

PLFSS 2013 - à jour du 10 octobre 2012

Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2013

Rappel du calendrier :

2 octobre au 4 octobre 2012 : examen du PLFSS en Conseil d'Etat
10 octobre 2012 : examen du PLFSS en Conseil des ministres
22-26 octobre 2012 : examen du PLFSS à l'Assemblée nationale
6-9 novembre 2012 : examen du PLFSS au Sénat
Mi-novembre 2012 : nouvel examen du PLFSS modifié à l'Assemblée nationale
Mi-novembre 2012 : nouvel examen du PLFSS modifié au Sénat
Fin novembre 2012 : examen définitif du PLFSS à l'Assemblée nationale
Mi-décembre 2012 : décision du conseil constitutionnel
Vers le 20 décembre 2012 : publication au Journal Officiel

Dispositions relatives à l'exercice 2011

Article 1 et 2 : approbation des comptes pour l'année 2011

Dispositions relatives à l'exercice 2012

Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale

Article 3 : rationalisation et simplification des affectations d'impositions entre l'Etat et la sécurité sociale

Sont transférés en direction du Fonds National d'Aide au Logement (FNAL) et du Fonds National des Solidarités Actives (FNSA) 0,8 point de prélèvement social sur les revenus du capital jusque-là attribué au régime général ainsi que mis en réserve par le Fonds de Solidarité Vieillesse (FSV).

Article 4 : instauration d'un prélèvement à titre exceptionnel au profit de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales

450 Millions d'Euros (M€) sont prélevés sur les réserves du fonds relatif à l'allocation temporaire d'invalidité, et 240 M€ sur les réserves du fonds de compensation des cessations progressives d'activité des personnels des collectivités locales et de leurs établissements publics non hospitaliers.

Article 5 : rectification des prévisions de recette et tableaux d'équilibre

- ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : solde de -15,2 Milliards d'Euros (Md€)

- régime général de sécurité sociale : solde de -13,3 Md€
- FSV : solde de -4,1 Md€

Article 6 : prévisions des recettes

- objectif d'amortissement rectifié de la dette sociale par la Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale (CADES) : 12,1 Md€ (+0,4 Md€)
- maintien des prévisions rectifiées des recettes affectées au Fonds de Réserve pour les Retraites (FRR)
- maintien des prévisions rectifiées de recette mises en réserve par le FSV

Dispositions relatives aux dépenses

Article 7 : participation des régimes obligatoires d'Assurance Maladie

- au financement du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) : maintien du gel des 30 M€ soit une dotation de 230 M€ au lieu de 250 M€
- diminution de la dotation au Fonds pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP) : de 285,87 M€ à 238,93 M€

Article 8 : rationalisation des modalités de prise en charge par l'Etat des pertes sur créances d'indus enregistrées par les organismes de sécurité sociale au titre de la gestion des allocations aux adultes handicapés, allocations supplémentaires invalidité et allocations pour parent isolé.

Article 9 : prévisions rectifiées des objectifs de dépenses

- de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : 454,7 Md€ (+3,1%)
- du régime général de sécurité sociale : 329,7 Md€

Article 10 : rectification de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM)

Il est fixé à 170,8 Md€, soit 350 M€ de moins que l'ONDAM prévu par la LFSS 2012.

3

Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'exercice 2013

Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement

Article 11 : établissement d'une plus grande équité des prélèvements sociaux entre travailleurs indépendants non agricoles

Article 12 : modernisation et simplification de la définition de l'assiette de la Contribution Sociale de Solidarité pour les entreprises d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance

Article 13 : élargissement de l'assiette de la taxe sur les salaires

- alignement sur celle de la Contribution Sociale Généralisée (CSG) applicable aux revenus d'activité afin de tenir compte de tous les éléments de rémunération

- renforcement de la progressivité de la taxe en instaurant une tranche additionnelle pour les rémunérations supérieures à 150 000 €

Article 14 : modification du régime social des *carried interests* (dispositifs d'intéressement à la performance des gestionnaires des fonds communs de placement à risques)

Article 15 : suppression de l'assiette forfaitaire

Ce choix était ouvert aux particuliers employeurs dans le calcul des cotisations sociales dues pour l'emploi de leur salarié. Ils devront désormais acquitter les cotisations sociales sur l'intégralité du salaire versé à leur salarié, soit l'assiette réelle.

Article 16 : création d'une contribution additionnelle de solidarité sur les pensions de retraite et d'invalidité

Son taux sera limité à 0,15 point en 2013 et 0,3 point en 2014. Les personnes dont les revenus sont modestes et notamment celles qui perçoivent le « minimum vieillesse » en seront exonérées. Les ressources provenant de cette contribution (soit 700 M€ à partir de 2014) seront attribuées à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et constitueront ainsi une des mesures de financement de la future réforme de la dépendance annoncée par le Premier ministre dans sa déclaration de politique générale.

Article 17 : affiliation à la sécurité sociale de l'ensemble des élus pour la totalité des risques, et assujettissement uniforme aux cotisations sociales de leurs indemnités (hors celles représentatives de frais), dès lors que leur

montant est supérieur à la moitié du plafond annuel de la sécurité sociale (18 186 € en 2012)

Article 18 : précision relative à l'intégration du régime spécial d'Assurance Maladie de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris au régime général de la sécurité sociale au 1er janvier 2013

Article 19 : relèvement du plafond de la contribution tarifaire d'acheminement de l'électricité et du gaz 4

Article 20 : renforcement de la contribution des employeurs au financement de la protection sociale, versée à l'occasion d'une rupture conventionnelle

Article 21 : diversification des ressources du fonds CMU (Couverture Maladie Universelle)

Article 22 : dispositions relatives au tabac

- extension à tous les produits du tabac des mécanismes fiscaux actuellement appliqués à la cigarette

- simplification du mode de calcul de la part spécifique qui est l'une des 2 composantes (celle qui est proportionnelle aux volumes), de fixation des droits de consommation

- augmentation, au 1er juillet 2013, des taux du droit de consommation applicables aux cigarettes et au tabac à rouler afin d'accroître les recettes de la sécurité sociale et d'accompagner une politique de hausse des prix visant à réduire le taux de prévalence tabagique dans la population

Article 23 : augmentation du tarif du droit spécifique à la bière

Son rendement est estimé à 480 M€.

Article 24 : sécurisation juridique et simplification des modalités déclaratives et de paiement des prélèvements spécifiques portant sur des produits de santé

- taxe sur les premières ventes de médicaments : le redevable de la taxe est l'entreprise assurant l'exploitation en France des médicaments et des produits de santé. Les personnes qui interviennent dans le circuit de production (ex : façonniers, sous-traitants) ou de distribution (ex : grossistes-répartiteurs) ne sont pas redevables de la taxe

- instauration d'un droit d'enregistrement sur les demandes d'autorisation de publicités pour les Dispositifs Médicaux (DM) et Dispositifs Médicaux de Diagnostics In Vitro (DMDIV) les plus à risques

- harmonisation des modalités de déclaration et de paiement de quatre taxes pharmaceutiques recouvrées par les URSSAF

Article 25 : contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques

Le taux de progression du chiffre d'affaires au-delà duquel est dû la contribution à la régulation des dépenses d'Assurance Maladie (taux k) passe de 0,5% à 0,4%.

Article 26 : approbation du montant des crédits budgétaires ouverts par le projet de loi de finances pour 2013 pour couvrir les dispositifs compensés d'exonération, de réduction ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 27 à 32

Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale par branche :

- prévision de recettes : 457,1 Md€ (+ 4%)

- solde établi à -12,7 Md€ (amélioration de 2,4 Md€ par rapport à 2012)

5

Pour le régime général de sécurité sociale :

- prévision de recette : 329,0 Md€

- solde établi à 11,4 Md€ (amélioration de 1,9 Md€ par rapport à 2012)

Organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (FSV) :

- prévision de recette : 16,7 Md€

- solde établi à -2,6 Md€

Objectif d'amortissement de la dette sociale par la CADeS : fixé à 12,4 Md€
Prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites :
transférées donc nulles

Prévisions de recettes mises en réserve par le FSV : 0,2 Md€
Dispositions relatives au recouvrement, à la trésorerie et à la comptabilité

Article 33 : réforme de la Mutualité Sociale Agricole (MSA), à compter du 1er janvier 2014

Article 34 : dispositions relatives à La Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines

Article 35 : instauration de la certification des comptes par un commissaire aux comptes pour la CNSA

Article 36 : établissement des plafonnements d'emprunts des divers organismes de sécurité sociale

Dispositions relatives aux dépenses pour l'exercice 2013
Dispositions relatives aux dépenses d'Assurance Maladie

Article 37 : dispositions relatives aux soins ambulatoires

- prolongation de l'expérimentation relative à la permanence des soins ambulatoire (PDSA) prévue par l'article 44 de la LFSS pour 2008 jusqu'au 1er janvier 2016

La LFSS pour 2008 a permis de mettre en place des expérimentations de PDSA à compter du 1er janvier 2008 et pour une durée de 5 ans maximum, soit jusqu'au 1er janvier 2013. Cette expérimentation est prolongée.

- ouverture de la permanence des soins ambulatoire (PDSA) aux médecins salariés en centre de santé ou ayant conservé une pratique clinique

Article 38 : mise en place d'expérimentations permettant de mettre en oeuvre de nouveaux modes d'organisation et de financement des transports de patients dans le but d'optimiser la dépense d'Assurance Maladie

Elles peuvent être conduites à compter du 1er janvier 2013 et pour une période n'excédant pas trois ans par une ARS, un organisme local d'Assurance Maladie, un

établissement de santé ou un groupement d'établissements de santé. Ces expérimentations donnent lieu à une procédure d'appel d'offre suspendant les règles de tarification actuelle. Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application. 6

Article 39 : reconnaissance et valorisation (financière et en termes de résultats de santé publique), des nouvelles organisations et nouveaux services assurés par les professionnels de santé, dans le but de promouvoir la dynamique d'équipes pluriprofessionnelles

Dans le cadre de ces accords interprofessionnels, les partenaires conventionnels pourront désormais définir :

- les engagements et objectifs quantifiés de santé publique des maisons, centres et professionnels de santé, les modalités de calcul d'une rémunération annuelle versée en contrepartie du respect de ces engagements et en fonction de l'atteinte d'objectifs par la maison, le centre ou le professionnel de santé. Ces engagements, objectifs et rémunérations seront définis dans un ou plusieurs contrats types proposés aux professionnels de santé par les ARS et les Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)

- les modalités d'adaptation du dispositif au plan local par les ARS et les organismes locaux d'Assurance Maladie

Article 40 : création de la fonction de « praticien local de médecine générale » : dispositif de complément de rémunération versé à de jeunes diplômés par l'ARS en vue d'un exercice ambulatoire sur un ou plusieurs sites dans des déserts médicaux

Contrat-type que les ARS pourront proposer à de jeunes diplômés avec une garantie de rémunération tenant compte de celle à laquelle ils pourraient prétendre en tant qu'assistant spécialiste hospitalier ainsi que des sujétions notamment liées aux probables nombreux déplacements. Ce mécanisme permet d'éviter aux jeunes médecins d'avoir à s'installer en libéral et donc à supporter les charges logistique et administrative afférentes.

Article 41 : mise en place d'expérimentations pouvant être menées dans le cadre de projets pilotes mettant en oeuvre de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

- à compter du 1er janvier 2013 et pour une durée n'excédant pas cinq ans

- expérimentation dans quelques territoires choisis au niveau national et fondée sur un cahier des charges national

- dépenses nouvelles imputées sur le Fonds d'Intervention Régional (FIR)

- évaluation annuelle réalisée par les ARS en liaison avec l'Assurance Maladie

Article 42 : suppression du « secteur optionnel »

Les médecins exerçant une spécialité de bloc pouvaient effectuer des dépassements d'honoraires limités à 50 % du tarif de base et devaient réaliser au moins 30 % de leur activité à tarif opposable, en contrepartie d'une prise en charge d'une partie de leurs cotisations sociales. Ce dispositif est supprimé.

Article 43 : instauration d'une prise en charge à 100% des IVG

Article 44 : encadrement de la publicité pour les produits de santé

- interdiction de la publicité à destination du public pour les spécialités non remboursables dont la dénomination rappelle celle d'une spécialité remboursable

- interdiction de la publicité à destination du public pour les DM remboursables, aujourd'hui limitée à une liste de DM à risque faible pour la santé, et à ceux qui présentent un risque de dépenses injustifiées pour l'Assurance Maladie

7

- mise en place d'un pouvoir de sanction dans le domaine des DM identique à celui existant dans le domaine du médicament, et qui sera confié au Comité Economique des Produits de Santé (CEPS)

Article 45 : extension de la possibilité pour l'ANSM d'élaborer une Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU) pour une spécialité pharmaceutique même lorsqu'il existe une alternative thérapeutique dans cette indication

Ce peut être le cas soit pour répondre à un impératif de santé publique (comme celui de la sécurisation des prescriptions hors AMM), soit s'il existe des dépenses injustifiées pour l'Assurance Maladie.

Article 46 : extension de la visite médicale collective à l'hôpital

- l'expérimentation mise en place par la loi de sécurité sanitaire sur la visite médicale

collective à l'hôpital pour certains produits est rendue pérenne, et concernera l'ensemble des médicaments

- les conditions seront définies dans le règlement intérieur de l'établissement
- la HAS conduira une évaluation de cette mesure, et de son éventuel élargissement à la médecine de ville et aux DM

Article 47 : suppression de la convergence tarifaire

Article 48 : possibilité donnée à certains établissements hospitaliers d'émettre des billets de trésorerie, de façon à faciliter la couverture des besoins de trésorerie associés à leur fonctionnement

La liste des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) habilités sera fixée par décret.

Article 49 : dispositions relatives à la tarification des établissements de santé

- généralisation graduelle et progressive de la facturation individuelle des consultations et des séjours des établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif. Elle concernera l'ensemble des établissements d'ici la fin 2015
- report de la mise en oeuvre de la T2A pour les ex-hôpitaux locaux au 1er mars 2015
- possibilité pour les établissements publics et établissements privés à but non lucratif jusqu'au 31 décembre 2015, de continuer à calculer la participation financière des assurés aux frais de soins (ticket modérateur) sur la base des Tarifs Journaliers de Prestations (TJP) définis à partir du coût de revient prévisionnel des différentes catégories de soins de chaque établissement et non sur les tarifs nationaux de prestations issus des Groupes Homogènes de Séjours (GHS)

Article 50 : autorisation donnée aux établissements de santé et Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) disposant d'une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI), de confier à un établissement pharmaceutique le stockage et la distribution de certains de leurs médicaments et DM

Article 51 : clarification des modalités de prise en charge et de financement des soins délivrés aux personnes détenues

Les dispositions du Code de la Sécurité Sociale (CSS) sont adaptées aux nombreuses évolutions intervenues dans les domaines pénitentiaire et hospitalier.

Article 52 : pérennisation de la création à titre expérimental des lits d'accueil médicalisés, qui permettent l'accueil de personnes sans domicile fixe et atteintes de pathologies chroniques lourdes et au pronostic sombre (Alzheimer, schizophrénie, psychose, cancers à un stade avancé ...) 8

Cette expérimentation menée depuis quatre ans a fait l'objet d'une évaluation par le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie, suivie par un comité d'évaluation, dont il ressort que ces structures ne se substituent à aucun mode de prise en charge existant et répondent à un besoin jusqu'à présent non couvert par les structures existantes en faveur d'une population atteinte de pathologies lourdes et d'autant plus fragilisée que largement désocialisée.

Article 53 : réduction du délai d'émission et de rectification des factures auprès de l'Assurance Maladie des établissements pour personnes handicapées fonctionnant en prix de journée

Ces établissements disposent actuellement pour émettre et modifier leurs factures auprès de l'Assurance Maladie d'un délai de deux ou cinq ans, selon les catégories d'établissements.

Article 54 : clôture des expérimentations relatives aux dépenses de médicaments et à leur prise en charge financière dans les forfaits soins des Etablissements Accueillant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ne disposant pas d'une PUI ou n'en partageant pas une par le biais d'un GCS

L'évaluation de cette expérimentation n'a pas permis d'identifier de gains tant en termes de qualité de la prescription qu'en termes de maîtrise de la prescription et des coûts associés. Il y est donc mis fin, ainsi qu'au passage automatique, en 2013, à la généralisation du financement des médicaments dans le cadre d'un forfait. Une période transitoire de 6 mois est prévue, au terme de laquelle le retour à un financement sur l'enveloppe soins de ville des dépenses de médicaments dans les EHPAD concernés sera effectif.

Article 55 : reconduction pour 2013 du Plan d'Aide à l'Investissement (PAI) dans le secteur médico-social

La LFSS pour 2012 avait prévu la mise en oeuvre de ce PAI dont le financement était assuré par l'affectation de 2% des recettes de Contribution de Solidarité pour l'Autonomie (CSA) prélevés sur le budget de la CNSA. Cette disposition est reconduite pour 2013.

Article 56 : extension du champ de la couverture sociale des exploitants agricoles

Est prévu le versement d'indemnités journalières aux personnes relevant du régime non

salarié agricole ayant dû interrompre leur activité sur l'exploitation ou dans l'entreprise agricole pour cause de maladie ou d'accident de la vie privée.

Article 57 : fixation des montants de la participation de l'Assurance Maladie à divers organismes :

- FMESPP : 370,27 M€

- Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des infections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) : 85M€

- Etablissement public de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS) : 22,2 M€

- Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) : 43 M€

- ARS : Contribution des régimes obligatoires d'Assurance Maladie de 160 M€ et de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) de 83,65 M€

Article 58 : fixation des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès:

- pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale : 190,1 Md€ (+2,8%)

- pour le régime général : 165,0 Md€ (+2,8%)

Article 59 : fixation de l'ONDAM de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs : total de 175,4 Md€ (+2,7%)

- soins de ville : 80,05 Md€

- établissements de santé tarifés à l'activité : 56,7 Md€

- autres dépenses relatives aux établissements de santé : 19,8 Md€

- contribution de l'Assurance Maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées : 8,4 Md€

- contribution de l'Assurance Maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées : 8,7 Md€

- autres prises en charges : 1,3 Md€

Dispositions relatives aux dépenses d'Assurance Vieillesse

Article 60 : dispositions relatives aux personnes non salariées agricoles

Devenues invalides après avoir interrompu leur activité agricole en raison de leur état de santé, elles pourront bénéficier, en sus de leur retraite forfaitaire, du minimum de points de retraite proportionnelle correspondant à leur dernier statut d'activité (chef d'exploitation, conjoint collaborateur, aide familial), pour les périodes pour lesquelles une pension d'invalidité, une rente d'accident du travail ou l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) leur a été servie.

Article 61 : abrogation des textes législatifs instituant le régime de cessation anticipée d'activité des médecins visant à permettre aux médecins âgés d'au moins 57 ans ayant cessé toute activité libérale de bénéficier d'une allocation de remplacement jusqu'à l'âge de 65 ans

Ce dispositif a été fermé par l'article 45 de la LFSS pour 2003 et n'a plus accueilli de nouveau bénéficiaire après le 1er janvier 2004. Les dernières pensions seront servies fin 2012. Les excédents de cotisations accumulés avant 2003 seront affectés à la section « médecins » du Fonds d'Actions Conventionnelles (FAC).

Article 62 : renvoi au pouvoir réglementaire de préciser des dispositions relatives aux prestations complémentaires de vieillesse des professions médicales

Article 63 : extension à partir du 1er janvier 2013 au régime de retraite des marins des nouvelles modalités de partage de la pension de réversion entre ayants-droit d'un même assuré, déjà instituées dans la fonction publique

Article 64 : fixation des objectifs de dépenses de la branche vieillesse :

- pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale : 218,6 Md€ (+4,1%)

- pour le régime général : 115,3 Md€

Dispositions relatives aux dépenses de la branche Accidents de Travail et de Maladies Professionnelles (AT-MP)

Article 65 : remplacement de la Majoration pour Tierce Personne (MTP) par une nouvelle prestation dont le montant ne dépend plus de celui de la rente
Elle est fonction du seul besoin d'assistance d'une tierce personne. Trois forfaits seront fixés règlementairement, avec un barème mieux différencié et une amélioration de la prise en charge pour les situations les plus lourdes.

Article 66 : dispositions relatives aux procédures afférentes aux accidents du travail ou maladies professionnelles imputables à une faute de l'employeur

Article 67 : disposition relative à l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante

Article 68 et 69 : fixation des montants versés par la branche AT-MP

- à la branche maladie : 790 M€

- au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante : 115 M€

- au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante : 890 M€

Article 70 : fixation des objectifs de dépenses de la branche AT-MP (stables par rapport à 2012)

- pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale : 13,3 Md€

- pour le régime général : 11,9 Md€

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Articles 71 : mise en place d'une expérimentation permettant aux organismes débiteurs des prestations familiales (caisses d'allocations familiales et caisses de MSA) de verser en tiers payant, directement à l'assistant maternel, l'aide à la garde d'enfants normalement versée aux parents employeurs

Article 72 : fixation des objectifs de dépense de la branche famille

- pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale : 58,6 Md€ (+2,9%)

- pour le régime général : 58,1 Md€

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 73 : fixation des dépenses de prise en charge du FSV (inchangées)

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

Article 74 : prévisions des charges du FSV : 19,3 Md€ (+0,7 Md€)

Dispositions relatives à la gestion interne des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement ainsi qu'au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article 75 : renforcement du dispositif de lutte contre les fraudes aux cotisations

- précision de son champ d'application
- augmentation du montant des majorations dues sur les redressements mis en recouvrement
- facilitation de l'exploitation des procédures engagées par les différents corps de contrôle

Article 76 : renforcement de la lutte contre le travail illégal