



Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019

Déposé à l'Assemblée nationale le 10 octobre 2018

Rappel du calendrier

- **25 septembre 2018** : présentation officielle du PLFSS et transmission au Conseil d'État et caisses de sécurité sociale
- **10 octobre 2018** : présentation du texte en conseil des ministres
- **10 octobre 2018** : début des auditions à l'Assemblée nationale
- **16 – 19 octobre 2018** : examen du texte par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale
- **23 – 26 octobre 2018** : examen du texte en séance plénière de l'Assemblée nationale
- **30 octobre 2018** : vote solennel en première lecture et petite loi de financement de la sécurité sociale
- **6 – 9 novembre 2018** : examen du texte par la commission des affaires sociales du Sénat
- **13 – 16 novembre 2018** : examen du texte en séance plénière du Sénat

Présentation du projet de loi

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 poursuit différents objectifs :

- inscription dans la trajectoire des finances publiques présentée dans le cadre de la loi de programmation des finances publiques adoptée l'année dernière
- retour à l'équilibre de la sécurité sociale (régime de base et fonds de solidarité vieillesse) après 18 années de déficit et confirmation de l'apurement de la totalité de la dette sociale à l'horizon 2024
- libération de l'activité économique et de l'activité (baisse des cotisations sociales et salariales, transformation du crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE) en allègement de charges...)
- protection des plus vulnérables (mise en œuvre du plan « 100 % Santé » en optique, dentaire et audioprothèse, fusion de l'ACS et de la CMU-C, mise en œuvre de la stratégie nationale pour l'autisme...)
- transformation du système de santé (mise en œuvre du plan « Ma Santé 2022 », généralisation de la vaccination antigrippale par les pharmaciens d'officine, réforme des autorisations temporaires d'utilisation (ATU), renforcement du recours aux génériques, transcription de certaines mesures du Conseil stratégique des industries de santé (CSIS)).

Sont surlignés en **vert** les textes d'application des dispositions législatives contenues dans ce projet de loi.

PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2017

Article 1^{er} : Approbation des tableaux d'équilibre 2017

- Ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : -1,9 milliard d'euros, -4,8 milliards d'euros en comprenant le fonds de solidarité vieillesse (FSV).
- Régime général de sécurité sociale : -2,2 milliards d'euros, -5,1 milliards d'euros avec le FSV.
- Organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : -2,9 milliards d'euros.
- Dépenses du champ de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) : 190,7 milliards d'euros.
- Dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale : 15 milliards d'euros.

Article 2 : Approbation du rapport annexé sur les excédents ou déficits de l'exercice 2016 et le tableau patrimonial

DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2018

Article 3 : Rectification des dotations 2018 de la branche maladie

- Dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour sa mission d'indemnisation des accidents médicaux et des préjudices résultant de contaminations par les virus de l'immunodéficiência humaine (VIH), des hépatites B et C (VHB et VHC), et du virus T-lymphotrophique humain HTLV : 125 millions d'euros (+ 20 millions d'euros).

Article 4 : Suppression du fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP)

- Simplification du système de remboursement avec un remboursement qui s'effectuera uniquement par l'Assurance maladie et plus, en partie, par le FFIP. Sans impact sur l'ONDAM.

Article 5 : Rectification des tableaux d'équilibre 2018

- Solde toutes branches de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : 0,7 milliard d'euros.
- Solde toutes branches de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, y compris le fonds de solidarité vieillesse : -1,4 milliard d'euros.
- Solde toutes branches du régime général de sécurité sociale : 1,1 milliard d'euros.
- Solde toutes branches du régime général de sécurité sociale, y compris le fonds de solidarité vieillesse : - 1,0 milliard d'euros.
- Solde fonds de solidarité vieillesse : - 2,1 milliards d'euros.
- Amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale : 15,4 milliards d'euros.

Article 6 : Rectification de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) 2018 (195,4 milliards d'euros) et des sous-ONDAM 2018

Sous-objectifs	Objectifs de dépenses 2018 (Md€)	Objectifs de dépense 2017 (Md€)	Taux de variation (%)
Dépenses de soins de ville	89,5	86,8	3 %
Dépenses relatives aux établissements de santé	80,5	79	1 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,2	9	2 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,1	10,9	2 %
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional	3,3	3,3	0 %
Autres prises en charge	1,7	1,6	6 %
Total	195,4	190,6	2,5 %

TROISIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2019

Article 7 : Exonération de cotisations salariales sur le recours aux heures supplémentaires et complémentaires

- L'article 8 de la LFSS 2018 a exonéré les salariés de cotisations sociales en contrepartie de la hausse de la contribution sociale généralisée (CSG). Cette mesure devait s'appliquer en deux temps au cours de l'année 2018, en janvier et en octobre. En octobre 2018, les cotisations Assurance maladie et chômage ont été supprimées.
- Instaure un dispositif d'exonération de la part salariale des cotisations salariales sur les heures supplémentaires et complémentaire. L'impact de cette mesure est à nuancer du fait de la loi travail qui donne la possibilité aux entreprises de négocier directement avec les syndicats des accords sur le niveau de la majoration des heures supplémentaires.
- Pour les travailleurs salariés, la mesure exonère totalement la part salariale des cotisations d'assurance vieillesse de base et complémentaire sur les heures supplémentaires et complémentaires, ne laissant que la CSG et la CRDS. Cette mesure s'appliquera dès le 1^{er} septembre 2019.
- Cette mesure permet un gain de pouvoir d'achat de 11,3 % de la rémunération brute et d'un gain annuel moyen de pouvoir d'achat d'environ 200 €.

Article 8 : Mise en œuvre de la transformation en 2019 du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) et du crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS) en baisse pérenne de cotisations sociales pour les employeurs

- Transforme le CICE et le CITS en une baisse directe de cotisations patronales, réduisant le coût du travail de manière directe, favorisant l'embauche en ne changeant en rien les droits des salariés.
- La mesure se mettra en place en deux temps. Au 1^{er} janvier 2019 :
 - Allègement permanent des cotisations d'assurance maladie de 6 points pour les salaires inférieurs à 2,5 fois le SMIC, venant supplanter le CICE et le CITS.
 - Inclusion dans le dispositif d'exonération des cotisations patronales, des cotisations de retraite complémentaire obligatoire assurant la neutralité par rapport au CICE.
- Au 1^{er} octobre 2019 :
 - Allègement des cotisations patronales d'assurance chômage, permettant de dépasser les seuls allègements permis auparavant par le CICE de 4,05 points. Cela représentera *in fine*, un allègement total du coût du travail de 40 % de la rémunération brute.
- Les dispositifs suivants d'exonération seront réexaminés ou supprimés s'ils sont amenés à entrer dans le droit commun :
 - Exonérations en Outre-mer : les employeurs n'entrant pas dans les critères d'éligibilité des exonérations entreront dans le cadre des allègements généraux et compensant la suppression du CICE

- Exonérations au titre des travailleurs occasionnels : supprimées au profit des allègements généraux
- Exonérations au titre des contrats aidés : supprimées, bénéficieront des allègements généraux dès le 1^{er} octobre 2019
- Exonérations au titre des contrats de formation en alternance : supprimées au profit des allègements généraux
- Exonérations au titre des contrats dans le secteur des services à la personne : le dispositif est maintenu mais aligné sur les dispositifs d'allègement généraux pour augmenter les niveaux d'exonération à 40 %.

Article 9 : Prolongation de la durée de l'aide aux demandeurs d'emploi créant ou reprenant une entreprise (ACCRE) pour les exploitants relevant du micro-bénéfice agricole

- L'article 13 de la LFSS 2018 élargissait l'ACCRE, exonération complète ou dégressive, selon le revenu, de cotisations sociales. Cette disposition de la LFSS 2018 doit être effective au 1^{er} janvier 2019.
- Le présent article étend le bénéfice de la prolongation de cette exonération aux travailleurs indépendants soumis au régime des micros-bénéfices agricoles.

Article 10 : Rendre « plus équitable » la cotisation subsidiaire d'assurance maladie

- La mise en place de la protection universelle maladie (PUMA) a entraîné en 2016 la suppression de la cotisation à la couverture maladie universelle de base (CMU-b), remplacée par la cotisation subsidiaire maladie.
- Le présent article corrige les défauts suivants :
 - l'assujettissement des travailleurs indépendants et exploitants agricoles avec une activité déficitaire mais un capital élevé
 - la différence d'assujettissement parfois importante pour une variation modeste des revenus d'activités.
- **Par voie réglementaire, ajuste les modalités de calcul de la cotisation :**
 - l'abattement d'assiette passe de 25 % du PASS à 50 %
 - le taux de cotisation est ramené de 8 à 6,5 %.
- **Par voie réglementaire, doublement du seuil de revenus au-delà duquel la cotisation n'est plus due.**
- Plafonnement de la cotisation à 8 fois la valeur du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS).

Article 11 : Atténuation du franchissement du seuil d'assujettissement de la contribution sociale généralisée (CSG) au taux normal sur les revenus de remplacement

- La hausse du taux normal de CSG est venue accentuer l'effet de seuil pour les foyers situés entre le taux normal et le taux réduit, notamment les retraités.
- Le présent article réduit l'effet de seuil dû à l'augmentation du taux normal de CSG.
- Il est désormais nécessaire que le seuil défini soit dépassé au titre de deux années consécutives. Cela concernera environ 350 000 foyers de retraités qui sont actuellement dans le taux normal de cotisation. Cette mesure prendra effet à partir du 1^{er} janvier 2019.

Article 12 : Sécurisation de la participation des organismes complémentaires santé au financement des nouveaux modes de rémunération

- En 2012, les organismes complémentaires santé prenaient l'engagement de contribuer au forfait patientèle. Cet engagement a été renouvelé dans le cadre de la convention médicale du 25 août 2016.
- Le présent article sécurise leur engagement en instaurant une contribution à la prise en charge des modes de rémunération due par les organismes complémentaires. Cette contribution s'élèvera à 0,8 % des sommes versées au titre des contrats d'assurance maladie complémentaire et entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2019.
- **Le recouvrement de cette taxe sera précisé par décret en Conseil d'État.**

Article 13 : Poursuite de la simplification de la déclaration et du recouvrement des cotisations

- Simplification et modernisation des dispositifs de recouvrement des cotisations sociales, conformément au rapport rendu sur la modernisation de l'action publique pour 2022.
- Renforcement de la dématérialisation des démarches des particuliers.
- Renforcement de la dématérialisation des documents utilisés dans les relations entre les organismes de recouvrement et les cotisants.
- Réserver les déclarations de salaires dans le cadre du CESU aux personnes non soumises à l'obligation de dématérialisation.
- Dématérialisation de la déclaration sociale de revenus des travailleurs indépendants.
- Envoi électronique des mises en demeure et conservation des pièces justificatives susceptibles d'être examinées lors d'un contrôle sur support informatique.

Article 14 : Simplification de la procédure de dépôt des demandes de modifications mineures d'autorisation de mise sur le marché des médicaments (AMM)

- Cette mesure a été annoncée dans le cadre du CSIS de juillet 2018.
- Simplification de la demande d'autorisation de mise sur le marché d'un médicament auprès de l'ANSM à partir du 1^{er} janvier 2019.
- Suppression de l'acquittement du droit d'enregistrement pour les modifications simples, comme de modifications portant sur des informations purement administratives ou sur le conditionnement secondaire.
- Augmentation des montants des droits pour les demandes initiales d'AMM ou pour des modifications majeures à 60 000 € portant sur les demandes suivantes :
 - demande de renouvellement
 - demande de reconnaissance par au moins un autre État membre de l'Union européenne
 - demande d'autorisation d'importation parallèle.
- **Des augmentations des montants des droits pour les demandes initiales d'AMM ou pour des modifications majeures seront prévues par décret.**
- **Un décret en Conseil d'État fixe la liste des informations de nature administrative et technique et ne nécessitant pas une expertise scientifique qui fera qu'un médicament à usage humain ou vétérinaire ne sera pas soumis au paiement du droit de modification.**

Article 15 : Simplification et homogénéisation des mécanismes de la clause de sauvegarde pour les produits de santé

- Le Gouvernement, suite au CSIS de juillet 2018, a exprimé sa volonté de stabiliser et accroître la lisibilité du dialogue avec les industries de santé.
- Les taux Lh et Lv sont fusionnés et deviennent le taux M.
- Le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde est fixé à une progression de 0,5 % du chiffre d'affaires net des médicaments remboursables.
- Le taux M est élargi à l'ensemble des médicaments.
- Le chiffre d'affaires net de remise est désormais pris en compte.
- Le CEPS communique directement les montants des remises pour les entreprises redevables, **selon des modalités fixées par décret.**
- Cet article entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

Article 16 : Clarification des modalités de calcul des cotisations sociales des travailleurs indépendants

Article 17 : Modulation des sanctions applicables en matière de travail dissimulé

- Il a été constaté que les sanctions en matière de travail dissimulé ne changeaient pas en fonction de la taille ou la gravité de l'infraction.
- Modulation des annulations de réductions de cotisations de sécurité sociale.
- Réduction des majorations de retard lorsque le paiement des sommes dues intervient rapidement.
- Les dispositions du présent article s'appliqueront pour les contrôles à compter du 1^{er} janvier 2019.

Article 18 : Mesures d'efficience de la gestion financière des organismes de sécurité sociale

- Modernisation de la gestion financière et des versements des prestations sociales.
- Amélioration du versement des prestations sociales afin d'éviter les erreurs.
- Renforcement du contrôle interne.
- Capitalisation sur les compétences de l'ACOSS en matière de recouvrement et de gestion de trésorerie.

Article 19 : Transfert de recettes entre la sécurité sociale et l'État et entre régimes de sécurité sociale

- Transferts de recettes entre branches et organismes de sécurité sociale ou pour lesquels des recettes sont recouvrées ou centralisées par la sécurité sociale.
- Les branches du régime général équilibrent l'ACOSS au titre de sa mission de prise en charge des cotisations patronales d'assurance chômage.
- Affectation de 50 millions d'euros au financement de la transformation des services d'aide à domicile.

Article 20 : Reprise par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) des déficits portés en trésorerie par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)

- Suppression de la CADES maintenue à 2024.
- Autorisation d'un transfert de 15 milliards d'euros de l'ACOSS vers la CADES et financé en partie par la CSG.

Article 21 : Approbation du montant de la compensation de certaines exonérations de cotisations ou contributions sociales

- Ouverture de crédits à hauteur de 5,6 milliards d'euros pour compenser certaines exonérations.

Article 22 : Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV (en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Soldes
Maladie	217,5	218,0	-0,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,7	13,5	1,2
Vieillesse	241,4	241,2	0,3
Famille	51,5	50,3	1,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	511,3	509,1	2,2
Toutes branches (hors transferts entre branches) ; y compris Fonds de Solidarité Vieillesse	509,9	509,6	0,4

Article 23 : Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général et du FSV (en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Soldes
Maladie	216,0	216,4	-0,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,3	12,2	1,1
Vieillesse	137,6	136,9	0,7
Famille	51,5	50,3	1,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	405,2	402,7	2,5
Toutes branches (hors transferts entre branches) ; y compris Fonds de Solidarité Vieillesse	404,9	404,2	0,7

Article 24 : Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du fonds de réserve des retraites (FRR) et du fonds de solidarité vieillesse (FSV)

- Objectif d'amortissement de la dette sociale par la CADES : 16,1 milliards d'euros.

Article 25 : Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes (en millions d'euros)

	Encours limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale	38 000
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	4 900
Caisse prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF période du 1 ^{er} au 31 janvier	600
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF période du 1 ^{er} février au 31 décembre	330
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	470

Caisse nationale des industries électriques et gazières	420
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales période du 1 ^{er} janvier au 31 juillet	800
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales période du 1 ^{er} août au 31 décembre	1 200

Article 26 : Approbation du rapport sur l'évolution du financement de la sécurité sociale pour 2019-2022

QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2019

TITRE I : TRANSFORMER LE SYSTÈME DE SOINS

Article 27 : Extension du dispositif de paiement à la qualité des établissements de santé

- La démarche qualité renforcée a été plébiscitée dans le rapport charges et produits de la CNAM pour 2019 et dans la Stratégie Nationale de Santé (SNS). Cet article vient matérialiser cette volonté politique de faire de la qualité un levier essentiel pour réaliser des économies.
- Les établissements dont les résultats n'atteignent pas pendant trois années consécutives un seuil minimum pour certains des critères liés à la qualité et à la sécurité des soins feront l'objet d'une pénalité dont le montant dépendra du nombre de critères concernés et ne dépassera pas 0,5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement. La mesure est mise en place au 1^{er} janvier 2020. Ce seuil est défini pour chacun des indicateurs.
- Des circonstances particulières laissées au jugement du directeur de l'ARS peuvent exempter de la pénalité.
- Le directeur général de l'ARS alerte les établissements en cas de non atteinte d'un seuil pour un indicateur et indique le montant de la pénalité financière risquée.
- **Un décret en Conseil d'État précise :**
 - les modalités de détermination et de mise en œuvre de la dotation complémentaire et de la pénalité financière
 - les catégories des indicateurs
 - les modalités de détermination des seuils minimaux de résultats requis pour certains des indicateurs.
- **Un arrêté ministériel détermine la liste desdits indicateurs et fixe les modalités de calcul de la dotation complémentaire et de la pénalité financière.** Cet arrêté sortira avant le 31 décembre de chaque année.
- Extension du dispositif de rémunération à la qualité aux établissements psychiatriques.
- L'ensemble de ces mesures entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

Article 28 : Financement forfaitaire de pathologies chroniques

- Dans la logique des nouveaux modes de rémunération et d'une prise en charge pluriprofessionnelle plus efficiente des patients, la CNAM avait dans son rapport charges et produits 2019 émis la possibilité de financement forfaitaire de pathologies chroniques.
- **La liste des pathologies chroniques qui seront concernées par le financement forfaitaire sera définie par voie d'arrêté.**
- En 2019, le forfait ne concernera que les établissements de santé et deux pathologies : diabète et insuffisance rénale chronique.

Article 29 : Réécriture du dispositif d'expérimentation des innovations organisationnelles (article 51 de la LFSS 2018)

- Correspond à l'article 51 de la LFSS 2018 qui a donné un cadre d'expérimentation unique favorisant l'émergence de nouveaux modes de financements aux innovations organisationnelles.
- Extension du champ d'action de l'article 51 et appui au portage de projets favorisant l'innovation organisationnelle.
- Amplification du développement territorial de l'offre de soins et soutien au plan d'égal accès aux soins.
- Dérogation possible aux conditions techniques de fonctionnement relevant du droit des autorisations des activités de soins.
- Permettre l'exercice mixte ville / hôpital.

Article 30 : Simplification de l'exercice libéral à titre accessoire pour les médecins remplaçants

- Certains étudiants en médecine pourront opter pour un taux global et un calcul mensuel ou trimestriel de l'ensemble des cotisations et contributions sociales dont ils sont redevables. **Le taux global est fixé par décret**, décret qui fixe également les règles d'affectation des sommes versées entre les différents régimes ou branches concernées.
- La CPAM attachée à la circonscription où le remplacement est réalisé assure ces nouvelles dispositions. Elle assure la réalisation des déclarations nécessaires à ces activités de remplacement.
- Un téléservice est mis en place pour la déclaration des rémunérations et le paiement des cotisations.
- Cet article entre en vigueur dès le 1^{er} janvier 2020.

Article 31 : Extension de l'objet des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) aux pratiques avancées

- Les pratiques avancées des auxiliaires médicaux en ville sont étendues aux maisons de santé.

Article 32 : Renforcement de l'usage du numérique et du partage d'information pour améliorer la qualité de la prise en charge

- Les logiciels d'aide à la prescription ont l'obligation d'indiquer l'appartenance d'un médicament au registre des médicaments hybrides. Cette mesure sera prise en compte lors des procédures de certification des logiciels d'aide à la prescription médicale.
- La certification de ces logiciels n'est plus obligatoire. Elle peut néanmoins toujours être demandée par les éditeurs.
- En cas de retard dans la mise à jour d'un logiciel certifié, une pénalité n'excédant pas 10 % du chiffre d'affaires de l'éditeur est appliquée.
- Les logiciels devront fournir des informations dans l'aide à la prescription ou à la dispensation des produits de santé et prestations associées.
- Certaines données des patients peuvent désormais être utilisées par ces logiciels dans le cadre d'actions de prévention ou de soins ciblés.
- L'utilisation de logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation certifiés peut faire l'objet d'engagements individualisés et d'une contrepartie financière dans le cadre des négociations

conventionnelles médicales entre l'UNCAM, les organisations syndicales et les professionnels de santé.

- L'identification des prescripteurs en établissements privés est renforcée.
- Fixation par décret de la liste des fonctionnalités qui doivent être fournies par les logiciels.

Article 33 : Mesures de déploiement du « reste à charge zéro » après intervention des complémentaires santé pour les domaines de l'optique, des aides auditives et des prothèses dentaires

- Les produits ou prestations qui feront l'objet du reste à charge zéro figureront sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR).
- Les produits ou prestations inscrits sur la LPPR pourront distinguer plusieurs classes dont au moins une aura vocation à ne faire l'objet d'aucun reste à charge. Les bases de remboursement par la sécurité sociale de ces produits ont été relevées.
- Par dérogation, pour les produits ou prestations n'appartenant pas à la classe « RAC 0 » mentionnée ci-dessus, les tarifs de responsabilité peuvent être fixés unilatéralement par arrêté du ministre de la santé à un niveau significativement plus faible que les tarifs de responsabilité de la classe « RAC 0 ».
- Les opticiens et audioprothésistes seront tenus de proposer des offres sans reste à charge.
- Afin d'assurer la qualité des produits de la LPPR, le prescripteur ou le distributeur peuvent avoir l'obligation de participer à l'évaluation des produits par des enquêtes auprès des patients ou un recueil de données, les résultats pouvant être rendus publics. Les modalités de mise en œuvre de ces dispositifs d'évaluation seront fixées par décret.
- Renforcement de la prévention buccodentaire : les examens buccodentaires sont obligatoires dès le 1^{er} janvier 2019 dans l'année qui suit le 3^e, le 6^e, le 9^e, le 12^e, le 15^e, le 18^e, le 21^e et le 24^e anniversaire du patient, ces examens restant pris en charge.
- Renforcement de la traçabilité des produits d'appareillage auditif ou lunetterie : les informations relatives à l'identification et la traçabilité de ces produits devront figurer sur le devis remis au patient.
- Cette mesure entrera en vigueur à compter des contrats souscrits au 1^{er} janvier 2020. Les accords professionnels devront être conformes avant le 1^{er} janvier 2020.

TITRE II : AMELIORER LA COUVERTURE DES BESOINS DE SANTÉ

Chapitre 1 : Lever les obstacles financiers à l'accès aux droits et aux soins

Article 34 : Refonte des dispositifs de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide à la couverture complémentaire santé (ACS)

- Il n'est désormais plus question de « couverture santé », mais de « protection en matière de santé ». Ainsi, l'ACS entre dans le système de protection sociale assuré par la CMU-C.
- Les plafonds de ressources conditionnant la participation financière de certains foyers seront systématiquement relevés de 35 %, augmentant le nombre de personnes pouvant bénéficier de la CMU-C. Cette participation financière ne devrait pas dépasser 1 € par jour, 30 € mensuels.

- Pour les enfants ayant rompu les liens avec leur famille, ce n'est plus l'autorité administrative qui a compétence sur l'octroi d'une complémentaire santé mais l'organisme assurant la prise en charge de leurs frais de santé.
- Le bénéfice à titre personnel de la complémentaire santé par des personnes majeures n'est plus garanti par la loi mais défini au cas par cas par décret en conseil d'État.
- En cohérence avec les points précédents, l'absence de contrepartie contributive est supprimée.
- Le tiers payant pour les personnes ayant déclaré un médecin traitant et bénéficiaires de la CMU-C n'est plus obligatoire puisque supprimé de la loi.
- Pour les bénéficiaires du RSA, le droit à la protection complémentaire en matière de santé est automatiquement renouvelé avec la détermination systématique du montant de la participation à cette protection.
- En cas de précarité du demandeur, dans le cas où l'Assurance maladie aurait versé des prestations indues, il n'est plus possible de réduire ou remettre cette dette.
- Le montant de la participation de l'assuré est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et varie selon l'âge du bénéficiaire. Les modalités de notification et de recouvrement de la participation sont fixées par décret en Conseil d'État. À cette participation est adossé un coefficient de majoration fixé par arrêté ministériel après avis de l'UNOCAM. Au-delà de 2 mois de non paiement de la participation financière, les droits des assurés peuvent être suspendus avec une pénalité financière en cas de non paiement dans un délai défini par décret en Conseil d'État. Ce n'est qu'après acquittement de l'ensemble des participations que le bénéficiaire pourra retrouver ses droits. En cas de non paiement, il sera mis fin à la prise en charge de l'assuré.
- Le fonds CMU continue de financer la couverture maladie universelle, mais il ne gère plus la gestion des crédits d'impôts l'abondant.

Article 35 : Exonération du ticket modérateur sur les soins de ville pour les personnes modestes à Mayotte

Article 36 : Gestion et financement des dispositifs de prise en charge des risques et conséquences d'une situation sanitaire exceptionnelle par l'assurance maladie

- Lorsque les conditions de santé publique le justifient, en cas de risque sanitaire grave ou exceptionnel, des règles de prise en charge renforcée des frais de santé dérogatoires au droit commun peuvent être prises par décret, pour une durée maximale d'un an.

Chapitre 2 : Renforcer la prévention

Article 37 : Modification du calendrier des examens de santé obligatoires des jeunes de moins de 18 ans

- La grille des âges de consultation change pour les nourrissons et les enfants. Le nombre de consultation (20 au total) ne change pas, mais elles sont réparties jusqu'à l'âge de 18 ans au lieu de 6 ans à ce jour. Le suivi de la santé est renforcé à la première année avec un examen la deuxième semaine et un autre le 11^e mois. Une consultation est prévue désormais prévue entre 8 et 9 ans, 11 et 13 ans et 15 et 16 ans. Ces consultations peuvent être réalisées dans un cadre scolaire, et seront remboursées à 100 % avec possibilité de tiers payant.

Article 38 : Création d'un fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives

- L'action du fonds de lutte contre le tabac est élargie aux addictions liées aux substances psychoactives. Ce fonds sera abondé par le produit des amendes forfaitaires sanctionnant la consommation de cannabis.
- Les modalités d'application de cette mesure seront précisées par décret. Un arrêté précise la liste des bénéficiaires des financements octroyés par ce fonds.

Article 39 : Généralisation de l'expérimentation portant sur la vaccination antigrippale par les pharmaciens

- L'expérimentation sur la vaccination antigrippale par le pharmacien est étendue à 2 régions supplémentaires d'octobre 2018 à janvier 2019 (Nouvelle-Aquitaine et Hauts-de-France) puis généralisée sur l'ensemble du territoire à partir de la campagne vaccinale d'octobre 2019.
- La liste des vaccins qui seront réalisables à l'avenir par le pharmacien ainsi que les conditions et honoraires seront fixés par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale.

Chapitre 3 : Améliorer les prises en charge

Article 40 : Prise en charge de l'intervention précoce pour l'autisme et les troubles du neuro-développement

- Pour l'ensemble des enfants ayant un trouble du neuro-développement, le diagnostic formel de trouble du spectre autistique ou d'un autre trouble ne sera plus nécessaire pour intervenir.
- Un parcours de soins précoce sera organisé pour tout enfant présentant un trouble du neuro-développement, faisant intervenir les ergothérapeutes, psychologues et psychomotriciens et donnant accès aux bilans effectués par ces professionnels.

Article 41 : Accélération de la convergence tarifaire des forfaits soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

- Le délai de convergence tarifaire concernant les EHPAD est réduit de 2 ans, la période transitoire de convergence passant de 2017-2023 à 2017-2021.
- Les EHPAD ayant un niveau de financement inférieur à celui du forfait « soins » cible seront mieux financés.

Chapitre 4 : Améliorer les conditions de l'accès aux produits de santé

Article 42 : Renforcement de l'accès précoce à certains produits de santé innovants et modification du système de fixation de leurs prix

- Le dispositif d'ATU est étendu aux extensions d'indications thérapeutiques de certains médicaments. Afin d'adapter les modalités de fixation des prix de ces médicaments à accès précoce, les ministres pourront fixer de manière temporaire un prix. Néanmoins, c'est le prix net négocié avec le CEPS qui s'appliquera de manière rétroactive.
- Les ministres pourront désormais autoriser l'accès précoce à un médicament qui n'aurait pas reçu une ATU avant l'octroi de son AMM, mais qui remplirait toutes les conditions pour un accès

précoce (produit de santé indiqué dans une maladie rare ou grave, sans alternative thérapeutique et dont l'efficacité et la sécurité d'emploi sont démontrées).

- Les ministres fixeront un prix temporaire aux médicaments disposant d'une ATU. Nonobstant, le principe actuel demeure : le prix net négocié avec le CEPS sera appliqué rétroactivement sur la période de l'ATU.
- Nouvelles modalités de négociation de la prise en charge des ATU et de leur suivi pour s'assurer du bon usage en situation réelle d'utilisation.
- Pour les produits d'immunothérapie utilisés en association, notamment lorsqu'ils sont exploités par des laboratoires différents, dans le cas où une solution conventionnelle avec le CEPS n'est pas trouvée, le dispositif de fixation des remises actuellement en vigueur pour les dispositifs médicaux pourra s'appliquer, et ce, dans le respect de l'accord-cadre.
- La commission de la transparence rendra un avis sur le bienfondé de la prise en charge des médicaments homéopathiques, dans les mêmes conditions usuelles que pour les médicaments.
- Les données en vie réelle de certains produits pourront être collectées pour identifier ou favoriser les pratiques de prescription les plus efficaces ou pour identifier les pratiques non pertinentes.
- Divers décrets en Conseil d'État fixent les conditions d'application du présent article.

Article 43 : Moindre remboursement en cas de refus non médicalement justifié du recours aux médicaments génériques et biosimilaires

- Inscription dans le code de la santé publique de la définition de spécialité hybride et de groupe hybride.
- En dehors des médicaments hybrides inhalés, les médicaments hybrides entreront désormais dans le cadre de la substitution. Les conditions d'élaboration du registre des groupes hybrides sont fixées par décret du Conseil d'État.
- L'ANSM définira des critères médicaux objectifs afin d'évaluer le bien fondé de la mention non substituable sur une ordonnance. Aussi, l'obligation de la mention manuscrite est supprimée.
- Sans justification médicale, l'assuré qui ne souhaite pas la substitution se verra remboursé sur la base du prix du médicament générique.
- Les établissements exerçant une activité de MCO pourront bénéficier d'une dotation du FIR en fonction d'indicateurs de pertinence et d'efficacité des prescriptions de produits de santé. Cette incitation pourra servir à favoriser le recours aux médicaments biosimilaires pour les prescriptions hospitalières exécutées en ville. La liste des indicateurs et les modalités de calcul de la dotation seront fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

TITRE III : MODULER ET ADAPTER LES PRESTATIONS AUX BESOINS

Article 44 : Ajustement exceptionnel de la revalorisation de certaines prestations sociales pour 2019 et 2020

- En 2019 et 2020, les montants des prestations sociales et plafonds de ressources seront désindexés de l'augmentation des prix à la consommation pour être revalorisés de 0,3 % sauf : l'allocation de veuvage, l'allocation de solidarité aux personnes âgées, l'allocation supplémentaire d'invalidité, le plafond de ressources prises en compte pour l'attribution de la protection

complémentaire, le revenu de solidarité active, l'allocation pour demandeur d'asile, l'allocation spéciale pour personnes âgées, l'allocation de solidarité aux personnes âgées et autres prestations applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon.

- Revalorisations exceptionnelles d'ici la fin du quinquennat, notamment : le minimum vieillesse augmentera de 100 € (30 € en avril dernier, 35 € en janvier 2019, et 35 € en janvier 2020) et l'allocation adulte handicapé augmentera de 90 € d'ici 2019.

Article 45 : Majoration du montant maximum du complément de mode de garde pour les familles au titre de l'enfant en situation de handicap

- Majoration de 30 % du montant du complément de libre choix de mode de garde lorsque l'un des enfants de la famille ouvre droit à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

Article 46 : Effets de l'abaissement de l'instruction obligatoire à trois ans sur les prestations familiales

- L'âge obligatoire de scolarisation est avancé de 6 à 3 ans. Cela nécessite de :
 - Prolonger le droit au complément de libre choix de mode de garde à taux plein jusqu'à l'entrée effective à l'école des enfants.
 - Pour l'allocation de rentrée scolaire, l'ouverture du droit à 6 ans n'est plus effective. Cette ouverture ce fera selon la notion d'âge déterminé fixé par décret du Conseil d'État.
 - Le CMG structure pourra être versé en tiers payant.

Article 47 : Harmonisation des modalités d'indemnisation du congé maternité

- La durée minimum d'arrêt en cas de grossesse est portée de 6 à 8 semaines (dont 2 semaines de congé prénatal) pour les travailleuses indépendantes.
- Les travailleuses indépendantes bénéficieront de 38 jours supplémentaires de durée de versement des indemnités journalières, portant cette dernière à 112 jours. Cette mesure sera appliquée par décret fin 2018.
- Les exploitantes agricoles n'auront plus à verser la CSG et la CRDS sur l'allocation de remplacement, dont l'attractivité sera renforcée. Dans le cas où l'allocation de remplacement ne pourrait être versée, les exploitantes agricoles bénéficieront d'une indemnité journalière forfaitaire.

Article 48 : Convergence des règles en matière d'indemnités journalières des travailleurs indépendants vers le régime général

- Il n'est plus nécessaire pour les travailleurs indépendants d'être à jour de leurs cotisations annuelles pour pouvoir bénéficier des indemnités journalières maladie et maternité. Cette mesure prend effet le 1^{er} janvier 2019.
- Les travailleurs indépendants bénéficiaires d'une pension invalidité bénéficieront automatiquement de la pension de vieillesse allouée en cas d'incapacité au travail. Cette mesure prendra effet au 1^{er} janvier 2020.

Article 49 : Amélioration du recouvrement de divers indus par les organismes de sécurité sociale

Article 50 : Modernisation de la délivrance des prestations sociales

TITRE IV : DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSE DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Article 51 : Dotations 2018 de l'assurance maladie

- Participation des régimes obligatoires au Fonds pour la modernisation des établissements de santé (FMESPP) : 647 millions d'euros.
- Contribution de la Caisse nationale de solidarité à destination des ARS : 137 millions d'euros
- Dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales : 155 millions d'euros.

Article 52 : Fixation des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2019 (+ 2,5 %)

- Objectifs de dépenses pour l'ensemble des régimes obligatoires : 218 milliards d'euros.
- Objectifs de dépenses pour le régime général de la sécurité sociale : 216,4 milliards d'euros.

Article 53 : Fixation à 200,3 milliards d'euros de l'ONDAM pour 2019 et sa ventilation (+ 2,5 %)

- Dépenses de soins de ville : 91,5 milliards d'euros.
- Dépenses relatives aux établissements de santé : 82,7 milliards d'euros.
- Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées : 9,4 milliards d'euros.
- Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées : 11,3 milliards d'euros.
- Dépenses relatives au fonds d'intervention régional : 3,5 milliards d'euros.
- Autres prises en charge : 1,9 milliard d'euros.
- Total : 200,3 milliards d'euros
- Objectif national des dépenses d'assurances maladie : + 2,5 %

Article 54 : Dotation 2019 de la branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP)

- Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) : 532 millions d'euros.
- Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FICA) : 260 millions d'euros.
- Transfert à l'assurance maladie au titre de la sous-déclaration : 1 milliard d'euros.

Article 55 : Objectifs de dépenses de la branche AT-MP pour 2019

- Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladie professionnelles pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : 13,5 milliards d'euros (+ 200 millions d'euros).
- Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladie professionnelles pour le régime général de la sécurité sociale : 12,2 milliards d'euros.

Article 56 : Objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2019 (+ 1,9 %)

- Objectif de dépenses de la branche vieillesse pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : 241,2 milliards d'euros.
- Objectif de dépenses de la branche vieillesse pour le régime général de la sécurité sociale : 136,9 milliards d'euros.

Article 57 : Objectif de dépenses de la branche famille pour 2019 (50,3 milliards d'euros, soit + 600 millions d'euros)

Article 58 : Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)

- Contribution du fonds de solidarité vieillesse au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale : 18,4 milliards d'euros.