

Loi de Financement de la Sécurité Sociale et Loi de Finances pour 2012 Principales dispositions concernant les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 et Loi n° 2011-1777 du 28 décembre 2011

SOMMAIRE

Vous trouverez les dispositions de la Loi de Financement de la Sécurité sociale pour 2012 de la page 4 à la page 18 et celles relatives à la Loi de Finances pour 2012 de la page 22 à 25.

Note réalisée par le Pôle Santé-Social et la Direction des Relations du Travail

Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2012

Principales dispositions

Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011

SOMMAIRE

Principales dispositions intéressant les établissements de santé
Principales dispositions intéressant les établissements et services sociaux et médico-sociaux
Principales dispositions en matière de « Ressources Humaines »

Article	Thème	Décision du Conseil Constitutionnel	Page
12	Augmentation du forfait social et élargissement de son périmètre	Validé	Page 5
13	Exonération de charges pour les services à domicile	Validé	Page 5
14	Réaménagement du régime social des indemnités de rupture du contrat de travail	Validé	Page 6
16	Réintégration des heures supplémentaires dans l'assiette de calcul de la réduction Fillon	Validé	Page 6
17	Elargissement de l'assiette de calcul de la CSG et de la CRDS	Validé	Page 7
47	Renforcement des compétences médico-économiques de la Haute Autorité de Santé (HAS), notamment sur le plan médico-économique	Validé	Page 7
49	Valorisation de l'exercice pluri-professionnel des professionnels de santé libéraux	Validé	Page 7
50	Dépistage précoce de la surdité	Censuré	Page 19

51	Réaménagement de l'autorisation spéciale d'exercice des médecins étrangers hors UE	Censuré	Page 20
53	Avis des fédérations hospitalières régionales représentatives sur les programmes de mise sous entente préalable en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)	Validé	Page 8
54	Prise en charge des frais de transport dans les Centres d'Accueil Médico-Social Précoce (CAMSP) et les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP)	Validé	Page 8
55	Labellisation des contrats de complémentaires santé éligibles à l'aide à la souscription (ACS)	Validé	Page 9
56	Instauration d'un secteur optionnel des médecins libéraux	Validé	Page 9
57	Instauration d'objectifs de performance dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des établissements de santé. Consultation obligatoire de la HAS, de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance et des fédérations hospitalières représentatives	Validé	Page 9
58	Possibilités de déroger à l'interdiction des ristournes sur les actes de biologie dans le cadre de conventions avec des établissements de santé ou des Groupements de Coopération Sanitaire (GCS)	Validé	Page 10
61	Reformulation du rapport au Parlement du Gouvernement sur la tarification à l'activité (T2A)	Validé	Page 10
62	Prescription annuelle des actions des établissements de santé vis-à-vis de l'Assurance-Maladie	Validé	Page 10
63	Report de l'échéance de la T2A pour les activités de médecine des hôpitaux locaux à mars 2013	Validé	Page 11
64	Inclusion des médecins des centres pratiquant des examens de santé gratuits dans la politique vaccinale	Censuré	Page 21
65	Création d'un Fonds d'Intervention Régional (FIR)	Validé	Page 11
66	Expérimentations en matière de transport sanitaire	Validé	Page 12
67	Expérimentations sur le lien entre financement et indicateurs qualité dans le secteur des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)	Validé	Page 12
68	Prorogation des conventions tripartites des EHPAD, en cas de refus de renouvellement des autorités (faute de crédits)	Validé	Page 13
69	Présomption légale de non-requalification en contrat de travail pour les coopérations entre professionnels de santé libéraux et Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) pour personnes âgées et pour personnes handicapées	Censuré	Page 21
70	Expérimentations de décloisonnement ville/hôpital/médico-social dans des « territoires-pilotes »	Validé	Page 14

71	Rapport du Gouvernement au Parlement sur les écarts de charges sociales et fiscales dans les EHPAD et les SSIAD, avant le 30 juin 2012	Validé	Page 14
72	Financements de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et intégration d'une dotation à l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH) pour le financement d'études nationales de coûts	Validé	Page 14
73	Répartition de la charge financière des évaluations entre financeurs des Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS)	Validé	Page 15
75	Modalités de facturation des soins programmés aux patients étrangers hors accords internationaux de la France	Validé	Page 15
80	Financements d'expertises de l'ATIH	Validé	Page 15
81	Montants des différents fonds de ressources pour 2012	Validé	Page 16
83	Objectifs de dépenses de l'Assurance-Maladie pour 2012	Validé	Page 16
84	Définition des sous-objectifs 2012 de l'ONDAM	Validé	Page 16
88	Accélération de l'entrée en vigueur de la réforme des retraites	Validé	Page 17

Rédaction

179 rue de Lourmel 75015 Paris
 tél. : 01 53 98 95 00
 fax : 01 53 98 95 02

Directeur de la publication : Yves-Jean Dupuis

Correctrice : Muriel Chalancon

CPPAP : N°0712 G 84064
ISSN : 0757-0481

Imprimerie

RMF 14 rue du Capricorne 94523 Rungis Cedex



I – Cadrage général de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2012

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2012 est marquée par de nouveaux efforts de réduction des niches sociales et par les mesures destinées à lutter contre l'accroissement de la dette sociale.

A titre liminaire, les débats du PLFSS pour 2012 se sont déroulés comme l'an passé dans un contexte économique difficile mais cette année plus encore du fait des impacts de la crise économique qui s'est accentuée et de l'aggravation des déficits. Celui de l'Assurance-Maladie qui atteint 24,4 de milliards d'euros en 2011 pour le régime général contre 30,6 milliards d'euros en 2010 s'est réduit structurellement (- 5,2 milliards d'euros), du fait de l'augmentation des recettes et, plus particulièrement, par l'évolution de la masse salariale du secteur privé plus importante que prévue (+ 3,7 % contre 2,9 %). Le niveau très élevé des déficits de 2010 et 2011, aussi élevé soit-il, ne constitue pas un « record » inédit. En revanche, ce dernier est grave par son niveau et parce qu'il intervient dans un environnement de dégradation simultanée de l'ensemble des budgets sociaux et, plus largement, de l'ensemble des comptes publics.

Lorsque tous les comptes sont dégradés, la compétition sur la ressource nouvelle est plus dure et les pouvoirs publics poursuivent cette année, dans ce contexte financier tendu, la recherche de sources de financement supplémentaire face à la diminution des recettes pour lesquelles demeure une incertitude sur leur niveau de reprise.

La progression moyenne annuelle de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance-Maladie (ONDAM) est passée de 5 % sur la période 1998-2002 à 3,1 % sur la période 2008-2011. L'ONDAM aura été respecté, pour la première fois depuis sa création, en 2010 (moins de 3 %) et en 2011 (2,9 %).

Pour 2012, conformément aux engagements pris lors de la conférence sur le déficit en mai 2010, l'ONDAM a été fixé à 2,8 % dans le Projet de Loi de Financement initial de la Sécurité Sociale pour 2012. Toutefois, un PLFSS rectificatif est venu baisser ce taux et l'ONDAM 2012 a été fixé à un niveau de maîtrise plus ambitieux, soit 2,5 %, ce qui représentera 500 millions d'euros d'économies supplémentaires. Ces économies conduiront à des efforts d'efficience supplémentaires du système de santé, à hauteur de :

- 290 millions d'euros au titre d'économies sur les dépenses de médicaments ;
- 90 millions d'euros au titre d'une révision des tarifs des actes de biologie et de radiologie ;
- 100 millions d'euros au titre de la dotation des régimes d'Assurance-Maladie au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (cette dotation atteindra 285,87 millions d'euros) ;
- 20 millions d'euros sur les dépenses médico-sociales en faveur des personnes âgées.

La LFSS pour 2012 a fixé l'Objectif National des dépenses d'Assurance-Maladie (ONDAM) à 171,2 milliards € (+ 2,5 %).

Pour l'année 2012, les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :

- 1° pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de Sécurité Sociale, à 186,2 milliards d'euros (+ 2,7 % par rapport à 2011) ;
- 2° pour le régime général de la Sécurité Sociale, à 161,6 milliards d'euros (+ 2,7 % par rapport à 2011).

Concernant le secteur hospitalier, l'ONDAM progresse de + 2,3 % (à parité avec celui de l'enveloppe soins de ville), avec un ONDAM médico-social à + 3,8 %.

Tableau des enveloppes pour 2012

ONDAM : 171,2 milliards € (+ 2,5 %) (exprimées en objectifs de dépenses)

Dépenses de soins de Ville : 78,9 milliards € (+ 2,1 % par rapport à 2011)
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité (ODMCO) : 55,3 milliards € (+ 2,6 %)
Autres dépenses relatives aux établissements de santé (ODAM) : 19,3 milliards € (+ 1,6 %)
Contribution de l'Assurance-Maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées : 8 milliards € (+ 5,3 %)
Contribution de l'Assurance-Maladie aux dépenses en établissements et services pour Personnes handicapées : 8,4 milliards € (+ 2,4 %)
Autres prises en charge : 1,2 milliard € (+ 9,1 %)
Total : 171,2 milliards €

La LFSS pour 2012 comprend 129 articles, le Conseil constitutionnel a censuré plusieurs articles qui sont toutefois présentés dans la présente note, compte tenu de la forte probabilité du retour dans un autre vecteur législatif de dispositions censurées, mais toutefois adoptées par le Parlement. Ainsi, il y a lieu de souligner que l'article 51 qui réaménageait le régime d'autorisation spéciale dont bénéficient certains médecins étrangers, considéré comme cavalier social, a été censuré par le Conseil constitutionnel, mais qu'il fait d'ores et déjà l'objet d'une proposition de loi dédiée à ce sujet qui va être examinée mi-janvier par la Commission des Affaires sociales de l'Assemblée Nationale, ce qui est de nature à permettre un aboutissement rapide.

Article 12 **Augmentation du forfait social et élargissement de son périmètre**

La Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de Financement de la Sécurité Sociale pour 2009 a créé une contribution qualifiée de « *forfait social* » grevant les éléments de rémunération exclus de l'assiette des cotisations sociales et assujettis à la CSG. Il s'agit principalement des sommes versées au titre de l'intéressement et/ou de la participation, des abondements de l'employeur aux Plans d'épargne d'entreprise (PEE et PERCO) et les contributions patronales aux régimes de retraite supplémentaire.

L'article 12 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2012 a porté ce taux à 8 % (article L. 137-16 du Code de la Sécurité Sociale).

Par ailleurs, les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire sont intégrées dans les sommes soumises au forfait social de 8 %. Par voie de conséquence, la taxe spéciale de 8 % qui concernait ces contributions est supprimée (article 12 III 2°).

Article 13 **Exonération de charges pour les services à domicile**

Cet article vise à élargir aux services d'aide au domicile des familles en difficulté le bénéfice du III de l'article L. 241 10 du code de la sécurité sociale.

Le III de l'article L. 241 10 du code de la sécurité sociale prévoit que les rémunérations versées aux aides à domicile employées dans les services d'aide à domicile sont exonérées de cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales.

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2011 a mis en difficulté les services d'aide au domicile des familles en difficulté en supprimant l'exonération « *services à la personne* ». En effet, son entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2011 a entraîné une majoration du prix de revient de 10 % à 15 % des services réalisant des interventions sociales auprès des familles en difficulté, les plaçant en grande difficulté.

Désormais, les interventions d'un Technicien ou d'une Technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF) ou d'une aide ménagère et les prestations d'aide et d'accompagnement aux familles réalisées dans le cadre d'une convention conclue entre ces structures et un organisme de Sécurité Sociale donneront lieu à une exonération de cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales.

Article 14

Réaménagement du régime social des indemnités de rupture du contrat de travail

Les indemnités versées en cas de rupture du contrat de travail font l'objet d'un régime social privilégié. En effet, elles ne sont assujetties aux cotisations sociales qu'au-delà d'un certain plafond dont les modalités de calcul ont déjà fait l'objet d'une révision par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2011. Conformément aux articles L. 242-1 du code de la sécurité sociale et 80 *duodecies* du code général des impôts, à compter du 1^{er} janvier 2012, l'indemnité de licenciement devait être exonérée de cotisations **dans la limite de 3 fois le Plafond Annuel de la Sécurité Sociale** (PASS), à hauteur du plus élevé des trois montants suivants :

- le montant de l'indemnité de licenciement prévue par la convention collective ou, à défaut, par la loi ;
- deux fois le montant de la rémunération annuelle brute perçue par le salarié au cours de l'année civile précédant la rupture ;
- 50 % du montant de l'indemnité.

La solution la plus favorable au salarié devait être retenue.

Désormais, ces dispositions se maintiennent à l'exception de la référence à 3 fois le plafond annuel de la Sécurité Sociale : la loi prévoit que la limite sera portée à **2 fois le PASS** pour les indemnités versées en 2012 au titre d'une rupture notifiée en 2012.

Cependant, la limite à 3 fois le PASS est maintenue à titre transitoire pour :

- les indemnités versées en 2012 au titre d'une rupture notifiée le 31 décembre 2011 au plus tard, ou intervenant dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi notifié au plus tard à cette même date ;
- les indemnités versées en 2012 au titre d'une rupture notifiée en 2012 lorsque le montant de l'indemnité légale ou conventionnelle est supérieur à deux fois la valeur annuelle du plafond de Sécurité Sociale. Dans ce cas, la limite d'exclusion ne peut toutefois excéder le montant prévu soit par la loi, soit par la convention collective en vigueur au 31 décembre 2011.

Article 16

Réintégration des heures supplémentaires dans l'assiette de calcul de la réduction Fillon

La réduction générale de cotisations sociales, autrement appelée réduction « *Fillon* », a permis à de nombreux employeurs de bénéficier d'une diminution globale de prélèvements sociaux. La logique initiale de ce mécanisme était de diminuer le coût du travail pour les emplois peu qualifiés dont les salaires sont les plus bas. La Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2011 a déjà réformé ce mécanisme en décidant une annualisation du calcul de l'allègement de cotisations sociales.

L'article 16 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2012 s'inscrit dans la même perspective de durcissement des règles de calcul. Ce texte prévoit une réintégration des heures supplémentaires et complémentaires dans la base servant au calcul de la réduction Fillon.

Soulignons que cette mesure n'a aucun impact sur les exonérations fiscales et sociales associées à la loi dite TEPA de 2007.

Article 17

Élargissement de l'assiette de calcul de la CSG et de la CRDS

L'abattement pour frais professionnels sur les revenus soumis à ces deux contributions prévu par l'article L.136-2 II du code de la Sécurité Sociale est réduit de 3 % à 1,75 %.

L'assiette de calcul de ces contributions passera donc de 97 à 98,25 % du salaire brut.

Article 47

Renforcement des compétences médico-économiques de la Haute Autorité de Santé (HAS)

Depuis la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2008, la Haute Autorité de Santé a pour mission d'émettre « *des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces* ». Cette mission, inscrite à l'article L.161-37 du Code de la Sécurité Sociale (CSS) et qui fait suite aux réflexions du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance-Maladie, repose sur une comparaison du rapport qualité/prix des différentes thérapeutiques et permet d'objectiver la fixation de leur prix et les conditions de leur remboursement par l'Assurance-Maladie.

Comme indiqué dans l'exposé des motifs du projet de loi, l'objet du présent article est de renforcer cette mission médico-économique de la HAS « *dans tous les domaines où l'identification des stratégies de soins, de prescription et de prise en charge fait apparaître des enjeux importants, notamment au plan financier* ».

A cette fin, l'article 47 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2012 prévoit qu'une commission spécialisée dans le domaine de l'évaluation médico-économique des produits de santé établit et diffuse des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces.

Par ailleurs, l'article 47 insère un article L.161-37-1 après l'article L.161-37 du CSS qui dispose que toute demande d'inscription ou de renouvellement d'inscription d'un produit de santé nécessitant une évaluation médico-économique sera accompagnée du versement d'une taxe additionnelle dans la limite de 5 580 euros.

Article 49

Valorisation de l'exercice pluriprofessionnel des professionnels de santé libéraux

Cet article permet la prolongation des expérimentations concernant les nouveaux modes de rémunérations des professionnels de santé. Les conventions conclues entre l'Assurance-Maladie et les professionnels de santé ainsi que l'accord national visé à l'article L. 162-32-1 du code de la Sécurité Sociale peuvent prévoir, à compter du 1^{er} janvier 2014, la rémunération de l'exercice pluriprofessionnel sur la base des résultats de l'évaluation des expérimentations.

Pour mémoire ces expérimentations permettent, notamment, le financement par des forfaits de la coordination auprès des médecins traitants pour la prise en charge de maladies chroniques, mais également la prise en charge de l'éducation thérapeutique en ville. Outre les médecins, peuvent bénéficier de ces expérimentations les centres de santé.

Article 53

Cet article introduit une concertation systématique des fédérations hospitalières régionales au sein du dispositif de mise sous accord préalable en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). En effet, la mise en œuvre de ce dispositif est effectuée sur la base d'un programme régional établi par le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé sur proposition de l'organisme local d'Assurance-Maladie. Afin de garantir une équité de traitement entre tous les établissements, quel que soit leur taille ou leur statut, les fédérations seront donc consultées pour avis sur ce programme régional.

Cette consultation systématique pourrait ainsi favoriser une harmonisation sur le terrain de la mise en œuvre du dispositif de mise sous accord préalable, évitant les incohérences et les difficultés d'interprétation rencontrées en 2011 (mise sous accord préalable d'admissions directes en SSR, extension aux prestations de soins sans hébergement).

Notons par ailleurs que cette disposition répond à une demande réitérée de la part des Fédérations (FEHAP, FHP, FHF) depuis près de six mois sur la nécessité de mettre en place une concertation régionale avant la définition du programme de mise sous accord préalable en SSR.

Article 54

Prise en charge des frais de transports dans les Centres d'Accueil Médico-Social Précoce (CAMSP) et les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP)

Cet article prévoit la prise en charge des frais de transports liés aux soins ou traitements des enfants et adolescents suivis en CAMSP ou en CMPP après accord préalable de l'organisme qui sert les prestations (en pratique la Caisse Primaire d'Assurance-Maladie) dans les conditions prévues au 2° de l'article L 321-1 (principe de la couverture des frais de transports de l'assuré) et à l'article L 322-5 du code de la Sécurité Sociale (remboursement sur la base du temps de trajet avec une préférence pour le mode de transport le moins onéreux et compatible avec l'état du bénéficiaire).

Il trouve son origine dans un amendement porté conjointement par la FEHAP, accompagnée par l'Association des Paralysés de France (APF), la Fédération nationale pour l'Insertion des personnes Sourdes et des personnes Aveugles en France (FISAF) et l'Union Nationale Interfédérale des Oeuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux (UNIOPSS). Il s'agissait, en effet, de permettre la couverture à 100 % par l'Assurance-Maladie des dépenses de transport pesant sur le budget des familles d'enfants et d'adolescents suivis en Centres d'Action Médico-Sociale Précoce et en Centres Médico-Psycho-Pédagogiques. Les frais de déplacement étant exclus des dépenses d'exploitation de ces structures, leur remboursement fait parfois l'objet de refus répétés de la part de certaines Caisses Primaires d'Assurance-Maladie, au détriment des enfants accueillis qui pour la plupart ne sont pas reconnus handicapés par les MDPH.

La mention de l'accord préalable a été ajoutée par le Gouvernement, alors que l'amendement visait à l'éviter au moins pour les six premières séances en CAMSP et en CMPP, conformément à la position ministérielle établie de longue date pour les CMPP : *« afin de faire le bilan de l'état de santé de l'enfant et de définir le programme thérapeutique »* (Lettre du 29 mai 1990 du Ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale). Les organisations précitées ont convenu d'une démarche commune auprès des Ministres concernés, pour que des instructions nationales adressées aux CPAM encadrent les conditions et les modalités des refus éventuels.

Article 55

Labellisation des contrats de complémentaires santé éligibles à l'aide à la souscription (ACS)

Cet article précise le relèvement à compter du 1^{er} janvier 2012 du plafond de ressources de l'assurance maladie complémentaire de santé (ACS) au plafond de ressources de la Couverture Maladie Universelle (CMU) complémentaire majoré de 35 %, d'une part, et, d'autre part, précise que bénéficient du label intitulé « Label ACS » les contrats d'assurance complémentaire de santé offrant des prestations adaptées aux besoins spécifiques des personnes concernées. Les modalités de cette labellisation sont déterminées par une convention conclue, après avis de l'Autorité de la concurrence, entre l'Etat, le fonds CMU et l'Union Nationale des Organismes d'Assurance-Maladie complémentaire (UNOCAM).

Article 56

Instauration d'un secteur optionnel des médecins libéraux

Cet article met en place un secteur optionnel pour les chirurgiens, les obstétriciens et les anesthésistes et la prise en charge des dépassements d'honoraires y afférents dans le cadre des contrats complémentaires dits responsables.

Il est à noter que le décret relatif aux ESPIC prévoyait la possibilité pour ces établissements de recourir au secteur optionnel pour les professionnels libéraux auxquels ils peuvent recourir. L'introduction par l'article 56 d'un secteur optionnel permet en pratique aux établissements concernés de recourir dans les conditions énoncées, à savoir uniquement pour les chirurgiens les obstétriciens et les anesthésistes (Art. D. 6161-2 CSP). Les organismes privés sans but lucratif déclarent la qualité d'Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif du ou des établissements de santé qu'ils gèrent au Directeur général de l'Agence Régionale de Santé territorialement compétent. « La déclaration comprend l'engagement pris par l'établissement de santé de respecter les garanties prévues aux 1^o et 2^o de l'article L. 6112-3 et d'appliquer aux assurés sociaux les tarifs prévus aux articles L. 162-20 et L. 162-26 du code de la Sécurité Sociale ainsi que les dispositions d'encadrement tarifaire mentionnées au IV de l'article 53 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires ».

Article 57

Instauration d'objectifs de performance dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des établissements de santé. Consultation obligatoire de la HAS, de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance et des fédérations hospitalières représentatives

Cet article introduit pour les établissements de santé des objectifs de performance dans leur CPOM : ces objectifs sont établis à partir d'indicateurs de performance relatifs aux conditions de gestion des établissements de santé, de prise en charge des patients et d'adaptation aux évolutions du système de santé dont la liste sera fixée par un décret. Cet article prévoit que les résultats obtenus au regard de ces indicateurs sont publiés chaque année par les établissements de santé.

En cas d'absence de publicité des résultats des indicateurs ou lorsque les objectifs fixés n'ont pas été atteints ou dépassés, le DG ARS peut faire application du dernier alinéa de l'article L. 6114-1, en conséquence appliquer des sanctions financières. Lorsque les objectifs fixés ont été atteints ou dépassés, le DG ARS peut décider du versement d'une contrepartie financière, selon des modalités et dans des conditions fixées par décret.

Enfin, Il est aussi précisé que ces objectifs de performance devront être établis « après consultation de la Haute Autorité de Santé, de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux et des fédérations hospitalières représentatives ». La FEHAP a été très présente sur ce sujet et la proposition d'amendement a

été adoptée. Cette disposition devrait éviter que les ARS créent autant d'objectifs de performance différents qu'il y a de régions... Pour la FEHAP, ces indicateurs doivent s'appuyer sur des travaux statistiques dont le sérieux, la robustesse donc la méthodologie soient indiscutables et consolidables et diffusables au plan national. C'est la raison pour laquelle l'amendement FEHAP a proposé que les indicateurs soient élaborés conjointement avec la HAS et l'ANAP.

Article 58

Possibilités de déroger à l'interdiction des ristournes sur les actes de biologie dans le cadre de conventions avec des établissements de santé ou des Groupements de Coopération Sanitaire (GCS)

L'ancien article L. 6211-21 du Code de la santé publique disposait qu'« *un laboratoire de biologie médicale facture les examens de biologie médicale qu'il réalise au tarif de la nomenclature des actes de biologie médicale prise en application des articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-1 du code de la Sécurité Sociale* ». A ce titre et sous peine de sanction administrative, les laboratoires de biologie médicale ne pouvaient accorder de ristournes, remises, pourcentages de rabais ou tout autre forme d'avantages financiers lors de la facturation d'actes de biologie médicale.

Cet article 58 vient modifier l'article L. 6211-21 en permettant désormais aux établissements de santé ou laboratoires de biologie médicale qui coopèrent pour la réalisation des examens de biologie médicale, d'ajuster librement les prix desdits examens, en fonction du volume mais aussi des charges incombant à chaque partenaire.

Article 61

Reformulation du rapport au Parlement du Gouvernement sur la tarification à l'activité (T2A)

Cet article organise la fusion de trois rapports en un seul, présentant ainsi une vision cohérente et articulée des actions menées en termes de financement des établissements de santé. Cet article précise, qu'avant le 15 septembre de chaque année, le Gouvernement adressera au Parlement un rapport sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé, incluant un bilan rétrospectif et présentant les évolutions envisagées. Ce rapport devra également préciser les dispositions prises sur la tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés, les actions engagées afin de mesurer et prévenir les conséquences de la tarification à l'activité sur le nombre des actes, la qualité des soins, les activités de santé publique et la prise en charge des pathologies chroniques. Ce rapport abordera aussi les dotations finançant les Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, telles que mentionnées à l'article L. 162-22-13, avec une analyse du bien-fondé du périmètre des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation des établissements de santé, de l'évolution du montant annuel de la dotation nationale de financement de ces missions, de celle du montant des dotations régionales et de celle du montant des dotations attribuées à chaque établissement ainsi que des critères d'attribution de ces dernières aux établissements et, enfin, il traitera du processus de convergence des tarifs.

Article 62

Prescription annuelle des actions des établissements de santé vis-à-vis de l'Assurance-Maladie

Cet article réduit à un an contre actuellement 2 ans et un trimestre, l'action des établissements de santé publics et privés visés dans les rubriques a) à d) de l'article L 162-22-6 du CSP et ce, à compter de la date de la fin de séjour hospitalier ou de la réalisation de

l'acte pour les consultations et actes externes, ce qui impacte la possibilité d'émettre et corriger les données de facturation. Passé ce nouveau délai d'un an, l'action des établissements tarifés à l'activité auprès de l'Assurance-Maladie pour le paiement des prestations réalisées ne sera plus possible. Cet article contribue aux actions visant à corriger les incertitudes portant sur les réalisations des sous-objectifs de l'ONDAM relatifs aux établissements financés en T2A. Le délai de 2 ans et 1 trimestre était jugé incompatible avec un pilotage infra-annuel pertinent de l'ONDAM qui nécessite de disposer rapidement des données de dépenses. Les établissements MCO doivent dès à présent organiser de manière optimale le recueil, la qualité et l'exhaustivité des données d'activité permettant d'aboutir à une facturation de qualité et, le cas échéant, accélérer les opérations de corrections de leurs données de facturation.

L'action préventive de la FEHAP a permis d'éviter que la même règle de prescription annuelle puisse s'appliquer aux établissements médico-sociaux financés par des prix de journée acquittés par l'Assurance-Maladie.

Article 63 **Report de l'échéance de la T2A pour les activités de médecine des hôpitaux locaux à mars 2013**

Les hôpitaux locaux entreront en Tarification à l'Activité au 1^{er} mars 2013 pour leurs activités de court séjour. La date initialement prévue le 1^{er} janvier 2012 ne semblait techniquement pas possible à mettre en œuvre. L'année 2012 sera mise à profit par ces établissements pour se préparer.

Article 65 **Création d'un Fonds d'Intervention Régional**

Cet article crée le Fonds d'Intervention Régional (FIR). A la suite d'un rapport IGAS-IGF de 2010 et des constats de plusieurs rapports parlementaires sur la faiblesse des marges de manœuvre des ARS, de mesures de fongibilité FIQCS-FMESPP limitées en 2011, le Gouvernement a souhaité regrouper progressivement au sein d'un fonds, mobilisé en régions par les ARS, les crédits dont elles disposent autour de politiques publiques cohérentes et complémentaires : permanence et continuité des soins, parcours de santé et coordination des soins, santé publique... Le FIR finance les actions et expérimentations décidées par les ARS en faveur de la performance, de la qualité et de la coordination et de la permanence des soins, de la qualité et de la coordination des soins, de la modernisation-adaptation-restructuration de l'offre de soins, de l'amélioration des conditions de travail. Mais également des actions en faveur de la prévention et promotion de la santé et de la sécurité sanitaire, la mutualisation au niveau régional des moyens des structures sanitaires, notamment en matière de système d'information en santé et d'ingénierie de projet.

Le FIR bénéficie des parts régionales du FIQCS et FMESPP (hors investissement), de l'enveloppe PDSA, de la MIG PDSES, de crédits de prévention (Etat et FNPEIS). Il s'agit donc de Dotations : Assurance-Maladie, Etat, le cas échéant CNSA.

La gestion financière et comptable du FIR est assurée par l'Assurance-Maladie. Les orientations régionales du fonds seront déterminées par le Conseil National de Pilotage des ARS. La répartition régionale sera fixée chaque année par arrêté, les décisions de financement relèvent de l'ARS. Le Fonds sera suivi dans les annexes 7 (relative à l'ONDAM) et 8 (relative aux opérateurs) du PLFSS. Celles-ci retraceront notamment l'utilisation des crédits par mission et par bénéficiaire et leur comptabilisation dans l'ONDAM et un rapport au Parlement sera transmis avant le 15 octobre de chaque année.

Le FIR vise un décloisonnement entre le sanitaire, le médico-social et des deux logiques de soins et de prévention et rassemble des crédits existants à ce titre. La FEHAP a souhaité que la destination des crédits fasse l'objet d'une explication auprès des Parlementaires. Nous incitons également les représentants régionaux FEHAP à demander à leurs ARS respectives la transparence sur l'utilisation des crédits régionaux, dans l'esprit de vote parlementaire.

Article 66 **Expérimentations en matière de transport sanitaire**

Cet article introduit par amendement a pour objet de permettre l'expérimentation par une ou plusieurs Agences Régionales de Santé de nouvelles modalités d'organisation et de financement des transports urgents effectués par les entreprises de transports sanitaires privées à la demande de la régulation médicale du SAMU-centre 15. En effet, les modalités principales de prise en charge des transports urgents par les ambulanciers étaient définies à ce jour dans le cadre de la garde départementale. Cette organisation ne permettait pas de répondre aux besoins, notamment au regard de nombreuses indisponibilités ambulancières, donnant lieu au financement d'interventions des sapeurs-pompier (à hauteur de 18 millions d'euros en 2010) pour un service déjà payé aux ambulanciers dans le cadre de leur forfait de garde. Par ailleurs, cette organisation était incomplète car elle ne concernait que les horaires de permanence des soins. Cette situation résultait du manque de souplesse de l'organisation de la garde qui était uniforme sur le territoire et ne permettait pas une adaptation fine des moyens aux besoins. Le texte a donc pour objectif de permettre aux ARS, en lien avec les CPAM, de définir une nouvelle organisation s'appuyant sur des modulations tarifaires et des modalités de financement adaptées aux contextes locaux, afin d'utiliser la tarification des transports sanitaires urgents comme un levier structurant de l'organisation.

Afin de conduire cette expérimentation, il était nécessaire de définir des dérogations à la réglementation actuelle.

Ces expérimentations pourront être menées, à compter du 1^{er} janvier 2012 et pour une période n'excédant pas cinq ans, sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents préhospitaliers réalisés à la demande du Service d'Aide Médicale Urgente, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité de l'offre de transports sanitaires urgents en régions. En pratique, l'ARS passe convention avec les organismes locaux d'Assurance-Maladie, l'établissement de santé siège du Service d'Aide Médicale Urgente et l'association départementale de transports sanitaires d'urgence la plus représentative comprenant un objectif de maîtrise des dépenses. La convention est soumise pour avis au sous-comité des transports sanitaires de l'Agence Régionale de Santé.

Une évaluation de ces expérimentations est prévue (le gain financier, la couverture du territoire et la disponibilité de la prise en charge ambulancière) et les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations font l'objet d'un décret en Conseil d'Etat.

Article 67 **Expérimentations sur le lien entre financement et indicateurs qualité dans le secteur des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)**

Cet article prévoit que des expérimentations pourront être menées par les ARS sur les règles de tarification des EHPAD dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins. La loi précise que les EHPAD expérimentateurs seront des EHPAD volontaires. Ces expérimentations ne pourront être conduites que sur les exercices 2012, 2013 et 2014.

Dans ce contexte, le forfait global soins pourra être majore d'un forfait déterminé en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficacité. La liste de ces indicateurs sera fixée ultérieurement par décret.

Ces expérimentations seront mises en œuvre selon un cahier des charges approuvé par décret en Conseil d'Etat, ce qui implique nécessairement la consultation de la section sociale du CNOSS en amont de l'approbation. Elles donneront lieu à un rapport d'évaluation préalable à la décision d'une éventuelle généralisation.

Pour revenir sur l'origine de cet article, le Gouvernement avait proposé initialement que le forfait global soins des EHPAD pouvait être **modulé**, dans le cadre d'une expérimentation, en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficience.

La FEHAP a proposé en première intention un amendement de suppression aux motifs, notamment, que :

- l'expérimentation, telle qu'elle était envisagée, ne permettait pas de garantir la reconnaissance du niveau de dépendance et des besoins en soins médico-techniques requis par les résidents, entraînant une insécurité importante pour les établissements et leur financement au titre de l'Assurance-Maladie ;
- l'expérimentation ne concernait que la dotation soins. Or, la qualité et l'efficience de la prise en charge des personnes âgées accueillies en EHPAD doivent s'apprécier de manière globale (pas seulement sur le soin) ;
- les conditions de modulation des montants des éléments de tarification afférents aux soins sont déjà prévues par le CASF : ces dispositions sont actuellement inopérantes dans l'attente de la publication du décret relatif à la tarification des EHPAD.

Dans le cadre du dernier vote de l'Assemblée Nationale, la FEHAP a défendu et obtenu, avec le soutien de la FNAQPA, de la FHF et du SYNERPA, une modification de la rédaction visant à remplacer le mot « modulation » par le mot « **majoration** », ce qui transfigure positivement la nature, les objectifs et les modalités potentielles de ce dispositif.

Article 68

Prorogation des conventions tripartites des EHPAD en cas de refus de renouvellement des autorités (faute de crédits)

En cas de refus de renouvellement de la convention pluriannuelle tripartite par le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé ou le Président du Conseil Général, la convention est réputée prorogée pendant une durée maximale d'un an. L'article 68 de la LFSS pour 2012 modifie l'article L. 312-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles en prévoyant qu'une prorogation tacite s'impose aux autorités de contrôle et de tarification comme aux établissements.

Si une prorogation tacite apporte de la sécurité juridique aux gestionnaires d'EHPAD au regard du droit des autorisations, celle-ci est relative dans la mesure où elle peut être prise sur la base d'un acte unilatéral émanant des autorités de contrôle et de tarification.

La FEHAP avait proposé un amendement qui recensait l'ensemble des causes possibles de blocages, telles que refus de l'établissement, l'incapacité des parties à s'accorder sur le contenu de la nouvelle convention, ou bien encore le refus de renouvellement par le Directeur de l'ARS ou le PCG pour des raisons financières. Si cette rédaction n'a pas pu être maintenue à l'issue des débats, le délai d'un an proposé par la FEHAP contre l'avis du Gouvernement qui souhaitait une prorogation de deux ans, a été conservé.

Article 70

Mise en place d'expérimentations destinées à décroiser les parcours de soins et à fluidifier l'accompagnement des assurés sociaux

Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) a rendu un rapport en juin 2011, établi sur la conduite de Denis Piveteau, mettant en évidence un fort potentiel d'optimisation de l'organisation des parcours de vie et de soins de nos concitoyens âgés et vulnérables, pour autant que l'on sache mobiliser le professionnalisme et la motivation de la communauté professionnelle.

L'analyse du HCAAM a été portée dans une proposition d'amendement de la FEHAP, reprise par le Gouvernement avec quelques modifications en première lecture à l'Assemblée Nationale, pour aboutir à cet article 70. L'expérimentation va consister en la définition de projets-pilotes dans certains territoires, sorte de « zones franches » dans lesquelles des innovations organisationnelles pourront permettre de construire de véritables décroissements des politiques en direction des personnes âgées. Il s'agit d'une hypothèse stimulante qui mérite d'être expérimentée, à la condition de savoir embrasser à la fois le champ social, médico-social et sanitaire : la chaîne de soins et d'accompagnement doit être impliquée dans ses différentes composantes.

Article 71

Rapport du Gouvernement au Parlement sur les écarts de charges sociales et fiscales dans les EHPAD et les SSIAD avant le 30 juin 2012

Cette disposition est importante dans le contexte de préparation d'une réforme de la tarification des Services de Soins Infirmiers d'Aide à Domicile qui entend ajuster les allocations de ressources avec les services rendus, décrits de manière statistique. Au-delà du débat actuel quant à la fidélité des outils statistiques envisagés par l'administration pour la juste description des besoins des bénéficiaires, il est important d'ores et déjà que les contraintes spécifiques de charges sociales et fiscales puissent être prises en compte, à défaut de quoi l'apparente égalité de traitement budgétaire des structures publiques et privées masquerait une différence de financement alloué pour des usagers présentant des caractéristiques comparables.

Cette traduction des initiatives parlementaires répétées de la FEHAP s'inscrivait dans un contexte délicat, puisqu'une disposition similaire avait été adoptée par le Parlement lors de la LFSS 2011 (article 83), mais avait été censurée par le Conseil constitutionnel. Entre temps, le Gouvernement a évolué et s'est approprié l'analyse de la FEHAP, visant une objectivation du sujet. Aussi, cet article 71 permet d'assurer l'inscription de ce sujet au programme de travail des Inspections Générales en 2012.

Article 72

Financement de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et intégration d'une dotation à l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH) pour le financement d'Etudes Nationales de Coûts

Dans le cadre des missions de la CNSA fixées au 11° du I de l'article L.14-10-1, celle-ci réalise, dans des conditions fixées par voie réglementaire, une étude relative à l'analyse des différents coûts de revient et tarifs des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 et qui relèvent de sa compétence, soit les établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées.

Pour la réalisation de ces études, la CNSA peut faire appel aux ressources de l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH). C'est dans ce cadre que le budget de la

CNSA est doté d'un budget spécifique ayant vocation à financer la prestation réalisée par l'ATIH pour son compte.

Les premières études de coûts réalisées par l'ATIH concerneront les SSIAD et les EHPAD.

Article 73

Répartition de la charge financière des évaluations entre les différents financeurs des établissements et services médico-sociaux

Cet article lève les ambiguïtés nées à l'occasion de la publication de la circulaire de campagne budgétaire 2011 des établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées : cette dernière posait un dispositif de financement des évaluations contraire aux dispositions prévues dans l'instruction comptable M22.

Désormais, il est précisé dans un article L. 312-8-2 du CASF que les charges liées aux évaluations des établissements et services sociaux et médico-sociaux prévues à l'article L. 312-8 du CASF sont amortissables, conformément aux instructions comptables en vigueur.

Par ailleurs et conformément aux demandes répétées des organisations représentatives du secteur, cette charge est répartie entre les différents financeurs dans les EHPAD et les structures du 7° du I de l'article L. 312-1 du CASF. La charge ne pèse en conséquence pas sur une seule section tarifaire ou un unique financeur.

Article 75

Modalités de facturation des soins programmés aux patients étrangers hors accords internationaux de la France

Cet article pose le principe d'une dérogation aux règles de facturation existantes pour la prise en charge des soins hospitaliers programmés prodigués à des étrangers en situation régulière par les établissements hospitaliers. Pour les soins hospitaliers programmés ne relevant pas d'une mission de service public mentionnée à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, les établissements de santé peuvent déterminer les tarifs de soins et d'hébergement facturés aux patients non couverts par un régime d'Assurance-Maladie régi par le présent code, à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat définie à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, des patients relevant des soins urgents définis à l'article L. 254-1 du même code, des patients accueillis dans le cadre d'une intervention humanitaire et des patients relevant d'une législation de sécurité sociale coordonnée avec la législation française pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles en application des traités, accords et règlements internationaux auxquels la France est partie. Cette disposition nouvelle permet aux établissements ex-DG de surmonter deux difficultés liées au dispositif actuel : une tarification des prestations réalisée sur la base des tarifs journaliers de prestations qui ne permettait pas de couvrir l'intégralité des dépenses engagées (Molécules onéreuses et Dispositifs Médicaux, notamment) et levée de l'impossibilité pour les établissements qui le souhaitent de déroger aux règles de facturation existantes pour la prise en charge de cette catégorie de patients.

Article 80

Financement d'expertises de l'ATIH

Cet article ouvre la possibilité pour le Fonds pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP) d'assurer le financement des études réalisées par l'Agence Technique de l'Informatisation sur l'Hospitalisation (ATIH).

Article 81

Montants des différents fonds de ressources pour 2012

Cet article fixe les montants des fonds suivants :

- le Fonds d'Aide à la Qualité et à la Coordination des Soins de Ville (FIQCS) est fixé à 250 millions d'euros pour 2012. Le montant maximal des dépenses de ce fonds est fixé à 281 millions d'euros pour l'année 2012 ;
- le Fonds pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP) est fixé à 285,87 millions d'euros pour l'année 2012 ;
- le montant de la dotation globale pour le financement de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des accidents iatrogènes et des infections nosocomiales est fixé à 55 millions d'euros ;
- un montant alloué au financement des Agences Régionales de Santé est fixé à 151 millions d'euros au titre de leur budget de gestion et à 40 millions d'euros au titre de leurs actions de prévention pour l'année 2011 ;
- le montant de la participation des régimes obligatoires d'Assurance-Maladie au financement des Agences Régionales de Santé au titre de leur budget de gestion est fixé, pour l'année 2012, à 160 millions d'euros ;
- le montant de la contribution de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie au financement des Agences Régionales de Santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées est fixé à 64,55 millions d'euros pour l'année 2012 qui sont répartis entre actions par arrêté du ministre chargé des personnes âgées et des personnes handicapées.
- le montant de la participation des régimes obligatoires d'Assurance-Maladie au financement de l'Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS) est fixé, pour l'année 2012, à 20 millions d'euros.

Article 83

Objectifs de dépenses de l'Assurance-Maladie pour 2012

Pour l'année 2012, les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :

- 1° pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de Sécurité Sociale, à 186,2 milliards d'euros ;
- 2° pour le régime général de la Sécurité Sociale, à 161,6 milliards d'euros.

La progression de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance-Maladie (ONDAM) est fixée à 2,5 % pour 2012 avec :

- un ONDAM soins de ville à + 2,1 % ;
- un ONDAM hospitalier à + 2,3 % ;
- un ONDAM médico-social à + 3,8 %.

Article 84
Définition des sous-objectifs de l'ONDAM pour 2012

Pour l'année 2012, l'Objectif National de Dépenses d'Assurance-Maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

	<i>(En milliards d'euros)</i>
	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	78,9
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	55,3
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,3
Contribution de l'Assurance-Maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,0
Contribution de l'Assurance-Maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,4
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	1,2
Total	171,2

Article 88
Accélération de l'entrée en vigueur de la réforme des retraites

Face aux difficultés liées à l'endettement de la France, le Gouvernement a décidé d'accélérer l'entrée en vigueur de la réforme des retraites introduite par la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010.

Initialement, il était prévu que l'âge d'ouverture du droit à une pension de retraite serait fixé à 62 ans pour les assurés nés à compter du 1^{er} janvier 1956.

L'article 88 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale anticipe la mise en place de la réforme d'une année : l'âge d'ouverture du droit à une pension de retraite est fixé à 62 ans pour les assurés nés à compter du 1^{er} janvier 1955.

Pour tenir compte de l'entrée en vigueur progressive du nouvel âge d'ouverture du droit à une pension de retraite, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2012 précise que cet âge sera fixé par décret pour les assurés nés avant le 1^{er} janvier 1955 et, pour ceux nés entre le 1^{er} juillet 1951 et le 31 décembre 1954, de manière croissante :

- à raison de 4 mois par génération pour les assurés nés entre le 1^{er} juillet 1951 et le 31 décembre 1951 ;
- à raison de 5 mois par génération pour les assurés nés entre le 1^{er} janvier 1952 et le 31 décembre 1954 :

Date de naissance	Age légal d'ouverture du droit à pension de retraite
Avant le 1 ^{er} juillet 1951	60 ans
A compter du 1 ^{er} juillet 1951	60 ans et 4 mois
A compter du 1 ^{er} janvier 1952	60 ans et 9 mois
A compter du 1 ^{er} janvier 1953	61 ans et 2 mois
A compter du 1 ^{er} janvier 1954	61 ans et 7 mois
A compter du 1 ^{er} janvier 1955	62 ans
Génération suivantes	62 ans

Ces modifications auront également un impact sur l'âge auquel un assuré est en droit d'obtenir une pension de retraite à taux plein.

La loi de 2010 prévoyait une réévaluation progressive de cet âge à 67 ans. La Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2012 maintient cet âge de 67 ans mais accélère l'entrée en vigueur de la réforme selon les modalités suivantes :

Date de naissance	Age d'obtention d'une retraite à taux plein
Avant le 1 ^{er} juillet 1951	65 ans
A compter du 1 ^{er} juillet 1951	65 ans et 4 mois
A compter du 1 ^{er} janvier 1952	65 ans et 9 mois
A compter du 1 ^{er} janvier 1953	66 ans et 2 mois
A compter du 1 ^{er} janvier 1954	66 ans et 7 mois
A compter du 1 ^{er} janvier 1955	67 ans
Génération suivantes	67 ans

La réforme des retraites initiée en 2010 entrera donc définitivement en vigueur en 2017 au lieu de 2018.

II. Dispositions impactant le secteur sanitaire, social et médico-social censurées par le Conseil constitutionnel (Décisions n° 2011-642 DC du 15 décembre 2011)

La LFSS pour 2012 comprend 129 articles, le Conseil constitutionnel a censuré plusieurs articles qui sont toutefois présentés dans la présente note, compte tenu de la forte probabilité du retour dans un autre vecteur législatif des dispositions censurées, mais qui ont toutefois été adoptées par le Parlement, le plus souvent avec l'accord du Gouvernement. Ainsi, il est à noter qu'une proposition de loi dédiée au sujet des médecins étrangers va être examinée par la Commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale, mi-janvier 2012, ce qui apporte un espoir d'aboutissement rapide de cette disposition adoptée mais censurée pour cavalier social dans le cadre du PLFSS 2012.

Article 50 Dépistage précoce de la surdité

Cette disposition avait déjà été largement débattue dans le cadre de la loi dite «*Fourcade*». Elle est désormais introduite par la LFSS et vise à généraliser et rendre obligatoire le dépistage précoce de la surdité. Cet objectif de santé public sera mis en œuvre par l'organisation de ce dépistage avant la fin du 3^e mois de l'enfant. Ce dépistage comprendra :

- 1^o un examen de repérage des troubles de l'audition réalisé avant la sortie de l'enfant de l'établissement de santé dans lequel a eu lieu l'accouchement ou dans lequel l'enfant a été transféré ;
- 2^o lorsque celui-ci n'a pas permis d'apprécier les capacités auditives de l'enfant, des examens complémentaires réalisés avant la fin du troisième mois de l'enfant dans une structure spécialisée dans le diagnostic, la prise en charge et l'accompagnement des troubles de l'audition agréée par l'Agence Régionale de Santé territorialement compétente ;
- 3^o une information sur les différents modes de communication existants, en particulier la langue mentionnée à l'article L. 312-9-1 du code de l'éducation, et leur disponibilité au niveau régional ainsi que sur les mesures de prise en charge et d'accompagnement des troubles de l'audition susceptibles d'être proposées à l'enfant et à sa famille.

Les résultats de ces examens seront transmis aux titulaires de l'autorité parentale et inscrits sur le carnet de santé de l'enfant. Lorsque des examens complémentaires sont nécessaires, les résultats sont également transmis au médecin de la structure mentionnée au 2^o du présent article.

Ce dépistage sera gratuit pour les familles.

Pour la mise en place de ce dispositif, les ARS devront après, concertation, établir un programme de dépistage précoce des troubles de l'audition qui détermine les modalités et les conditions de mise en œuvre de ce dépistage. En ce sens, un cahier des charges national doit être établi par arrêté après avis de la Haute Autorité de santé et du Conseil national de pilotage des Agences Régionales de Santé dans les six mois suivant la promulgation de la LFSS. Les ARS doivent mettre en œuvre ce dépistage dans les deux ans suivant la promulgation de la présente loi. Un rapport devra au bout de trois ans dresser un bilan (réalisation des objectifs de dépistage, diagnostic et prise en charge précoces, des moyens mobilisés, des coûts associés et du financement de ceux-ci et permet une évaluation de l'adéquation du dispositif mis en place à ces objectifs).

Article 51

Réaménagement de l'autorisation spéciale d'exercice des médecins étrangers hors Union Européenne

L'article 83 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2007 n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 avait introduit une autorisation spéciale d'exercice à l'égard de certains médecins étrangers titulaires d'un diplôme hors Union Européenne (UE). Ce dispositif permettait à ces médecins d'exercer leur profession de manière dérogatoire aux conditions de droit commun et ce, jusqu'au 31 décembre 2011 au plus tard. Les médecins concernés pouvaient jusqu'à cette date bénéficier de la procédure d'autorisation d'exercice de droit commun sans que le nombre maximum de candidats leur soit opposable.

Les bénéficiaires de cette autorisation spéciale d'exercice étaient les praticiens ayant exercé des fonctions rémunérées avant le 10 juin 2004 dans un établissement de santé public ou privé Participant au Service Public Hospitalier et ayant exercé des fonctions rémunérées au cours des deux années précédant le 22 décembre 2006 durant au moins deux mois de façon continue.

Ce dispositif arrivait à son terme sans que tous les médecins concernés aient pu se rattacher à la procédure d'autorisation d'exercice de droit commun réaménagée par la loi de 2006. Afin de sécuriser l'exercice de ces professionnels dont le concours apparaît indispensable à la continuité des soins, la FEHAP avait interpellé Nora BERRA, Secrétaire d'Etat chargée de la Santé.

L'article 83 de la loi de 2006 avait ainsi fait l'objet d'un réaménagement.

Désormais, les médecins titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre obtenu dans un Etat non membre de l'UE ou non partie à l'accord sur l'Espace Economique Européen (EEE) et permettant l'exercice de la profession dans le pays d'obtention de ce titre, recrutés avant le 3 août 2010 et ayant exercé des fonctions rémunérées dans un établissement public de santé ou un Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC), pouvaient continuer à exercer ces fonctions jusqu'au 31 décembre 2014.

A charge pour ces praticiens de se présenter aux épreuves de la procédure d'autorisation d'exercice avant cette date dès lors qu'ils justifient :

- avoir exercé des fonctions rémunérées pendant au moins deux mois continus entre le 3 août 2010 et le 31 décembre 2011 ;
- avoir exercé trois ans en Equivalent Temps Plein à concurrence d'au moins cinq demi-journées par semaine à la clôture des inscriptions aux épreuves organisées l'année considérée.

Les candidats ayant satisfait aux épreuves effectuaient une année probatoire de fonctions rémunérées dans un établissement public de santé ou un ESPIC. A l'issue de cette année, l'autorisation d'exercice de leur profession pouvait leur être délivrée par le ministre de la santé qui se prononçait après avis de la commission d'autorisation d'exercice. Les fonctions exercées avant la réussite à ces épreuves pouvaient être prises en compte après avis de la commission compétente.

Il est à noter qu'une proposition de loi dédiée à ce sujet va être examinée par la Commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale, mi-janvier 2012, ce qui apporte un espoir d'aboutissement rapide.

Article 64

Inclusion des médecins des centres pratiquant des examens de santé gratuits dans la politique vaccinale

Cet article ouvrait la possibilité pour les centres d'examen de santé de pratiquer les vaccinations nécessaires sur place dans le même temps que le bilan de santé par les médecins des centres.

Article 69

Présomption légale de non-requalification en contrat de travail pour les coopérations entre professionnels de santé libéraux et Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) pour personnes âgées et pour personnes handicapées

Cet article visait à éviter que les coopérations encouragées entre professionnels de santé libéraux et SSIAD ne puissent se traduire en requalifications en contrat de travail.

Cette disposition qui s'inscrivait dans le cadre des initiatives parlementaires répétées de la FEHAP venait compléter l'article 7 de la loi Fourcade qui garantit une non-perte des abattements conventionnels de cotisations sociales lorsque les honoraires des professionnels libéraux sont acquittés par des établissements et services sanitaires et médico-sociaux.

Pour autant, cette disposition ne s'appliquait qu'aux seuls SSIAD et EHPAD dans la mesure où l'écriture du texte conditionne cette non-requalification à l'existence d'un dispositif de contrat-type ou de convention entre professionnels de santé libéraux et établissements et services médico-sociaux à l'instar des EHPAD avec les médecins et masseurs-kinésithérapeutes et des SSIAD, d'une convention pour les relations avec les infirmiers libéraux.

Adopté tant par l'Assemblée Nationale que par le Sénat, dans sa nouvelle composition, il est possible d'espérer qu'un nouveau vecteur législatif permettra de rétablir cet article.

Loi de Finances pour 2012

Principales dispositions concernant les établissements sanitaires,
sociaux et médico-sociaux

Loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011

SOMMAIRE

Article	Thème	Page
32	Reconduction du Fonds de Mobilisation Départemental pour l'Insertion (FMDI)	23
38	Compensation aux départements des charges résultant de la mise en œuvre du Revenu de Solidarité Active (RSA)	23
128	Accompagnement mutualisé à la scolarisation des enfants handicapés	23
146	Fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés par des professionnels de santé	23
149	Financement du Revenu de Solidarité Active (RSA) en faveur des jeunes actifs	24
150	Diverses dispositions concernant le secteur de l'aide à domicile	24
157	Réaménagement des exonérations fiscales et sociales accordées aux employeurs situés en Zone Franche Urbaine (ZFU)	25

Le Projet de Loi de Finances pour 2012 a été élaboré dans la perspective d'un rétablissement du déficit budgétaire à 3 % du Produit Intérieur Brut (PIB) en 2013. Toutefois, la dégradation de la conjoncture économique et l'ampleur de la crise liée aux dettes souveraines des Etats membres de la zone euro ont incité le Gouvernement à revoir ses prévisions et à accentuer les efforts budgétaires de l'Etat. Les nouvelles mesures d'austérité devraient permettre d'atteindre un déficit de 4,5 points de PIB en 2012, après 5,7 points en 2011 et 7,1 points en 2010.

Le Projet de Loi de Finances pour 2011 prévoyait la restriction aux entreprises de moins de dix salariés de l'exonération de charges sociales prévue pour les organismes d'intérêt général situés en Zones de Revitalisation Rurale (ZRR).

Soucieuse d'assurer le maintien d'une mesure favorable à l'emploi et au développement de l'espace rural, la FEHAP avait sollicité la préservation de l'exonération. La mobilisation des adhérents de la Fédération au cours du débat parlementaire avait non seulement permis le retrait de cette mesure en 2011, mais a également prévenu la résurgence de celle-ci dans le Projet de Loi de Finances pour 2012.

Article 32
Reconduction du Fonds de Mobilisation Départemental pour l'Insertion (FMDI)

L'article reconduit en 2012 le FMDI, créé par l'article 37 de la Loi de Finances pour 2006. La Loi de Finances rectificative pour 2006 avait doté ce fonds de 500 M€ et limité la mise en œuvre de ce dispositif à la période 2006-2008. Il a ensuite été reconduit à trois reprises en 2009, 2010 et 2011. L'article comprend des dispositions de coordination, permettant notamment de prendre en compte la généralisation, au 1^{er} janvier 2011, du Revenu de Solidarité Active (RSA) dans les Départements d'Outre-mer (DOM).

Article 38
Compensation aux départements des charges résultant de la mise en œuvre du Revenu de Solidarité Active (RSA)

L'article ajuste de manière pérenne le droit à compensation des départements métropolitains, des Départements d'Outre-mer et de Saint-Pierre-et-Miquelon, au titre de la généralisation du Revenu de Solidarité Active (RSA), celle-ci s'étant traduite par la prise en charge par les départements et certaines collectivités d'Outre-mer du montant forfaitaire majoré du RSA (anciennement allocation de parent isolé).

Article 128
Accompagnement mutualisé à la scolarisation des enfants handicapés

Cet article introduit, à côté de l'aide individualisée, la possibilité pour des enfants scolarisés ne souffrant pas d'un handicap grave de bénéficier d'une aide mutualisée à la scolarisation, apportée par un assistant d'éducation. Il s'agit de donner un statut juridique aux 2 000 emplois d'assistants d'éducation financés par le PLF pour 2012 qui ont remplacé les auxiliaires de vie scolaire.

La mesure s'inspire des conclusions de la Conférence nationale du handicap du 8 juin 2011 ainsi que des préconisations des Maisons Départementales des Personnes Handicapées.

Le principe de l'aide mutualisée est posé par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), à partir des besoins particuliers de chaque élève.

Les assistants d'éducation peuvent être recrutés par les établissements d'enseignement public, ainsi que par les établissements privés sous contrat d'association avec l'Etat, après accord de l'Inspecteur d'académie.

Dans les cas où l'aide nécessaire ne comporte pas de soutien pédagogique, aucune condition de diplôme n'est exigée pour le recrutement d'un assistant d'éducation, ce qui permettra de faciliter cet accompagnement, notamment en zone rurale. Les modalités concrètes de l'aide mutualisée seront précisées par décret.

Article 146
Fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés par des professionnels de santé

L'article 146 de la Loi de Finances pour 2012 introduit dans le Code des assurances un chapitre consacré à la création d'un fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et mentionnés à l'article L. 1142-1 du Code de la Santé Publique (CSP).

Ce fonds, dorénavant prévu par l'article L. 426-1 du Code des assurances, est chargé, lorsque la responsabilité des professionnels libéraux est engagée, de régler la part du montant de l'indemnisation du préjudice des victimes (ou de leurs ayants droit) excédant le plafond fixé par le contrat d'assurance ou, s'il est supérieur, du plafond de garantie prévu par le contrat d'assurance (article L. 1142-2 CSP). Le fonds ne peut engager d'action récursoire contre les professionnels de santé concernés.

Lorsque le délai de validité de la couverture d'assurance est expiré, le fonds prend en charge l'intégralité de l'indemnisation. Dans cette hypothèse, le professionnel devra rembourser au fonds une somme égale à la franchise éventuellement prévue par le contrat d'assurance.

Le II de l'article L. 426-1 prévoit le financement du fonds dont les charges seront couvertes par les contributions annuelles versées par les professionnels de santé. Le montant de cette contribution forfaitaire sera fixé par arrêté et se situera entre 15 et 25 euros par an, le montant pouvant être modulé en fonction des professions.

Le Gouvernement devra remettre, avant le 31 décembre 2014, un rapport au Parlement sur l'application de l'article L. 426-1 et, notamment, sur l'adéquation de la contribution mentionnée ci-dessus.

Un bilan devra être établi avant le 31 décembre 2016.

Ce nouvel article est applicable à compter du 1^{er} janvier 2012.

Article 149 **Financement du Revenu de Solidarité Active (RSA) en faveur des jeunes actifs**

Pour l'année 2012, par exception aux dispositions de l'article L. 262-24 du code de l'action sociale et des familles, le Fonds National des Solidarités Actives (FNSA) finance la totalité des sommes payées au titre de l'allocation de RSA versée aux jeunes actifs de moins de 25 ans remplissant une condition d'activité professionnelle préalable. L'article reconduit cette modalité de financement dérogatoire.

Pour rappel, le dispositif de droit commun prévoit un financement par le département du RSA « socle » (part du RSA versé correspondant à la part forfaitaire du revenu garanti, ex-Revenu Minimum d'Insertion ou ex-allocation de parent isolé) et un financement par le FNSA du RSA servi en complément des revenus d'activité (part du RSA versé correspondant à la part du revenu garanti qui est variable selon les revenus d'activité).

L'intégralité du RSA versé aux jeunes de 18 à 24 ans a été prise en charge par le FNSA en 2010 et 2011. Cet article maintient ce financement pour 2012.

Article 150 **Diverses dispositions concernant le secteur de l'aide à domicile**

1. Des crédits exceptionnels pour répondre aux difficultés du secteur de l'aide à domicile

Pour répondre aux difficultés rencontrées par le secteur de l'aide à domicile, une dotation exceptionnelle de l'Etat de 50 millions d'euros va permettre de financer la restructuration des services d'aide à domicile prestataires, agréés et autorisés. Elle sera versée en deux tranches de 25 millions d'euros en 2012 et 2013.

Un arrêté conjoint des ministres chargés du budget, de la Sécurité Sociale et de la cohésion sociale définira le montant de cette dotation, les critères et les modalités de sa répartition entre les services.

Ce sont les Agences Régionales de Santé qui répartiront ces crédits et ce, à l'issue d'une instruction par la commission de coordination des politiques publiques de santé dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux.

Ces crédits donneront lieu à la signature d'une convention de financement entre le gestionnaire et les financeurs qui fixera les obligations respectives des parties signataires, notamment au regard des objectifs contractuels permettant de déterminer les conditions financières et organisationnelles de retour à l'équilibre financier. Pour les services d'aide et d'accompagnement autorisés, cette convention de financement pourra prendre la forme d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), financé par un forfait global, n'excédant pas trois ans. Son contenu sera déterminé par arrêté.

2. Des expérimentations relatives aux modalités tarifaires des services d'aide et d'accompagnement à domicile

A compter du 1^{er} janvier 2012, de nouvelles modalités de tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile pourront être expérimentées pour une durée n'excédant pas trois ans.

Les présidents des Conseils généraux peuvent s'y associer. Ils devront alors remettre, en fin d'expérimentation, un rapport d'évaluation aux ministres chargés de la famille, des personnes âgées et des personnes handicapées, du budget et des collectivités territoriales.

Ces expérimentations devront respecter un cahier des charges approuvé par arrêté.

Article 157

Réaménagement des exonérations fiscales et sociales accordées aux employeurs situés en Zone Franche Urbaine (ZFU)

Les Zones Franches Urbaines (ZFU) sont destinées à relancer l'activité économique et à favoriser l'insertion sociale et professionnelle dans les quartiers sensibles. La délimitation de ces zones s'effectue par décret. Il est possible de consulter le plan des ZFU sur le site : www.ville.gouv.fr

En application des articles 12 et 12-1 de la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 modifiée relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville, les associations qui s'implantent en ZFU et qui remplissent un certain nombre de critères peuvent bénéficier d'exonérations fiscales et sociales. L'exonération sociale prévue porte sur les cotisations patronales d'assurances sociales (maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès) et d'allocations familiales, ainsi que sur le versement transport et les contributions au FNAL. Elle est accordée pour une période initiale de cinq ans.

Une circulaire DSS/DIV/DGFAR n° 2004-367 du 30 juillet 2004 apporte nombre de précisions sur ce dispositif.

Ce mécanisme était prévu jusqu'au 31 décembre 2011.

La Loi de Finances pour 2012 proroge le dispositif jusqu'au 31 décembre 2014.

L'attractivité du régime social et fiscal des ZFU doit être prise en compte dans les réflexions tendant à la création de nouveaux établissements et services

Annexe : Etat récapitulatif du PLFSS 2012

N° débat	N° Publication	Titre	Actions
10 bis	13	Exonération de charges pour les services à domicile	
33	47	Evolution des compétences de la Haute Autorité de Santé (HAS), notamment sur le plan médico-économique	
34	49	Valorisation de l'exercice pluriprofessionnel des professionnels de santé libéraux	
34 bis	50	Dépistage précoce de la surdité	
34 ter	51	Modalités d'exercice des médecins à titre étranger	Action FEHAP
34 sexies	53	Avis des fédérations hospitalières régionales représentatives sur les programmes de mise sous entente préalable en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)	Action FEHAP et FHP
34 septies	54	Prise en charge des frais de transport dans les Centres d'Accueil Médico-Social Précoce (CAMSP) et Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP)	Action FEHAP et ANECAMSP, UNIOPSS et APF
34 octies	55	Labellisations des contrats de complémentaire santé éligibles à l'aide à la souscription (ACS)	
34 nonies	56	Instauration d'un secteur optionnel des médecins libéraux	
35	57	Instauration d'objectifs de performance dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des établissements de santé. Consultation obligatoire de la HAS, de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance et des fédérations hospitalières représentatives	Action FEHAP et FHF
35 bis	58	Possibilités de déroger à l'interdiction des ristournes sur les actes de biologie dans le cadre de conventions avec des établissements de santé ou des Groupements de Coopération Sanitaire (GCS)	Action FEHAP et FHF
35 quinquies	61	Reformulation du rapport au Parlement du Gouvernement sur la tarification à l'activité (T2A)	
35 sexies	62	Prescription annuelle des actions des établissements de santé vis-à-vis de l'Assurance-Maladie	Action FEHAP
35 septies	63	Report de l'échéance de la T2A pour les activités de médecine des hôpitaux locaux à mars 2013	
35 octies	64	Inclusion des médecins des centres pratiquant des examens de santé gratuits dans la politique vaccinale	
36	65	Fonds d'Intervention Régional (FIR)	
36 bis	66	Expérimentations en matière de transport sanitaire	

37	67	Expérimentations sur le lien entre financement et indicateurs qualité dans le secteur des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)	Action FEHAP (expérimentations uniquement à la hausse des dotations soins) soutenue par FHF, SYNERPA et FNAQPA
37 bis A	68	Prorogation des conventions tripartites des EHPAD en cas de refus de renouvellement des autorités (faute de crédits)	Action FEHAP
37 bis E	69	Présomption légale de non-requalification en contrat de travail pour les coopérations entre professionnels de santé libéraux et Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) pour personnes âgées et personnes handicapées	Action FEHAP et UNA
37 bis	70	Expérimentations de décloisonnement ville/hôpital/médico-social dans des « <i>territoires-pilotes</i> »	Action FEHAP
37 ter	71	Rapport du Gouvernement au Parlement sur les écarts de charges sociales et fiscales dans les EHPAD et les SSIAD, avant le 30 juin 2012	Action FEHAP
38	72	Financements de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et intégration d'une dotation à l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH) pour le financement d'Etudes Nationales de Coûts	Suite de l'action FEHAP pour le LFSS 2010
38 ter	73	Répartition de la charge financière des évaluations entre financeurs des Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS)	Action ADF soutenue par la FEHAP
40	75	Modalités de facturation des soins programmés aux patients étrangers hors accords internationaux de la France	
45	80	Financements d'expertises de l'ATIH	
46	81	Financement du Fonds d'Intervention pour la Qualité de la Coordination des Soins (FIQCS)	
47	83	Objectifs de dépense de l'Assurance-Maladie pour 2012	
48	84	Définition des sous-objectifs 2012 de l'ONDAM	