d'assujettissement aux cotisations de sécurité sociale des arbitres et juges sportifs

Compte tenu de la professionnalisation de la fonction de juge et arbitre sportif, l'article 15 précise que la franchise de cotisation dont bénéficient les juges et arbitres sportifs est réservée aux personnes exerçant ces missions dans le champ du sport amateur et renforce ainsi la protection sociale dont bénéficient les arbitres professionnels en leur permettant d'ouvrir des droits sur les revenus de leur activité d'arbitrage.

Cette mesure est d'application directe.

Article 16 : Réforme du pilotage du recouvrement des cotisations et contributions dues par les travailleurs indépendants

L'article 16 de la LFSS pour 2017 poursuit les actions engagées depuis 2012 par les pouvoirs publics pour améliorer l'organisation du recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants non agricoles. Cette nouvelle organisation se traduit ainsi par :

- une responsabilité claire et partagée entre les deux réseaux RSI et ACOSS dans la mise en œuvre de l'ensemble des étapes du recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale dues par les travailleurs indépendants ;
- un pilotage commun national conduit par un directeur, désigné par le directeur de l'ACOSS et le directeur général de la caisse nationale du RSI, spécifiquement en charge de ce segment de cotisants ; ce directeur national s'appuiera sur un réseau local de responsables dédiés ;
- un chantier visant à adapter les systèmes d'information et leur pilotage aux spécificités de la gestion du recouvrement des cotisations et contributions de cette population.

Deux décrets du 9 mai 2017 (n° 2017-864 et n° 2017-876) tirent les conséquences de ces évolutions et de la suppression de l'ancienne organisation dite « ISU », en adaptant la partie réglementaire du code de la sécurité sociale. Ils comportent en outre des éléments, consensuels avec les caisses nationales, relatifs à la désignation des nouveaux acteurs du dispositif (directeur national et responsables locaux) et le renvoi à des dispositions conventionnelles s'agissant des objectifs et moyens liés au recouvrement des indépendants qui reprennent globalement celles issues du décret du 8 juillet 2013. Ces décrets adaptent enfin une partie des règles relatives à la « taxation d'office » pour mieux préciser, à la demande des caisses nationales, la place particulière qui peut être donnée à l'exploitation des informations transmises par l'administration fiscale.

Article 17 : Extension aux travailleurs indépendants du champ de compétence de la future caisse de prévoyance sociale de Saint-Barthélemy

L'article étend les missions de la future caisse de prévoyance sociale de St Barthélemy aux travailleurs indépendants, alors que celle-ci ne devait gérer initialement que des salariés ou des inactifs.

Le décret d'application est paru le 11 mai 2017 (Décret n° 2017-992 du 10 mai 2017 relatif à la caisse de prévoyance sociale de Saint-Barthélemy) et intègre l'extension du champ de compétence aux travailleurs indépendants. Le décret fixe, dans son article 2, les dates d'effet des transferts successifs d'assurés à la Caisse de St Barthélemy. Les travailleurs indépendants seront ainsi concernés en 2019.

Article 18 : Clarification et simplification du droit social applicable à l'économie numérique

Afin de clarifier le droit social applicable à l'économie numérique et notamment de distinguer, pour les activités de locations de biens ou de locaux d'habitations, celles étant réalisées à des fins commerciales de celles constituant une valorisation de son propre patrimoine personnelle, cet article précise les seuils de chiffres d'affaires au-delà duquel l'activité est considérée comme professionnelle. En outre, il ouvre un droit d'option pour l'affiliation au régime général pour la déclaration de ce type d'activité.

Enfin, afin de simplifier les démarches administratives et sociales, il ouvre la possibilité aux utilisateurs de plateformes de donner à ces derniers mandats pour effectuer les démarches déclaratives et de paiement des cotisations sociales. Cet article ne nécessite pas de mesure d'application.

Article 19 : Modification de la période d'imposition de la taxe sur les véhicules de sociétés

Cet article modifie la période d'imposition de la taxe sur les véhicules de sociétés, auparavant due au titre d'une période allant du 1er octobre de l'année au 30 septembre de l'année suivante, afin de l'aligner sur l'année civile. Par ailleurs, l'article simplifie les modalités déclaratives et de paiement de la taxe en les adossant à celles de la TVA, ce qui permet à la quasi-totalité des redevables de bénéficier de télé-procédures.

Seuls les redevables soumis au régime simplifié d'imposition ou au régime simplifié agricole, qui ne sont soumis à aucune obligation déclarative en matière de TVA en janvier, continuent à acquitter la TVS par virement à l'appui d'un formulaire papier transmis par voie postale.

L'article limite ainsi les coûts de gestion tant pour les entreprises que pour l'administration.

Par ailleurs, afin de tenir compte du basculement de la période d'imposition sur l'année civile à compter de l'année 2018, une imposition spécifique est prévue au titre du dernier trimestre 2017, acquittée en janvier 2018 selon les nouvelles modalités déclaratives et de paiement.

Cette mesure est d'application immédiate.

Article 20 : Modification des seuils de la CSG remplacement

Cet article augmente les seuils du revenu fiscal de référence applicable pour la détermination de l'éligibilité des pensionnés au taux réduit ou nul de CSG. Cette mesure est d'application directe.

2.1.2. Chapitre II : Mesures relatives au recouvrement

Article 21 : Clarifier le rôle et les responsabilités des tiers-déclarants en matière sociale

L'article 21 définit les relations entre le tiers déclarant, son client et les organismes de sécurité sociale, et complète le cadre juridique actuel du mandat du tiers déclarant.

La mise en œuvre de cette mesure a fait l'objet d'une concertation avec le Conseil supérieur de l'ordre des experts comptables et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Un projet de décret d'application est en cours de rédaction.

Article 22 : Pérenniser le régime transitoire des caisses de congés payés

L'article 23 de la LFSS pour 2015 avait initialement mis en place une retenue, au niveau de l'employeur, de l'ensemble des cotisations et contributions sociales dues par les employeurs affiliés à des caisses de congés au titre des indemnités de congés payés versées à ces caisses. Cette mesure devait entrer en vigueur au 1er avril 2018 après une période transitoire durant laquelle les caisses de congés payés devaient reverser aux URSSAF, dès leur perception, la part des cotisations sociales qu'elles ont appelées auprès de leurs adhérents.

L'article 22 de LFSS pour 2017, issu d'un amendement parlementaire suite aux demandes conjointes des caisses et des secteurs concernés, a pérennisé le dispositif transitoire.

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

Article 23 : Amélioration des outils de contrôle des cotisations et contributions sociales

Cet article renforce la possibilité effective d'utiliser une sanction en cas d'obstacle à contrôle, et par voie de conséquence, le caractère dissuasif de la sanction. Il permet également une modulation du montant de la sanction, en l'adaptant à la situation de la personne contrôlée. Le projet de décret d'application est en cours de rédaction.

Article 24 : Amélioration de l'effectivité des outils de recouvrement des cotisations en cas de détection de situations de travail illégal et clarification des délais de prescription applicables en matière de recouvrement

Cet article prévoit de renforcer les outils de recouvrement des organismes de recouvrement confrontés à des situations de fraude, en permettant au directeur de l'organisme de procéder le plus rapidement possible à des mesures conservatoires sur les biens du cotisant fraudeur, afin de garantir le paiement des créances sociales éludées.

Le projet de décret d'application, qui précise la procédure, a été examiné en section par le Conseil d'Etat et devrait être publié très prochainement.

Article 25 : Amélioration du dispositif de résorption de la dette sociale de l'agriculture corse

Le présent article vise ainsi à améliorer le plan de résorption de la dette sociale de l'agriculture corse, initié par l'article 122 de la loi de finances rectificatives de 2005, en prévoyant l'extension du dispositif aux dettes sociales antérieures au 1er janvier 2014, avec une limite à 10 000 euros ; et en permettant de conclure, sous certaines conditions, des plans de désendettement jusqu'à 7 ans pour une dette sociale supérieure à 10 000€ au titre des périodes d'activités comprises entre le 1er janvier 1996 et le 31 décembre 2015.

Cette mesure est d'application directe.

Article 26 : Continuité des mandats de prélèvement inter-entreprises

Cet article prévoit que les organismes et administrations puissent utiliser les autorisations de prélèvement déjà recueillies auprès des redevables et cotisants (en « SDD B2B »), afin de réaliser des prélèvements de format « SDD Core », à la faveur d'une opération de migration. Cette mesure n'a aucune incidence sur les usagers, lesquels n'auront pas à réaliser de nouvelle formalité administrative à l'occasion de ce changement. Cette adaptation technique ne modifie ni les dates ni les modalités de prélèvement qui leur sont applicables.

Cet article n'appelle pas de mesure d'application.

Article 27 : Création d'une pénalité à défaut de production, lors d'un contrôle et pour chaque travailleur relevant de la législation de sécurité sociale d'un autre État que la France, d'un formulaire attestant de leur situation

Afin de pouvoir vérifier la situation notamment des travailleurs détachés en France au regard de la sécurité sociale, cette mesure prévoit que les formulaires qui attestent que ceux-ci relèvent de la sécurité sociale d'un autre État doivent être produits lors des contrôles, soit par les travailleurs eux-mêmes, soit par leur employeur ou le représentant de celui-ci en France, soit par l'entreprise «donneur d'ordres». A cet égard, cette dernière voit ses responsabilités renforcées, notamment concernant la conformité de son sous-traitant au regard de ses obligations sociales. A défaut de présentation des formulaires, l'entreprise « donneur d'ordres » pourra faire l'objet d'une sanction administrative forfaitaire.

La mesure tient toutefois compte des délais de traitement des demandes de formulaires par les organismes de sécurité sociale étrangers et la sanction ne sera pas appliquée si l'entreprise produit une preuve du dépôt d'une demande de formulaire puis du formulaire obtenu.

Cette mesure est d'application directe.

2.1.3. Chapitre III : Dispositions contribuant au financement de l'assurance maladie

Article 28 : Création d'une contribution sociale à la charge des industriels du tabac

L'article prévoit la création d'une contribution à la charge des fournisseurs agréés de produits du tabac. L'assiette de la contribution est constituée par le montant total du chiffre d'affaires des redevables, afférent à la commercialisation des tabacs manufacturés, hors taxe sur la valeur ajoutée et déduction faite de la remise consentie aux débiteurs de tabac et du droit de consommation. Le produit de cette contribution est affecté à un fonds dédié à la prévention et à la lutte contre le tabagisme.

Le premier produit de cette contribution sera versé au premier trimestre 2018 au titre du chiffre d'affaires 2017.

Cette mesure ne nécessite pas de mesure d'application.

Article 29 : Augmentation des droits de consommation applicables au tabac à rouler

Afin de lutter contre l'effet de substitution (déport de la consommation vers le tabac à rouler moins taxé), la mesure a consisté en une augmentation de 5,7 points du taux correspondant à la part proportionnelle au prix, qui a été portée à 37,7 %.

En cohérence, l'article a prévu une hausse du minimum de perception afin de s'assurer de la répercussion de la hausse de fiscalité sur les prix de vente des produits à faible coût.

Ce minimum a été porté à 161 € à compter du 1er janvier 2017, montant s'appliquant aux produits vendus à un tarif inférieur ou égal au prix moyen pondéré constaté lors de l'entrée en vigueur de la loi. En outre, afin de tenir compte de l'augmentation ultérieure des prix de vente, l'article prévoyait une nouvelle hausse du minimum de perception, à hauteur de 167 €, à compter du 1er janvier 2018.

Toutefois, il a été décidé par arrêté, pris conformément à la loi, d'anticiper cette nouvelle augmentation du minimum de perception en le portant à 168 € dès l'entrée en vigueur de l'arrêté d'homologation des prix de vente au détail des produits du tabac, intervenu au cours du mois de mars 2017.

Article 30 : Régulation macro-économique des dépenses de médicaments

En premier lieu, cette mesure sépare le dispositif dit du taux « L » (ou clause de sauvegarde) s'appliquant jusque-là à l'ensemble des médicaments quel que soit leur circuit de dispensation, en deux taux « Lv » et « Lh », permettant de réguler spécifiquement les dépenses de médicaments en ville d'une part, et à l'hôpital d'autre part. Outre cette séparation, le principe de la clause de sauvegarde reste quant à lui identique.

En 2017, ces taux ont été respectivement fixés à 0 % pour Lv et 2 % pour Lh, permettant de prendre en compte l'arrivée importante de médicaments innovants et onéreux tout en assurant la soutenabilité des dépenses de médicaments.

En second lieu, l'article prolonge le dispositif W pour l'année 2017 afin d'assurer la soutenabilité des dépenses de médicaments de l'hépatite C. Le montant W pour l'année 2017 a été fixé à 600 millions d'euros.

Cette mesure est d'application directe.

Article 31 : Participation des organismes complémentaires au financement de rémunérations alternatives au paiement à l'acte

L'article a prolongé d'une année la durée de la contribution prévue par l'article 23 de la LFSS 2016, permettant d'assurer la poursuite de la participation financière des organismes complémentaires en 2017.

Pour faciliter sa mise en œuvre pour l'ensemble des acteurs, cette contribution s'accompagne d'une simplification de ses modalités de calcul, en fixant directement le montant de la contribution due pour chaque assuré. Celle-ci est recouvrée sur la base d'un forfait de 5€ par assuré ou ayant droit de plus de seize ans (en dehors des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire), pour lequel l'organisme complémentaire a pris en charge le ticket modérateur au titre d'une consultation du médecin traitant dans l'année. Le forfait de 5€ correspond au tarif appliqué pour les participations dues au titre des années 2014 et 2015. Cette mesure est d'application directe.

Article 33 : Pérennisation de la possibilité pour l'employeur d'assurer par décision unilatérale la couverture complémentaire des salariés en contrat court ou à faible quotité travaillée par le versement santé plutôt qu'à titre collectif et obligatoire

La loi de financement pour la sécurité sociale pour 2016 a instauré en son article 34 le « versement santé », dispositif alternatif à la participation de l'employeur au financement d'une couverture collective et obligatoire en matière de remboursement de frais de santé ciblé sur certains salariés en contrat court ou à

faible quotité travaillée. Ce dispositif peut être mis en place à l'initiative des partenaires sociaux et dans certains cas, par décision unilatérale de l'employeur. La LFSS 2016 prévoyait que, en l'absence de couverture santé collective et obligatoire antérieure, les employeurs avaient la possibilité de mettre en place le versement santé au bénéfice des salariés précités par décision unilatérale. Cette possibilité n'était ouverte que pour la seule année 2016. L'article 33 de la LFSS 2017, disposition d'application directe, a pérennisé le recours possible à la décision unilatérale.

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

Article 34 : Transferts de recettes entre branches et régimes de la sécurité sociale

Cet article vise en premier lieu à réaffecter les recettes des différentes branches de la sécurité sociale en conséquence des mesures de compensation effectuées par l'Etat en LFI 2017, qui ont des effets fortement différenciés entre les soldes des différentes branches du régime général. Ces réaffectations permettent en outre une rationalisation de l'affectation des recettes de la sécurité sociale, afin de réduire le nombre de branches affectataires, en veillant à une cohérence entre la nature de ces recettes et leurs affectataires.

L'article procède également à une modernisation de l'architecture financière de la branche accidents du travail et maladies professionnelles en supprimant les fonds communs des accidents du travail (FCAT et FCATA), sans aucun impact sur les bénéficiaires des prestations.

L'article procède par ailleurs à un rétablissement progressif de l'équilibre financier du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) et à une simplification de ses mécanismes de financement et de sa structure. Afin de rétablir progressivement l'équilibre du fonds en recettes et en dépenses, il a été retenu de revenir progressivement sur la prise en charge par le FSV d'une partie des dépenses au titre du minimum contributif (MICO). 1 Md€ a ainsi été transféré dès 2017 du FSV vers les régimes d'assurance vieillesse. Le transfert du minimum contributif se poursuivra jusqu'en 2020, progressivement. Afin de lisser cet impact sur les régimes, l'ensemble des recettes qui finançaient le FSV à ce titre est transféré aux autres régimes. En outre, les réserves de la section 3 du FSV, qui excèdent largement les besoins de financement de cette section, ont été transférées à la CNAMTS.

La modification de l'architecture financière du FSV a amené à prendre plusieurs mesures d'application. Le décret n°2017-583 du 20 avril 2017 fixant le montant de la fraction des dépenses au titre de la majoration mentionnée à l'article L. 351-10 du code de la sécurité sociale prise en charge par le fonds de solidarité vieillesse a déterminé le montant de la fraction du minimum contributif financé par les régimes d'assurance -vieillesse pour les années 2017 à 2019, avant son transfert intégral en 2020. L'arrêté du 27 avril 2017 fixant le montant du prélèvement mentionné au VIII de l'article 34 de la loi n°2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 a défini le montant des réserves de la section 3 du FSV, qui ont été transférées en mai à la CNAMTS.

Enfin, cet article prévoit un remboursement du régime complémentaire des indépendants (RCI) au RSI, au titre des créances que le RSI détenait, au 31 décembre 2016, sur le régime de retraite complémentaire des entrepreneurs du bâtiment et des travaux publics. Un arrêté, en cours de rédaction, doit définir le montant de ce remboursement.

3. Dispositions relatives aux dépenses pour 2017

3.1. Titre I : Dispositions relatives à la branche famille

Article 41 : Mise en place de l'agence de recouvrement des pensions alimentaires impayées

L'article 41 a confié aux organismes débiteurs des prestations familiales trois nouvelles missions qui visent à améliorer le service rendu aux familles pour le recouvrement des créances alimentaires :

- un service complet d'aide au recouvrement des pensions alimentaires fixées en faveur des enfants âgés de moins de 20 ans (au lieu des seuls enfants mineurs) est désormais proposé aux créanciers remis en couple, sans qu'il soit nécessaire d'apporter la justification de l'échec préalable d'une voie d'exécution menée par leur propre soin ;

- une mission d'intermédiation financière destinée à protéger les créanciers victimes de violences conjugales qui peuvent désormais demander au juge que la pension alimentaire fixée soit directement versée par le débiteur à la caisse d'allocations familiales ou la caisse de MSA. Cette mesure permet de ne plus qualifier le parent débiteur de « hors d'état » et ainsi de ne plus l'exonérer du paiement d'une pension alimentaire ;
- une mission de délivrance de titres exécutoires pour les accords fixant une pension alimentaire conformément à un barème. Cette mission s'adresse aux parents qui mettent fin à une vie en concubinage ou qui ont procédé à une dissolution de leur pacte civil de solidarité.

Le pilotage de ces trois missions est assuré par un service national adossé à la Caisse nationale des allocations familiales : l'agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaires (ARIPA). La création de l'ARIPA au 1er janvier 2017 a été accompagnée par le lancement d'un portail internet « www.pension-alimentaire.caf.fr » qui met notamment à la disposition des parents séparés une information sur leurs droits aux prestations légales et d'action sociale gérées par les caisses.

Les deux premières missions sont entrées en vigueur le 1er janvier 2017. Les dispositions introduites dans la LFSS pour 2017 sont d'application immédiate. Un décret n° 2017-532 du 12 avril 2017 a néanmoins procédé à un toilettage de certaines dispositions réglementaires relatives à l'allocation de soutien familial par cohérence avec les dispositions législatives modifiées par la LFSS pour 2017.

La troisième mission relative à la délivrance des titres exécutoires entrera en vigueur le 1er avril 2018. Un décret en Conseil d'Etat dont la publication doit intervenir d'ici le 1er avril 2018 définira notamment le barème des pensions alimentaires (dispositions en R) et les conditions dans lesquelles un enfant peut être considéré à la charge du parent débiteur (dispositions en D). Pour ce faire, des travaux préalables seront conduits avec le ministère de la Justice et les caisses.

Article 42 : Simplification du bénéfice des aides aux particuliers employeurs pour la garde d'enfants

L'article 42 réforme et simplifie le circuit de gestion et de paiement du complément de libre choix du mode de garde (CMG), prestation familiale versée aux familles employant pour la garde de leur enfant de moins de six ans un assistant maternel et/ou une garde à domicile. Elle adapte également le dispositif pour tenir compte de la mise en œuvre du prélèvement à la source.

Cette simplification du circuit de gestion du CMG se décompose en deux volets :

Le premier volet correspond à l'affectation prioritaire du montant du CMG au paiement des cotisations et contributions sociales restant dues par le parent employeur (une fois toutes les autres aides déduites) ce qui simplifiera les modalités de perception du CMG pour les foyers employant une garde à domicile (plus de 58 000 en 2015) dans une logique de simultanéité et donc de meilleure lisibilité de l'aide versée ;

Le second volet étend les missions du centre Pajemploi et du CESU afin de leur permettre de proposer aux particuliers employeurs et aux salariés, à titre optionnel, une plateforme de paiement du salaire. Celle-ci permettra ainsi aux particuliers employeurs de bénéficier, au moment du paiement du salaire, de l'intégralité des aides auxquelles ils ont droit pour l'emploi de leur salarié (dont le CMG). Cette plateforme simplifiera également la gestion du prélèvement à la source pour les particuliers employeurs, le montant de l'impôt dû par le salarié étant en effet immédiatement et automatiquement calculé et déduit du salaire versé. Enfin, pour les salariés, cette réforme sécurisera le bon paiement de la rémunération.

L'article 42 prévoit une entrée en vigueur des deux volets de la réforme au 1er janvier 2018. Cependant, compte tenu de l'ampleur des développements à réaliser sur les systèmes d'information de la branche famille, de Pajemploi et du CESU, la mise en œuvre effective ne pourra être réalisée qu'à l'automne 2018.

Un projet de décret précisant les modalités d'application de cette mesure, et notamment le délai dans lequel le volet social doit être transmis par l'employeur à Pajemploi, est en cours de rédaction.

3.2. Titre II : Dispositions relatives à la branche vieillesse

Article 44 : Extension de la retraite progressive aux salariés à employeurs multiples

Cet article vise à ouvrir la retraite progressive aux salariés à temps partiel qui ont plusieurs employeurs, ce qui permettra notamment à des salariés exposés à des situations de plus grande précarité d'en bénéficier.

La mesure doit entrer en vigueur au 1er janvier 2018. Le décret d'application est en cours d'élaboration.

Article 45 : Création d'une commission médicale pour le bénéfice de la retraite anticipée des travailleurs handicapés - commission médicale

L'article 45 a institué une procédure spécifique permettant à certains assurés sollicitant le bénéfice de la retraite anticipée des travailleurs handicapés mais ne pouvant justifier de leur situation de handicap sur une partie de leur carrière, de voir leur situation au cours de ces périodes examinée par une commission médicale. Cette commission nationale, placée auprès de la CNAV, rendra un avis motivé sur la base du dossier à caractère notamment médical transmis par l'assuré.

Le décret n°2017-999 du 10 mai 2017 relatif aux droits à retraite des personnes handicapées a fixé les conditions d'examen de la situation des assurés concernés, la fraction de durée d'assurance susceptible d'être validée (30% de la durée d'assurance requise en situation de handicap) et précisé la composition de la commission. Il a fixé au 1er septembre 2018 la date d'entrée en vigueur de cette mesure. La commission est en cours de mise en place.

Article 46 : Remise d'un rapport sur les conditions d'élargissement de la retraite progressive aux salariés en forfait jours

Ce rapport est actuellement en cours d'élaboration.

Article 47 : Sécurisation des périodes d'études d'infirmier, de sage-femme et d'assistant social validées par la CNRACL

Cette mesure a sécurisé juridiquement le dispositif de validation des périodes d'études infirmiers, de sage-femme et d'assistant social dont la validation a été notifiée au fonctionnaire par la CNRACL jusqu'au 13 août 2016.

Cette mesure est d'application directe.

Article 48 : Amélioration des droits à retraite des assurés de la CNBF

Cet article vise à améliorer les droits à retraite des avocats en supprimant, dans le régime d'assurance vieillesse de base géré par la Caisse nationale des barreaux français (CNBF), la référence à l'octroi d'une fraction de l'allocation aux vieux travailleurs salariés lorsque les affiliés ne justifient pas d'une durée d'assurance déterminée.

Cet article a fait l'objet d'une disposition d'application dans le cadre du décret n°2017-735 du 3 mai 2017.

Article 49 : Extension à l'assuré tuteur de la majoration de durée d'assurance prise en compte pour la retraite au titre de l'éducation des enfants

Cet article étend aux tuteurs désignés par le conseil de famille, la majoration de durée d'assurance pour la retraite de quatre trimestres attribuée pour chaque enfant mineur au titre de son éducation.

Cette mesure est d'application directe.

Article 50 : Amélioration et simplification de la couverture vieillesse des indépendants

Cet article vise tout d'abord à fusionner les deux régimes de retraite de base préexistants des artisans et commerçants en un régime unique et commun aux deux populations. Cet article a fait l'objet de dispositions d'application dans le cadre des décrets n° 2017-301 du 8 mars 2017, n° 2017-735 du 3 mai 2017 et n° 2017-876 du 9 mai 2017.

Cet article prévoit également une réforme d'ensemble permettant de clarifier les règles d'affiliation entre le champ de la caisse interprofessionnelle d'assurance vieillesse (CIPAV) et le régime social des indépendants. S'agissant du périmètre d'affiliation, cet article prévoyait qu'un décret détaillerait la liste des professions, autres que celles historiquement citées dans la loi, relevant de la CIPAV, les autres professions indépendantes devant être par défaut rattachées à la protection sociale de droit commun des travailleurs indépendants. Cette disposition a toutefois été censurée par le Conseil constitutionnel (décision 2016-742 DC du 22 décembre 2016) pour des raisons de partage entre la loi et le règlement.

Article 51 : Possibilité pour les indépendants qui exercent une activité professionnelle de bénéficier de leur pension d'invalidité au-delà de l'âge légal de départ à la retraite

Cet article vise à ce que les assurés relevant du régime social des indépendants, titulaires d'une pension d'invalidité et exerçant une activité professionnelle puissent, comme cela existe depuis 2010 pour les salariés, continuer de bénéficier de leur pension d'invalidité au-delà de l'âge légal de départ en retraite. Cette mesure permet aux travailleurs indépendants titulaires d'une pension d'invalidité de compléter leurs revenus, mais aussi le cas échéant leur carrière et d'améliorer leurs droits à la retraite. De plus, cette mesure permet de renforcer l'équité entre salariés et travailleurs indépendants.

Cette disposition ne nécessitait pas de mesure d'application.

Article 52 : Extension aux pensions des régimes spéciaux liquidées avant 1999 du bénéfice de la campagne double pour les anciens combattants d'Afrique du Nord

Cet article étend aux assurés des régimes spéciaux le dispositif prévu par l'article 132 de la loi de finances pour 2016 pour les fonctionnaires civils et militaires, en retenant les mêmes conditions d'entrée en vigueur et de rétroactivité.

Il permet ainsi la révision des pensions de retraite liquidées avant le 19 octobre 1999, sur demande des intéressés déposée postérieurement au 1er janvier 2016 et à compter de cette demande, afin de prendre en compte le droit à campagne double au titre de leur participation à la guerre d'Algérie ou aux combats en Tunisie et au Maroc.

Cette disposition ne nécessitait pas de mesure d'application.

Article 53 : Différer la substitution automatique de la pension de vieillesse à la pension d'invalidité pour les assurés qui perdent leur emploi à l'approche de l'âge légal de la retraite.

L'article 53 prévoit que les assurés titulaires de pension d'invalidité qui ont perdu leur emploi dans un certain délai avant l'âge légal de la retraite pourront, pendant une période précisée par décret, ne pas voir leur pension d'invalidité substituée par une pension de retraite lorsqu'ils atteignent l'âge légal afin de pouvoir poursuivre leur recherche d'emploi.

Le décret n° 2017-998 du 10 mai 2017 relatif à la conversion en pension de vieillesse de la pension d'invalidité des assurés en recherche d'emploi à l'âge légal de départ à la retraite a précisé que sont concernés les assurés qui exerçaient une activité professionnelle six mois avant l'âge légal. Il prévoit que la conversion de leur pension d'invalidité en pension de vieillesse peut être reportée jusqu'à six mois après l'âge légal de départ à la retraite. Cette mesure entre en vigueur le 1er septembre 2017.

Article 54 : Décalage de l'entrée en vigueur de la LURA

L'article 54 a décalé l'entrée en vigueur de la liquidation unique des pensions de retraite de base des polypensionnés des régimes alignés (régime général, salariés agricoles, travailleurs indépendants) à une date fixée par décret et au plus tard au 1er juillet 2017.

Le décret n° 2017-737 du 3 mai 2017 relatif à la mise en œuvre de la liquidation unique des pensions de retraite de base des pensionnés affiliés au régime général de sécurité sociale, au régime des salariés agricoles et au régime social des indépendants a précisé que la mesure s'applique aux pensions prenant effet à compter du 1er juillet 2017.

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

Article 57 : Dotations FCAATA, FIVA, retraite anticipée pour pénibilité, sous-déclaration AT-MP

Cet article fixe les montants des dotations versées par la branche accidents du travail et maladies professionnelles au FCAATA, au FIVA, à la branche maladie au titre de la sous-déclarations des accidents du travail et maladies professionnelles, et à la branche vieillesse au titre du dispositif de départ en retraite anticipée à 60 ans en faveur des assurés justifiant d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 10% reconnu au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail « ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle » (loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites). Il n'appelle pas de mesure d'application.

3.4. Titre IV : Dispositions relatives à la branche maladie

3.4.1. Chapitre I – Consolider les droits sociaux, améliorer la santé publique

Article 60 : Prise en charge des victimes d'actes de terrorisme

En son article 63, la LFSS pour 2016 avait instauré, au sein des régimes obligatoires d'assurance maladie, une prise en charge dérogatoire en faveur des victimes d'actes de terrorisme. Cependant, les attentats intervenus depuis, tant en France qu'à l'étranger, ont montré la nécessité d'étendre cette prise en charge. A cet effet, l'article 60 de la LFSS pour 2017 a élargi cette prise en charge :

- en termes de champ d'application : initialement réservée aux personnes dont l'identité figure sur la liste des victimes établie par la section antiterroriste du parquet de Paris, cette prise en charge a été étendue aux personnes ayant bénéficié d'une provision versée par le FGTI (fonds de garantie des victimes d'actes de terrorisme et d'autres infractions) ;
- en termes de périmètre : cette prise en charge, qui comprenait la prise en charge à 100 % (exonération du forfait journalier, des participations de l'assuré et des franchises) dans la limite des tarifs de responsabilité, a été étendue aux dépassements d'honoraires et aux dépassements de tarifs pour les dispositifs médicaux ;
- en termes de temporalité : initialement limitée à une durée d'un an à compter de la survenance de l'acte de terrorisme, cette prise en charge est désormais articulée avec l'offre d'indemnisation du FGTI (cette indemnisation ayant vocation à couvrir les éventuels restes à charge liés aux dépenses de santé à venir) ainsi que, pour les blessés les plus gravement atteints, avec l'attribution d'une pension au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre (CPMIVG).

Les dispositions issues de la LFSS pour 2017 sont applicables aux actes, prestations, consultations et prescriptions intervenus postérieurement au 14 juillet 2016, quelle que soit la date de survenance de l'acte de terrorisme, et qui sont directement liés à cet acte.

Nombre de ces dispositions sont d'application immédiate. Seules quelques-unes nécessitaient un texte réglementaire d'application : c'est dans ce cadre qu'a été pris le décret n° 2017-994 du 10 mai 2017 précisant les modalités de prise en charge des frais de santé des victimes d'actes de terrorisme (publié au Journal officiel du 11 mai 2017). Outre quelques dispositions de toilettage, ce décret prévoit :

- les modalités selon lesquelles les victimes d'actes de terrorisme pourront continuer à bénéficier de la prise en charge dérogatoire postérieurement à l'offre d'indemnisation du FGTI ;
- les modalités de financement des dépassements d'honoraires et de tarifs, ce financement étant partagé entre les organismes complémentaires, le FGTI et l'Etat.

Parallèlement, l'article 60 de la LFSS pour 2017 a mis en place un dispositif de recueil des informations relatives aux victimes prises en charge dans le système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle. Les données nécessaires seront recueillies par les établissements de santé et transmises aux autorités compétentes, notamment les agences régionales de santé et les agents désignés au sein des ministères concernés.

Le décret en Conseil d'Etat précisant la nature des données recueillies et les modalités de leur transmission est en phase d'échange avec la CNIL, dont l'avis devrait être rendu à l'automne 2017. La saisine du Conseil d'Etat suivra. Ce projet de texte s'inscrit dans le projet global du gouvernement de constituer un SI interministériel unique permettant le dénombrement, l'identification et le suivi des victimes.

Article 61 : Renvoyer au décret la définition de la prise en compte de certains revenus pour l'accès à la CMU-C et à l'ACS

En application de l'article 61, le décret n° 2017-533 du 12 avril 2017 portant simplification de l'accès à la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé est venu préciser les conditions selon lesquelles les revenus du capital non imposables (intérêts sur les livrets A, sur les livrets jeunes, sur le plan-épargne logement ou sur le livret développement durable) sont exclus de la condition de ressources applicable pour l'attribution de la CMU-c et de l'ACS. Il a modifié également la période de référence pour prendre en compte les revenus des capitaux imposables perçus lors de l'avant-dernière année civile et non plus des douze derniers mois précédant la demande.

Article 62 : Continuité des droits à la prise en charge des frais de santé et au service des prestations en espèces en cas de changement de situation professionnelle

Dans le prolongement de la mise en œuvre de la protection universelle maladie (PUMA) instaurée le 1er janvier 2016, cet article vise à garantir aux assurés la continuité effective des droits en cas de changement d'activité professionnelle, notamment pour les travailleurs saisonniers. Le présent article :

- réaffirme l'absence d'interruption de la prise en charge des frais de santé de l'assuré et du service des prestations en espèces en cas de changement d'organisme de sécurité sociale (l'organisme « cédant » ne coupe pas les droits tant que le nouvel organisme n'a pas pris le relais) ;
- permet à l'assuré de changer de régime ou de rester dans son régime s'il prend un contrat de courte durée. L'assuré dispose ainsi d'un droit d'option lui permettant de choisir son régime d'affiliation notamment dans les cas où il enchaîne des contrats de courtes durées relevant du régime général et de la MSA.

Dans ce cas, le régime choisi sera chargé non seulement du remboursement des frais de santé mais également du service des indemnités journalières dues au titre de la maladie ou de la maternité. L'assuré disposera ainsi d'un interlocuteur unique pour le remboursement des frais de santé et le service des prestations en espèces.

Les modalités de mise en œuvre de cette mesure, notamment la durée des contrats en deçà de laquelle l'assuré prend l'initiative de sa mutation et les modalités de calcul de l'indemnité journalière dans le cadre de la liquidation unique seront précisées par décret en cours de finalisation.

Article 63 : Mesures d'alignement, en matière d'assurance maladie et d'accidents du travail, des régimes agricoles, non-salariés et salariés, sur certaines dispositions applicables au régime social des indépendants ou au régime général

L'article 63 étend le temps partiel thérapeutique aux non-salariés agricoles.

Le temps partiel thérapeutique permet à un assuré qui peut difficilement assumer l'ensemble de son activité, compte tenu de son état de santé, d'adapter son temps de travail à la pathologie dont il est atteint grâce à une reprise du travail progressive jusqu'à son complet rétablissement.

Les non-salariés agricoles, contrairement aux salariés et aux travailleurs indépendants, ne pouvaient pas en bénéficier. En effet, la LFSS pour 2016 avait étendu le temps partiel thérapeutique aux travailleurs indépendants relevant du RSI à compter du 1er janvier 2017. La LFSS pour 2017 étend à son tour aux non-salariés agricoles la possibilité de reprendre leur activité à temps partiel pour motif thérapeutique, tout en percevant une indemnité journalière (IJ) servie, soit au titre de la maladie, soit au titre des accidents du travail et maladies professionnelles en cas de reprise d'un travail léger.

Un décret fixera le montant de ces indemnités journalières et les modalités concernant la durée de versement de l'indemnité journalière maladie ainsi que celle de l'indemnité journalière accident du travail et maladies professionnelles.

Article 64 : Précisions suite à la mise en place de la protection universelle maladie

La mise en œuvre de la protection universelle maladie (PUMa) au 1er janvier 2016 a permis de garantir l'universalité et la continuité des droits en cas de maladie. Elle a permis de simplifier la vie des assurés sociaux, en réduisant les démarches administratives au strict nécessaire, ainsi qu'en limitant au maximum les cas de mutations entre régimes pour le bénéfice des prestations universelles.

Le présent article vise à toiletter et à mettre en cohérence certaines dispositions du code de la sécurité sociale (CSS). Il réhabilite des dispositions malencontreusement abrogées et apporte des précisions omises lors de l'adoption de la LFSS pour 2016. Le présent article procède également à un toilettage de certains articles suite à la mise en place de certaines réformes en 2016 ayant un lien indirect avec la PUMa.

Principalement, cet article permet de tirer les conséquences des précisions apportées aux notions d'immatriculation et d'affiliation par la réforme de la PUMa, qui relèvent désormais du niveau réglementaire. Le présent article prend également acte des changements intervenus dans des modalités d'appréciation du critère de résidence.

Par ailleurs, cet article permet de prolonger, à titre transitoire et dans la limite d'un an, les droits à la prise en charge des frais de santé de personnes qui se trouvent dans certaines situations particulières générant des ruptures de droits. Le décret en conseil d'Etat n° 2017-240 du 24 février 2017 relatif au contrôle des conditions permettant de bénéficier de la protection universelle maladie a précisé les modalités de mise en œuvre de cette disposition (article R.111-4 du code de la sécurité sociale).

Enfin, le présent article adapte les conditions d'affiliation au régime local d'Alsace Moselle pour rendre notre législation compatible avec le droit européen et répondre à la Commission européenne qui a engagé contre la France une procédure pré-contentieuse (L. 325-1).

Le décret n° 2017-736 du 3 mai 2017 relatif aux règles d'identification, d'affiliation et de rattachement des bénéficiaires des prestations de sécurité sociale et portant modifications de diverses dispositions relatives à l'assurance maladie a tiré les conséquences de l'article 64 en procédant en conséquence au toilettage la partie réglementaire du code de la sécurité sociale.

Article 65 : Possibilité de demander la pension d'invalidité jusqu'à un an après avoir été radié du Régime social des indépendants (RSI - maintien de droit)

Cet article vise à permettre, sous certaines conditions, aux artisans et commerçants qui cessent de remplir les conditions pour relever du RSI, de bénéficier d'un maintien de leur droit pendant 1 an aux prestations d'invalidité et décès du régime social des indépendants, comme les salariés aujourd'hui. Cette mesure leur a ouvert la possibilité de faire une demande de pension d'invalidité pendant cette période.

Cette disposition ne nécessitait pas de mesure d'application.

Article 66 : Expérimentation permettant de financer sur le FIR la vaccination contre la grippe par les pharmaciens

Cet article a pour objet d'expérimenter pour trois ans la vaccination contre la grippe saisonnière par les pharmaciens d'officine.

Le décret n°2017-985 du 10 mai 2017 relatif à l'expérimentation de l'administration par les pharmaciens du vaccin contre la grippe saisonnière, pris en application de cet article, précise les modalités de participation des pharmaciens, les modalités d'administration du vaccin, les conditions techniques de réalisation, la formation préalable exigée du pharmacien pour réaliser la vaccination, les conditions de traçabilité de la vaccination. Il détermine en outre la rémunération due pour la vaccination et la participation à l'expérimentation, ainsi que les modalités de financement de celle-ci.

Le décret renvoie par ailleurs à un arrêté du 10 mai 2017 pris en application de l'article 66 de la loi n°2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, qui précise les deux régions

concernées par l'expérimentation (Auvergne-Rhône-Alpes et Nouvelle Aquitaine) et le cahier des charges à respecter pour être autorisé par le directeur général d'ARS à vacciner. Il précise également la population cible et prévoit l'accessibilité aux pharmaciens d'une plateforme développée par l'Ordre national des pharmaciens.

Article 68 : Expérimentation portant sur la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes de 6 à 21 ans

L'article 68, autorise, à titre expérimental, la prise en charge d'un forfait de douze consultations réalisées par des psychologues libéraux, auprès des jeunes de 6 à 21 ans en souffrance psychique. Ces expérimentations financées par les crédits du fonds d'intervention régional et d'une durée maximale de quatre ans, sont destinées à améliorer l'accès aux soins de santé mentale, en organisant le parcours du jeune patient et la coordination entre les médecins traitants (médecins généralistes ou pédiatres), les psychologues, les professionnels de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur et les maisons des adolescents.

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ont fixé par arrêté du 5 mai 2017 la liste des territoires retenus pour les expérimentations au sein des régions Ile-de-France, Pays de la Loire et Grand-est.

Un premier décret n° 2017-813 du 5 mai 2017 précise les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de ces expérimentations pour les 11-21 ans. Il prévoit à cet effet la signature d'une convention entre la maison des adolescents, le directeur général de l'agence régionale de santé et le recteur d'académie et la réalisation d'un bilan annuel de l'expérimentation. Il renvoie à un cahier des charges pris par arrêté des ministres chargés de l'éducation nationale, de la santé et de la sécurité sociale, le soin de fixer les modalités du pilotage national et régional de l'expérimentation, le contenu de la charte de l'expérimentation pour les médecins et les psychologues, les modalités de financement, les modalités du parcours du jeune, ainsi que le suivi et l'évaluation de l'expérimentation. Cet arrêté est en cours de rédaction.

Les travaux préalables n'ont pas permis d'initier dès à présent des expérimentations pour les 6-10 ans mais leur lancement nécessitera la publication d'un second volet du décret pour cette tranche d'âge.

Un rapport d'évaluation des expérimentations sera réalisé par le Gouvernement au terme des expérimentations et transmis au Parlement.

Article 69 : Extension des missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue (CAARUD)

L'article 69 permet la délivrance par les CAARUD de produits de santé correspondant à leurs missions et notamment la délivrance aux usagers identifiés à risque ainsi qu'aux personnes de leur entourage de certains traitements simples, efficaces et sûrs en cas de surdose d'opiacés, sans passer par une prescription médicale.

Le décret d'application n°2017-1003 du 10 mai 2017 relatif à la délivrance de médicaments dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques en direction des usagers de drogues fixe notamment les conditions de stockage des médicaments dans les CAARUD et les modalités de traçabilité des produits délivrés. Il précise également les personnels autorisés à délivrer ces traitements dont la liste a été fixée par l'arrêté du 5 mai 2017 (naloxone) ainsi que la formation préalable nécessaire.

Article 70 : Création d'un fonds national de la démocratie en santé

L'article 70 a créé le fonds national pour la démocratie sanitaire (FNDS) au sein de la CNAMTS auquel est affecté, un prélèvement annuel de 0,11 % sur la part du produit du droit de consommation sur les tabacs, sauf en 2017 où le taux est ramené à 0,07%.

Ce fonds a pour objet de financer :

- le fonctionnement et les activités de l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS). Le décret n° 2017-90 du 26 janvier 2017 relatif à l'UNAASS rappelle que les ressources de l'Union sont notamment constituées par une dotation de la CNAMTS au titre du FNDS ;

- la formation de base des représentants des usagers délivrée par les associations nationales habilitées. L'arrêté du 4 juillet 2017 de la ministre des solidarités et de santé a habilité six associations pour trois ans.

Le fonds peut également financer des actions de ces associations ou d'organismes publics développant des activités de recherche et de formation consacrées au thème de la démocratie sanitaire ainsi que des appels à projets nationaux portant sur ces sujets.

Les montants attribués aux bénéficiaires du fonds seront fixés par arrêté annuel des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget en application du présent article.

Le décret d'application n° 2017-709 relatif au Fonds national pour la démocratie sanitaire a été publié le 2 mai 2017 et précise notamment qu'une convention financière sera signée avec chaque bénéficiaire du fonds.

3.4.2. Chapitre II : Promouvoir les parcours de soins

Article 72 : Création d'un avantage financier durant le congé maternité/paternité des médecins conventionnés secteur 1 ou adhérents au contrat d'accès aux soins

Cet article permet aux médecins libéraux exerçant à tarifs opposables et maîtrisés de bénéficier d'une aide financière complémentaire en cas d'interruption de leur activité pour cause de maternité, paternité ou adoption. L'avenant n°3 à la convention des médecins libéraux approuvé par avis du ministre de la santé et de la sécurité sociale du 29 avril 2017 intègre cet avantage financier à la convention et l'étend aux praticiens exerçants en secteur 2.

Cette mesure entrera en vigueur six mois après sa publication au JORF, soit le 29 octobre 2017. Elle permettra aux médecins libéraux exerçant à tarifs opposables et maîtrisés de disposer d'une aide financière complémentaire d'un montant de 3 100€ par mois pendant trois mois maximum en cas de maternité ou d'adoption et de 1 116€ pour le congé paternité, le montant étant proratisé en fonction du temps de travail. Cette aide financière est réduite au deux tiers de l'aide de base pour les médecins exerçant en secteur 2.

Article 73 : Médecin remplaçant en zone sous dense

Cet article permet aux étudiants et jeunes médecins exerçant à titre de remplaçants d'exercer leur activité libérale en zones sous-denses en contrepartie, d'une part, d'un appui à la gestion de leur remplacement par les ARS, et, d'autre part, d'une rémunération forfaitaire destinée à compenser leurs périodes de disponibilité entre deux contrats de remplacement ainsi que d'une rémunération additionnelle en cas d'interruption de leur activité pour cause de maladie, maternité ou paternité.

Le décret n°2017-703 du 2 mai 2017 crée le contrat de praticien territorial médical de remplacement (PTMR) dont le contrat-type est défini par un arrêté du 3 mai 2017. Leur nombre est fixé à 200 pour l'année 2017 et leur répartition géographique est prévue par un arrêté du 3 mai 2017. Une instruction ministérielle à destination des ARS est en cours de publication.

Article 74 : Permettre la révision des engagements prévus dans la ROSP sans passer par un avenant conventionnel

L'article 74 permet la révision des indicateurs de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), au cours de la durée de la convention médicale, sans recourir à un avenant à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie du 25 août 2016. Cette mesure vise, en élargissant les compétences des partenaires conventionnels, à adapter et actualiser les indicateurs de suivi de la ROSP de manière réactive, en tenant compte des données de la science.

L'avenant n°2 à la convention médicale approuvé par avis du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale du 29 avril 2017 intègre dans la convention la référence à la nouvelle base légale instauré par l'article 74 concernant la procédure de révision de la ROSP. Les révisions, une fois adoptées en Commission Paritaire Nationale, pourront dès lors être mises en œuvre par décision du directeur général de l'UNCAM.

Article 75 : Règlement arbitral en l'absence d'avenant conventionnel signé au 1er février 2017 pour les chirurgiens-dentistes

L'article 75 de la LFSS pour 2017, en dérogeant à l'article L. 162-14-2 du CSS, a prévu qu'à défaut de signature d'un avenant avant le 1er février 2017, un arbitre arrête un projet de convention se substituant à la convention dentaire en vigueur mais n'en modifiant le contenu que pour un nombre limité de dispositions : la modification des tarifs, d'une part, la mise en place d'une limitation sur tout ou partie des dépassements autorisés d'autre part.

Les négociations entre l'UNCAM et les syndicats de chirurgiens-dentistes ayant échoué en janvier 2017, un projet de règlement arbitral établi par M. Bertrand Fragonard, approuvé par arrêté du 29 mars 2017, est entré en vigueur au 1er avril 2017. Ce règlement prévoit notamment un plafonnement progressif des soins prothétiques à compter du 1er janvier 2018 en contrepartie d'un relèvement des bases de remboursement et surtout de revalorisations relativement importantes des soins conservateurs et à destination des publics fragiles.

Au cours des derniers mois, les chirurgiens-dentistes ont fortement contesté ce règlement arbitral. Aussi, le PLFSS comporte une disposition visant à reporter d'un an le plafonnement et les revalorisations prévus dans le règlement arbitral, afin de favoriser la conduite de négociations conventionnelles à compter du mois de septembre 2017.

Article 76 : Extension du droit d'opposition à la convention nationale pharmaceutique

Cet article permet d'étendre la procédure de règlement arbitral, déjà en vigueur pour plusieurs professions de santé, à la convention passée entre l'assurance maladie et les organisations syndicales représentatives des pharmaciens d'officine.

Cette disposition ne nécessitait pas de mesure d'application.

Article 77 : Adaptation des dispositions sur le contrat responsable aux évolutions de la convention médicale d'août 2016 et aux éventuelles évolutions futures

Le présent article vise à inclure dans le contenu des contrats responsables l'ensemble des dispositifs conventionnels de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la dernière convention médicale du 25 août 2016, c'est-à-dire les nouvelles options OPTAM et l'OPTAM-CO, et à y maintenir le contrat d'accès aux soins (CAS) qui pourra produire des effets jusqu'au 31 août 2017. L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale a donc été modifié pour inclure l'ensemble de ces dispositifs grâce à une formulation générale permettant de les englober sans les désigner précisément. Il prévoit donc désormais une modulation de la prise en charge au sein des contrats responsables en fonction de l'adhésion ou non du médecin consulté à tout dispositif conventionnel de maîtrise des dépassements d'honoraires.

Le décret en Conseil d'Etat n° 2017-736 du 3 mai 2017 relatif aux règles d'identification, d'affiliation et de rattachement des bénéficiaires des prestations de sécurité sociale et portant modifications de diverses dispositions relatives à l'assurance maladie a également modifié la disposition réglementaire concernée par cette mesure législative (article R.871-2 du code de la sécurité sociale).

Article 78 : Présentation d'un rapport sur le coût et les conséquences de l'extension de l'aide maternité aux professions de santé libérales, et à l'ensemble des professions libérales

Des aides conventionnelles maternité, adoption et paternité ont été mises en œuvre pour les médecins libéraux exerçant à tarifs opposables et maîtrisés ainsi qu'aux médecins exerçants en secteur 2 dans le cadre de la convention médicale de 2016. Ces aides conventionnelles maternité et paternité entreront en vigueur à compter du 29 octobre 2017. A cette date, en plus des prestations sociales prévues par le code de la sécurité sociale (indemnités journalières et allocations de repos maternel), les médecins de secteur 1 bénéficieront de 3 100€ par mois pendant trois mois dans le cadre de leur congé maternité. Les médecins de secteur 2 bénéficieront également de cette aide à hauteur de 2 066€ par mois pendant trois mois.

Dans le cadre de la mise en place de cette aide maternité pour les médecins, la LFSS pour 2017 prévoit également la remise d'un rapport relatif au coût et aux conséquences de l'extension de cette aide à l'ensemble des professions médicales et paramédicales libérales. A ce jour, ce rapport n'a pas encore été remis, les réflexions sur le congé maternité des professions médicales s'inscrivant plus largement dans le cadre des travaux en cours sur le congé maternité unique pour l'ensemble des assurées quelle que soit leur profession.

Article 79 : Rénovation du modèle de financement des établissements de santé

L'article 79 de la LFSS pour 2017 porte différentes mesures visant à rénover et adapter le modèle de financement des établissements de santé aux enjeux actuels de l'offre de soins.

En premier lieu, cet article entend lever certains freins au virage ambulatoire. A ce titre, il a introduit dans le modèle de financement des établissements de santé un niveau de tarification entre prises en charge externes et hospitalisation de jour. Cette prestation dite « intermédiaire » a pour objet de mieux valoriser le travail pluri-professionnel, associant professionnels médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs, pour la prise en charge de maladies chroniques.

La mesure permet par ailleurs l'introduction de vecteurs adaptés pour l'administration et la facturation en environnement hospitalier, sans hospitalisation formelle du patient, des produits réservés à usage hospitalier.

Cet article pose également les bases de la réforme du modèle de financement des unités de soins critiques (réanimation, surveillance continue et soins intensifs) en introduisant, pour ces dernières, le principe d'une dotation complémentaire aux recettes d'activité.

Enfin, la mesure introduit différents dispositifs complémentaires visant à adapter le cadre juridique actuel pour tenir compte de plusieurs difficultés relayées par les acteurs de terrain. L'article 79 prévoit ainsi d'adapter les modalités de contrôle de la tarification à l'activité aux spécificités des activités d'hospitalisation à domicile (possibilité de minorer le montant de l'indu constaté par les services de l'assurance maladie) et le dispositif de financement des activités isolées à la situation spécifique des établissements de santé en situation d'insularité.

L'article 79 de la LFSS pour 2017 a donné lieu à la publication d'un décret en Conseil d'Etat (décret n°2017-247 du 27 février 2017 relatif à l'adaptation des règles de financement des établissements de santé). Ce décret définit notamment les caractéristiques et les règles de facturation de la « prestation intermédiaire » et des vecteurs de facturation des produits de la réserve hospitalière en environnement hospitalier. Il adapte par ailleurs les dispositions réglementaires du code de la sécurité sociale pour tenir compte des évolutions concernant le financement des activités de soins critiques, des activités isolées et des modalités de contrôle de la tarification à l'activité en HAD.

Outre ce décret en Conseil d'Etat, l'article 79 a donné lieu à la publication d'un arrêté introduisant la prestation intermédiaire et les vecteurs de facturation des produits de la réserve hospitalière au sein de l'arrêté relatif aux prestations hospitalières prises en charge par l'assurance maladie (arrêté du 19 février 2015 modifié).

Un arrêté fixant le taux de minoration des indus constatés lors des contrôles de la tarification à l'activité, pour les structures d'hospitalisation à domicile fait actuellement l'objet d'une concertation et sera prochainement publié.

Article 80 : Financement des transports inter-établissements sur le budget des établissements de santé

Cette mesure est venue engager un processus de simplification de la réglementation des transports sanitaires prescrits par les acteurs hospitaliers, en uniformisant le vecteur de financement des prescriptions de transports au sein d'un établissement de santé ou entre deux établissements de santé (soit les tarifs ou dotations de l'établissement prescripteur).

Cette disposition nécessite un décret d'application qui devrait être publié au cours du second semestre 2017.

Article 81 : Autorisation pour pratiquer des greffes exceptionnelles et prise en charge forfaitaire

Cette mesure prévoit de nouvelles dispositions pour faciliter la réalisation de greffes exceptionnelles, dont notamment l'allogreffe d'avant-bras. En application de cet article, l'agence régionale de santé pourra après avis conforme d'un comité national constitué à cet effet, autoriser un établissement de santé à pratiquer une activité de greffe exceptionnelle d'organes, ou de tissus ou de greffe composite exceptionnelle de tissus vascularisés. La prise en charge de chaque greffe exceptionnelle fera l'objet d'un forfait incluant notamment les frais d'hospitalisation, les produits de santé ou des prestations associées.

Un projet de décret en Conseil d'Etat est en cours d'élaboration. Celui-ci définit les conditions et modalités d'autorisation ainsi que les règles relatives à la constitution, à la composition et au fonctionnement du comité national prévu au 1er alinéa de l'article 81.

Article 82 : Adaptation du modèle de financement des soins de suite et de réadaptation

L'article 82 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a pour objectif d'ajuster l'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 qui avait permis d'instaurer le nouveau modèle de financement des activités de soins de suite et de réadaptation. En effet, la poursuite des différents travaux techniques ainsi que les recommandations formulées par le Dr. Olivier Véran dans le cadre de sa mission sur l'évolution du modèle de financement rendaient nécessaires l'adaptation du modèle de financement initialement prévu.

A ce titre, l'article 82 a permis l'ajustement de la montée en charge du modèle de financement de manière à garantir sa mise en œuvre en 2017 dans des conditions optimales, en permettant aux acteurs de s'adapter progressivement aux nouvelles modalités de financement. Ainsi, une période transitoire du 1er mars 2017 au 28 février 2018 a été mise en place, qui combine les anciennes modalités de financement des établissements et le dispositif prévu par la réforme : la dotation modulée à l'activité.

Les modalités de montée en charge des compartiments complémentaires relatifs aux molécules onéreuses et aux plateaux techniques spécialisés ont également été ajustées afin de permettre la poursuite des travaux techniques nécessaires à leur mise en œuvre et de garantir leur entrée en vigueur dans les meilleures conditions.

Egalement, l'article 82 a permis l'ouverture du dispositif hôpitaux de proximité aux établissements de soins de suite et de réadaptation, afin de prendre en compte leur rôle et leurs spécificités.

S'agissant des mesures d'application, l'article 78 de la LFSS pour 2016 modifié par l'article 82 de la LFSS pour 2017 a donné lieu à la publication du décret en Conseil d'Etat n°2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation. Ce décret prévoit les modalités de financement des établissements de soins de suite et de réadaptation et comporte deux dispositifs principaux :

Le dispositif cible : le décret définit les modalités cible de financement des établissements de SSR, codifiées aux articles R. 162-34 et suivants du code de la sécurité sociale ;

Le dispositif transitoire : le décret définit l'ensemble des modalités transitoires de financement, soit la mise en œuvre combinée des anciennes et des nouvelles modalités de financement ainsi que les différents coefficients applicables.

Par ailleurs, l'ensemble des arrêtés relatifs à la campagne tarifaire 2017 des établissements de soins de suite et de réadaptation a été pris selon les modalités prévues par le dispositif transitoire de la LFSS pour 2017. Peuvent notamment être cités les arrêtés suivants :

- Arrêté du 5 mai 2017 fixant la classification et les modalités de prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et pris pour l'application de l'article R. 162-34-1 du même code ;
- Arrêté du 5 mai 2017 fixant pour l'année 2017 les éléments tarifaires mentionnés aux 1 à 3 du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et aux 2° et 4° du E du III de l'article 78 modifié de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 ;

- Arrêté du 5 mai 2017 modifiant l'arrêté du 23 janvier 2008 modifié relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale.

Article 83 : Rapport sur l'avancement de la réforme de l'hospitalisation à domicile

Le rapport annuel au parlement sur le financement des établissements de santé, qui sera remis au parlement le 15 septembre prochain, comportera en 2017 un point spécifique sur les perspectives d'évolution des modalités de financement de l'activité d'hospitalisation à domicile et en particulier sur le calendrier de déploiement de la réforme.

Article 84 : Facturation en sus des honoraires des salariés des établissements thermaux

La mesure portée par amendement s'inscrivait dans le cadre des recommandations du rapport du Comité d'Évaluation et de contrôle des politiques publiques (CEC) sur le soutien public au thermalisme, remis en juin 2016. Ce rapport souligne notamment que le mode d'exercice salarié pourrait attirer certains médecins vers l'exercice de la médecine thermale. En effet, l'exercice libéral en médecine thermale subit les aléas de la fréquentation annuelle des stations thermales. Outre les aléas de fréquentation, la mixité actuelle des circuits de facturation (par les établissements thermaux pour les forfaits, par les médecins thermaux s'agissant des actes réalisés au sein des établissements thermaux), contribue à complexifier le système de prise en charge financière.

Afin de rendre plus attractif l'exercice de la médecine en établissement thermal, la mesure permet aux établissements thermaux de facturer directement à l'assurance maladie les actes réalisés par les médecins (uniquement les médecins) qu'ils salarient. La mesure est codifiée à l'article L. 162-1-7-3 du CSS. Elle est d'application directe.

Article 87 : Rapport au Parlement, avant le 1er juillet 2017, sur l'usage de l'enveloppement corporel humide ("packing")

A été votée en LFSS pour 2017 une mesure visant à transmettre au Parlement un rapport sur l'usage de l'enveloppement corporel humide – dit packing – dans le secteur sanitaire.

Pour rappel, le packing est une technique utilisée dans la prise en charge des enfants avec autisme ou autre TED (troubles envahissants du développement), qui consiste à envelopper un enfant dans des serviettes humides froides puis chaudes. Les autorités françaises n'ignorent pas les débats et polémiques souvent vifs qui entourent cette technique.

Afin d'évaluer la pertinence du packing chez les enfants et adolescents souffrants de troubles autistiques avec troubles graves du comportement un Projet Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) a été financé en 2008 par le Ministère de la santé.

En 2009, le Ministère de la santé a saisi la commission spécialisée sur la sécurité des patients du Haut Conseil de santé publique pour se prononcer sur les « risques associés à la pratique du packing pour les patients mineurs atteints de troubles envahissants du développement sévères ». Dans son avis rendu en février 2010, la commission indique qu'il s'agit d'une pratique rare, généralement réservée à des cas gravissimes et utilisée le plus souvent en dernier recours dans des cas d'auto ou hétéro agressivité, d'agitation extrême ou de catatonie. A ce titre, le Haut Conseil indiquait que le projet de recherche clinique autorisé dans le cadre du PHRC est utile et attendu.

Dans une recommandation de mars 2012 intitulée « autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent », la Haute autorité de santé (HAS) et l'Agence Nationale de l'Évaluation de la qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) indiquent : « En l'absence de données relatives à son efficacité ou à sa sécurité, du fait des questions éthiques soulevées par cette pratique et de l'indécision des experts en raison d'une extrême divergence de leurs avis, il n'est pas possible de conclure à la pertinence d'éventuelles indications des enveloppements corporels humides (dits packing), même restreintes à un recours ultime et exceptionnel. En dehors de protocoles de recherche autorisés respectant la totalité des

conditions définies par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), la HAS et l'ANESM sont formellement opposées à l'utilisation de cette pratique» .

Dans ces conditions, le Ministère :

- veille à la mise en œuvre et au respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par la HAS et l'ANESM, et la diffusion de l'état des connaissances actualisées sur les troubles envahissant du développement (TED) dans les établissements de santé et les structures médico-sociales. Les recommandations de la HAS et de l'ANESM constituent un des socles du 3ème plan autisme (2013/2017) et du 4ème plan à venir ;
- encourage la poursuite des recherches menées selon les recommandations de la HAS et de l'ANESM, notamment sur les différents types d'intervention auprès d'enfants, d'adolescents ou d'adultes avec TED.

Suivant les résultats du programme de recherche concernant le packing, et à condition que les résultats soient scientifiquement validés, le Ministère des solidarités et de la santé prendra les décisions nécessaires concernant cette technique dans les prises en charge de patients.

Article 88 : Rapport sur la prise en charge hospitalière des personnes handicapées et les conditions de revalorisation des tarifs appliqués à cette prise en charge

Le rapport annuel au Parlement sur le financement des établissements de santé, qui sera remis au parlement le 15 septembre prochain, comportera en 2017 un point spécifique sur la prise en charge hospitalière des personnes handicapées et sur les conditions de revalorisation des tarifs appliqués à cette prise en charge.

Article 89 : Accompagnement des réformes de la tarification dans le secteur médico-social

Le financement des établissements et services médico-sociaux a fait l'objet de réformes structurelles qui visent, via la rénovation du cadre contractuel et une plus grande efficacité des financements, à améliorer le pilotage du secteur et l'adéquation entre les moyens alloués et les besoins des publics pris en charge. Certains ajustements nécessaires ont été portés par l'article 89. Il a ainsi permis de généraliser les contrats pluriannuels d'objectifs et moyen (CPOM) pour les ESMS des champs des personnes âgées et des personnes handicapées, de mettre en place un nouveau cadre de présentation budgétaire, l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et de réformer les règles d'allocation de ressources pour tous les EHPAD.

Plusieurs textes sont venus préciser les modalités de mise en œuvre des réformes de la tarification et de la contractualisation dans le secteur médico-social :

- Le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles ;
- Le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- L'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.
- 3 instructions explicatives (DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017, DGCS/SD5C/2017/123 du 7 avril 2017, DGCS/SD5C/CNSA/2017/207 du 19 juin 2017).

En outre, la réforme constitue un véritable changement de paradigme et a nécessité un accompagnement des équipes techniques au sein des autorités de tarification mais également dans les établissements. Des formations à destination des ARS et des conseils départementaux ont été organisées conjointement par la DGCS, la CNSA et l'EHESP afin d'accompagner les équipes. Un nouveau système d'information a été déployé par la CNSA suite à la mise en place de l'EPRD, le SI a pu être effectif dès 2017.

Article 91 : Prorogation et élargissement du cadre des expérimentations de télémédecine

La présente mesure a pour objet d'apporter des réponses aux difficultés et lenteurs rencontrées dans le cadre du déploiement de l'activité de télémédecine (moins de 100 actes ont fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie), et de mettre en place un processus de simplification pour sa mise en œuvre. Elle prévoit :

La suppression du mécanisme de conventionnement, afin d'alléger les procédures administratives préalables à l'entrée dans l'expérimentation ;

Un élargissement du périmètre géographique à l'ensemble du territoire où s'applique le droit de la sécurité sociale, de manière à pouvoir disposer de données suffisamment riches pour réaliser l'évaluation ;

Un prolongement d'un an, également dans l'objectif de disposer d'un nombre suffisant de données et du temps nécessaire à leur exploitation en vue d'une généralisation ;

La possibilité pour les établissements de santé de participer à l'expérimentation (pour les patients non hospitalisés) afin d'élargir le nombre de professionnels et de patients éligibles, et de pouvoir analyser les éventuelles spécificités liées à ce mode de prise en charge ;

La possibilité de financer les surcoûts supportés par les structures requérantes, pour lesquelles les premiers travaux ont montré qu'en phase expérimentale, ces surcoûts représentaient un frein réel ;

En cohérence avec la simplification du modèle d'évaluation de l'expérimentation, cette mesure prévoit enfin que la Haute Autorité de santé puisse valider l'évaluation plutôt que la réaliser elle-même, dès lors que cela ne correspond pas à ses actuelles compétences et pourrait la mettre en situation d'être juge et partie à l'étape de l'évaluation des actes et dispositifs médicaux en vue du remboursement. La date de remise du rapport d'évaluation est décalée en cohérence avec la prolongation de l'expérimentation.

Les expérimentations ont été élargies à l'activité de télésurveillance avec la publication de quatre cahiers des charges relatifs à la télésurveillance des patients atteints d'insuffisance cardiaque, d'insuffisance rénale, d'insuffisance respiratoire et de diabète, par arrêtés du 15 décembre 2016 et du 25 avril 2017. Par ailleurs, l'arrêté fixant le financement forfaitaire attribué aux structures mettant en œuvre une activité de téléconsultation sur le fondement de l'article 91 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 prévoit le financement des surcoûts supportés par les structures accueillant les patients dans le cadre des téléconsultations.

Article 92 : Observance et tarification des dispositifs médicaux

Cet article autorise, avec l'accord du patient, la transmission de données relatives à l'utilisation de certains dispositifs médicaux dans le cadre d'affections chroniques, ainsi qu'une tarification différenciée en fonction des données collectées, afin d'inciter les prestataires à trouver rapidement des solutions adaptées pour les personnes auprès desquelles ils interviennent.

Le décret n°2017-809 du 5 mai 2017 relatif aux dispositifs médicaux remboursables utilisés dans le cadre de certains traitements d'affections chroniques précise les conditions de mise en œuvre du recueil d'informations. Il définit notamment les conditions d'une modulation tarifaire éventuelle en fonction du niveau d'utilisation constaté du dispositif médical, sans augmentation de la participation de l'assuré en cas de moindre observance. Il précise également les modalités de transmission des données, recueillies par les prestataires de service et distributeurs de matériels, au service du contrôle médical de l'assurance maladie et éventuellement au médecin prescripteur.

Un arrêté fixant la liste des traitements d'affections chroniques mentionnées à l'article L. 165-1-3 du code de la sécurité sociale est en cours de rédaction.

Article 93 : Prolongation des expérimentations « article 70 » relatives au parcours de soins des personnes âgées

Cet article proroge la durée des expérimentations prévues par les articles 70 de la LFSS 2012 et 48 de la LFSS 2013 jusqu'au 31 décembre 2018 afin de disposer d'une durée d'expérimentation complète et

suffisante pour mettre en œuvre intégralement les projets, de prendre en compte les adaptations réalisées et de permettre une durée suffisante d'expérimentation en vue de son évaluation.

Cet article est d'application immédiate.

Article 94 : Expérimentation permettant de financer le parcours de soins de patients souffrant de douleurs chroniques (type fibromyalgie) à compter du 1er janvier 2017

L'article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 prévoit que « L'Etat peut autoriser, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, le financement par le fonds d'intervention régional (FIR) mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique des parcours de soins et de la prise en charge des personnes souffrant de douleurs chroniques dans le cadre de projets pilotes. »

Cet article mentionne par ailleurs que « La définition du parcours de soins prend notamment appui sur un référentiel établi par la Haute Autorité de santé. »

La Haute autorité de santé vient d'inscrire à son programme de travail 2017, à la demande de la DGOS, la production de « recommandations relatives au processus standard de prise en charge des patients douloureux chroniques pour une collaboration optimale entre ville et structures de recours ».

Ces recommandations prévues pour une publication fin 2017 sont nécessaires pour la production du décret en Conseil d'Etat qui régira l'expérimentation et la définition du financement FIR correspondant.

3.4.3. Chapitre III : Garantir la pertinence des prises en charge

Article 95 : Création d'un fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique

Cette mesure crée un fonds de financement pour l'innovation pharmaceutique, placé au sein de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et destiné à prendre en charge les dépenses de la liste en sus, des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) et de post-ATU et les dépenses de rétrocession, en se substituant comptablement à chacun des régimes d'assurance maladie.

La mesure prévoit que le FFIP recevra une dotation annuelle de l'assurance maladie comptabilisée au sein de l'ONDAM, ainsi que l'ensemble des remises conventionnelles liées aux produits dont les dépenses sont prises en charge par le fonds, et celles relatives aux dispositifs de régulation qui leur sont liés (W et Lh).

L'article prévoit également une dotation initiale de 876 millions d'euros.

Enfin, la mesure fixe des règles de pilotage destinées à assurer la pérennité du fonds, à savoir :

- l'interdiction pour le fonds d'être en déficit plus de trois fois sur une période de cinq ans ;
- l'interdiction de présenter un déficit supérieur à 25 % des réserves du fonds sur un exercice donné.
- de manière symétrique, le plafonnement des excédents du fonds à 25 % des réserves qu'il a consommées sur les exercices antérieurs, afin d'éviter un cumul d'excédents au-delà de la réserve initiale.

Cette disposition ne nécessite pas de mesure d'application.

Article 96 : Modification des conditions de prescription des médicaments biologiques

L'article visait à rendre possible en cours de traitement le changement d'un médicament biologique par un médicament biologique qui lui est similaire par le médecin prescripteur. L'article précise que ce dernier informe le patient de la spécificité des médicaments biologiques, le cas échéant, de la possibilité de substitution et qu'il met en œuvre la surveillance clinique nécessaire.

Cette disposition ne nécessite pas de mesure d'application.

Article 97 : Modification des conditions de prise en charge des médicaments faisant l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation ou dans le régime du « post-ATU »

La mesure avait pour objectif de permettre de prolonger la phase de « post-ATU » d'un médicament, indication par indication, jusqu'à ce qu'une décision sur leur prise en charge selon le droit commun

intervienne. Cette disposition permet de garantir la continuité des traitements de tous les patients bénéficiant de médicament sous ATU.

L'article a également permis de limiter l'impact budgétaire de la libre fixation du prix en ATU par les laboratoires, et étend notamment le champ de l'éventuel reversement dû par les laboratoires : le prix net négocié par le CEPS (et non plus le seul prix « facial ») s'appliquera à toute la prise en charge du médicament, même pendant la période ATU et post-ATU. Le juste prix devient la référence quel que soit le mode de prise en charge.

Enfin, l'article étendait les obligations de recueil d'information spécifique à ces médicaments jusqu'à la fin de la période dite de « post-ATU », renforçant ainsi la sécurité d'emploi de ces médicaments.

Le décret n° 2017-605 du 21 avril 2017 relatif à la procédure d'autorisation temporaire d'utilisation des médicaments et à la continuité de la prise en charge mentionnée à l'article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale a déterminé les modalités de continuité de prise en charge d'une indication bénéficiant du dispositif dit « post-ATU », dans le cas où la spécialité est inscrite au remboursement au titre d'une indication autre que celle liée à son autorisation de mise sur le marché. Il précise les modalités selon lesquelles sont identifiées les alternatives thérapeutiques à un médicament bénéficiant d'une ATU. Il définit la procédure relative à la pénalité financière applicable aux entreprises exploitant des médicaments remboursables par l'assurance maladie lorsqu'elles n'ont pas respecté certaines conditions liées à l'octroi d'une ATU.

Le décret n° 2017-707 du 2 mai 2017 relatif à la valeur maximale du délai de dépôt d'une demande d'autorisation de mise sur le marché faisant suite à une autorisation temporaire d'utilisation d'une ou plusieurs indications d'un médicament fixe la durée maximale de ce délai à un an à compter de la date d'octroi de l'autorisation temporaire d'utilisation.

Article 98 : Sécurisation des conditions de fixation et de modification des prix et tarifs des produits de santé

L'objet de l'article est de prévoir des critères spécifiques permettant de baisser les prix des médicaments, ainsi que les prix et tarifs des dispositifs médicaux et des prestations qui leur sont associées, ou de les fixer à un niveau plus bas que celui qui résulterait de la seule application des critères existants. Ces critères spécifiques sont les suivants :

- l'ancienneté des produits, ou la chute d'un brevet ;
- les prix, nets des remises, des produits ayant une même visée thérapeutique;
- le coût net pour l'assurance maladie de l'utilisation de traitements en association, pour évaluer une stratégie thérapeutique dans son ensemble ;
- les prix réellement proposés par les laboratoires et les fabricants aux établissements de santé qui, par le jeu de la concurrence dans le cadre de leurs marchés publics, obtiennent des baisses de prix ;
- les montants remboursés, prévus ou constatés par l'assurance maladie obligatoire pour un médicament et ceux ayant une même visée thérapeutique ;
- les prix pratiqués dans d'autres pays présentant une taille totale de marché comparable lorsqu'ils sont inférieurs à ceux fixés en France.

Le décret n° 2017-395 du 24 mars 2017 relatif aux pays européens de comparaison pour la fixation du prix des produits de santé remboursables par l'assurance maladie définit la liste des pays européens pouvant servir de comparaison (Allemagne, Espagne, Italie et Royaume-Uni). Cette liste est identique pour les médicaments et pour les dispositifs médicaux.

La mesure fixe également un cadre de négociations entre le CEPS et les fabricants de dispositifs médicaux et les distributeurs. Notamment pour les catégories de produits pour lesquels la prise en charge est permise lorsque certaines conditions minimales sont remplies, le CEPS est dorénavant fondé à appliquer un nouveau tarif par convention dès lors qu'un nombre suffisant de fabricants ou de distributeurs en sont d'accord.

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

Article 99 : Imagerie médicale

L'article 99 de la LFSS 2017 prévoit la création d'une commission des équipements matériels lourds d'imagerie médicale, chargée de rendre un avis motivé sur les propositions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie portant sur la tarification de l'activité d'imagerie médicale. La Cour des Comptes a récemment souligné la nécessité de réévaluer la tarification de l'activité d'imagerie qui apparaît aujourd'hui obsolète, en particulier s'agissant des forfaits techniques qui doivent faire l'objet d'une réactualisation au regard de l'état de la pratique et des gains de productivité réalisés. Les forfaits techniques représentent 1 Md€, soit le quart des dépenses totales d'imagerie, et sont pris en charge à 100% par l'assurance-maladie obligatoire.

L'article 99 de la LFSS 2017 crée ainsi une procédure spécifique permettant de faire évoluer la classification et les tarifs des forfaits techniques, qui rémunèrent actuellement les équipements matériels lourds d'imagerie médicale (scanners, IRM, tomographes à émission de positons). La commission créée par cet article a pour compétence d'émettre un avis consultatif sur les évolutions tarifaires à partir d'éléments présentés par le directeur général de l'UNCAM, sans préjudice des compétences des partenaires conventionnels. Les négociations conventionnelles sont préparées à échéances régulières par un état des lieux et des propositions présentées par le directeur général de l'UNCAM à la commission qu'il préside. La commission rend ensuite un avis sur les propositions d'évolution des rémunérations des équipements lourds d'imagerie.

L'arrêté prévoyant la composition et les règles de fonctionnement de la commission est en cours de publication. La première décision UNCAM prise sur le fondement de l'article 99 interviendra, au mieux, pour le 15 mai 2018 et ne s'appliquera donc pas en année pleine.

Article 100 : Fixation du montant de la participation au titre de l'exercice 2017 des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP et de l'ONIAM ; contribution de la CNSA au financement des ARS et des opérateurs

Cette mesure a permis de fixer le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) et de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) 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.

Cette mesure a également permis de transférer une partie des réserves du fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) et de l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) au sein du FMESPP, à titre exceptionnel pour l'année 2017, afin d'alléger la contrainte budgétaire pesant sur les établissements de santé dans le cadre de l'ONDAM 2017. 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.

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

3.6. Titre VI : Dispositions relatives à la gestion des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement ainsi qu'au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article 104 : Evolution des missions de la MSA

Le Service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (SASPA) est destiné à assurer la liquidation et le service du minimum vieillesse (allocation de solidarité aux personnes âgées : ASPA) en faveur des personnes qui ne relèvent d'aucun régime de base obligatoire d'assurance vieillesse. Il est géré actuellement par la Caisse des dépôts et consignations (CDC).

L'article 104 prévoit le transfert de sa gestion à la Mutualité sociale agricole (MSA) qui en tant que régime de base obligatoire, assure déjà le service et la liquidation de l'ASPA pour les personnes qui relèvent des régimes agricoles. Elle dispose à cet effet de personnels compétents et formés et de systèmes d'information adaptés.

L'objectif de la mesure est avant tout de permettre aux personnes relevant du SASPA donc ne relevant d'aucun autre régime d'assurance vieillesse, de bénéficier de l'accompagnement du réseau de la MSA pour introduire une demande de minimum social et en bénéficier dans des conditions optimales. La mesure participe de l'objectif de recherche d'efficacité de la sécurité sociale dans son ensemble, par mutualisation ou regroupement d'activités identiques ou connexes.

Un décret en cours de rédaction précisera les modalités de ce transfert qui devront également faire l'objet d'une convention entre la CDC et Caisse centrale de la mutualité sociale agricole de manière à sécuriser l'opération et s'assurer qu'elles soient respectueuses des contraintes de gestion des deux organismes. Le décret précisera également la date de transfert effectif du service qui interviendra au plus tard le 1er janvier 2020.

Article 105 : Renforcement du pilotage des activités informatiques de la branche recouvrement et sécurisation juridique des opérations de mutualisation des organismes

Cet article prévoit le transfert des missions et activités informatiques des CERTI de la branche recouvrement et de l'URSSAF d'Île-de-France à l'ACOSS au 1er janvier 2018.

D'autre part, cet article renforce la sécurité juridique des opérations de mutualisations de missions ou activités entre organismes de sécurité sociale (à la suite des mesures prises en la matière dans la LFSS pour 2016), en particulier en matière de recouvrement.

Cet article est d'application directe.

Article 106 : Extension de l'échange de données au SASPA et mise en œuvre du principe "dites-le nous une fois"

La mesure met en œuvre le principe du « dites-le nous une fois » en précisant dans le code de la sécurité sociale que les données recueillies auprès d'autres administrations ont la même valeur probante que les informations qu'elles recueillent directement auprès des bénéficiaires.

Elle étend, par ailleurs, au service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (SASPA) les échanges d'informations entre organismes de protection sociale et l'administration fiscale.

Cette mesure est d'application immédiate. La caisse des dépôts et consignations qui gère le SASPA a procédé aux démarches CNIL nécessaires à la mise en œuvre des échanges d'information avec le Centre national de traitement des données fiscales. Le premier traitement devrait intervenir au cours du second semestre 2017.

Article 107 : Pénalité pour les tiers responsables/ extension du droit de communication

La mesure prévoit une pénalité lorsque c'est le tiers responsable (par exemple une entreprise dont les produits mis en vente ont été à l'origine de dommages) qui indemnise directement la ou les victimes.

Par ailleurs, elle harmonise les modalités de recouvrement de toutes les créances dues aux organismes d'assurance vieillesse.

Enfin, elle élargit le champ du droit de communication dont disposent déjà les organismes de sécurité sociale afin de couvrir le recouvrement des créances sur successions.

Cette disposition est d'application immédiate. Depuis le 1er janvier 2017, les caisses d'assurance vieillesse ont notamment pu demander aux notaires le montant des actifs successoraux afin de procéder au recouvrement d'indus.

Article 108 : Elargissement du périmètre des échanges d'informations

La mesure vise à intégrer de nouveaux partenaires pour l'alimentation et la consultation du Répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) :

- la Caisse des français de l'étranger (CFE).
- les EPCI et les métropoles.

Par ailleurs, l'article renforce le rôle de l'Agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués (AGRASC) vis-à-vis des organismes de protection sociale. Depuis le 1er janvier 2017, l'AGRASC les informe de la saisine et de la confiscation d'avoirs tout au long de l'instruction judiciaire et non plus seulement en amont des décisions de restitutions des avoirs saisis notamment dans le cadre de procédure collective. Des référents nationaux ont été désignés au sein des caisses nationales afin de centraliser les informations transmises par l'AGRASC.

S'agissant de l'alimentation et la consultation du RNCPS par la CFE et les EPCI, des développements informatiques ont été engagés en 2017 afin de rendre effectif leur accès à ce répertoire au 1er janvier 2018.

Article 109 : Mesures visant à limiter les indus pour l'assurance maladie

Cet article instaure des obligations d'information visant à prévenir les indus pour l'assurance maladie.

Tout d'abord, il prévoit l'information des organismes d'assurance maladie sur les décisions devenues définitives d'interdiction d'exercice de la profession prononcées par les autorités judiciaires afin de garantir que l'assurance maladie ne rembourse pas des actes réalisés par un professionnel non autorisé.

Cet article complète en outre les dispositions relatives au versement des indemnités journalières, en prévoyant l'obligation pour l'employeur subrogé dans les droits de son salarié pour les indemnités journalières, de signaler la reprise anticipée du travail de la part d'un assuré en arrêt de travail indemnisé à la caisse concernée, ainsi qu'une pénalité financière à l'encontre de l'employeur qui ne respecterait pas cette obligation.

Ces deux dispositions sont d'application immédiate. Un reporting a été demandé aux organismes en charge de la gestion du risque maladie afin notamment de déterminer le montant des pénalités financières pris en application de cette mesure.

