



Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025

Après adoption par le Sénat le 26 novembre 2024

Calendrier du PLFSS

- Jeudi 10 octobre : dépôt du texte à l'Assemblée nationale
- Semaine du 21 octobre 2024 : examen par la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale
- Semaine du 28 octobre 2024 : examen en séance plénière à l'Assemblée nationale
- Semaine du 11 novembre 2024 : examen par la Commission des affaires sociales du Sénat
- Semaine du 18 novembre 2024 : examen en séance plénière au Sénat
- 26 novembre 2024 : commission mixte paritaire
- Promulgation de la loi : avant le 31 décembre 2024

Sont surlignées en **jaune** les mesures adoptées par le Sénat.

Sont surlignées en **vert** les mesures prévues en application de ce PLFSS et qui nécessiteront l'adoption de textes réglementaires ou d'ordonnances.

ARTICLE LIMINAIRE : PREVISIONS DE DEPENSES, DE RECETTES ET SOLDE DES ADMINISTRATIONS DE SECURITE SOCIALE

Article liminaire : Prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale pour les années 2024 et 2025

- Recettes pour l'année 2024 : 26,6%.
- Dépenses pour l'année 2024 : 26,6%.
- Solde pour l'année 2024 : 0%.
- Recettes pour l'année 2025 : 26,6%.
- Dépenses pour l'année 2025 : 26,4%.
- Solde pour l'année 2025 : 0,2%.

PREMIERE PARTIE : DISPOSITION RELATIVES AUX RECETTES ET A L'EQUILIBRE GENERAL DE LA SECURITE SOCIALE POUR L'EXERCICE 2024

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

- Équilibre des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : déficit de ~~18,9~~ 19,4 milliards d'euros, ~~18~~ 18,5 milliards d'euros en comprenant le Fonds de solidarité vieillesse.
- Fonds de solidarité vieillesse : excédent de 0,8 milliard d'euros.
- Les prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et Fonds de solidarité vieillesse sont nulles.
- Objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale : 15,99 milliards d'euros.

Article 2 : Rectification de l'ONDAM et des sous-objectifs 2024

- Dépenses du champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie : ~~256,1~~ 256,9 milliards d'euros.

Article 2 bis : Abaissement du niveau du seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux pour 2024

- Abaissement du niveau du seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux pour 2024 à 2,26 milliards d'euros au lieu de 2,31 milliards d'euros.

DEUXIEME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET A L'EQUILIBRE GENERAL DE LA SECURITE SOCIALE POUR L'EXERCICE 2025

TITRE 1^{er}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET A LA TRESORERIE

Article 3 : Alignement de l'effort contributif des non-salariés agricoles sur celui des travailleurs indépendants dans le cadre de la réforme du mode de calcul de la pension de retraite de base

- Modification des modalités de calcul des retraites agricoles qui seront calculées sur la base des 25 meilleures années de revenus.
- Fusion des cotisations d'assurance vieillesse agricole et d'assurance vieillesse individuelle dues par les chefs d'exploitation et d'entreprise agricole en une cotisation unique d'assurance vieillesse de base.
- Le taux des cotisations dues par les chefs d'exploitation et d'entreprise agricole exerçant à titre secondaire est fixé par décret.
- Un décret fixera les taux des cotisations dues par les chefs d'exploitation et d'entreprise agricole exerçant à titre secondaire pour la période de transition de 2026 à 2028, en prévoyant une résorption progressive des écarts entre les taux actuels et les nouveaux taux de cotisations.

Article 3 bis A : Extension des missions du comité de suivi des retraites

- Extension des missions du comité de suivi des retraites qui devra prendre en compte les spécificités et problématiques ultramarines dans son avis annuel en vue de réduire les inégalités avec l'Hexagone.

Article 3 bis : Extension de la couverture sociale aux employés des Terres australes et antarctiques françaises (TAAF)

- ~~Inclusion des personnes employées par la collectivité des TAAF dans la liste des personnes couvertes par le régime général de la sécurité sociale.~~
- Élargissement de la couverture aux employés en mission dans les territoires administrés par les TAAF et aux personnes embarquées à bord de navires sous leur autorité.
- La mesure est applicable aux contrats prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2025.

Article 3 ter : Simplification du calcul des cotisations sociales pour certains médecins et étudiants remplaçants

- À compter du 1^{er} juillet 2025, les médecins remplissant certaines conditions, les médecins remplaçants, participant à une campagne de vaccination, exerçant en régulation ou en permanence des soins, et les étudiants en médecine remplaçants pourront opter pour un calcul mensuel ou trimestriel de leurs cotisations sociales.
- Introduction d'un taux global de cotisation applicable sur leurs rémunérations, avec une réduction possible lorsque des cotisations sont prises en charge par l'assurance maladie, et d'une majoration progressive pour des rémunérations proches du seuil.
- Facilitation de la déclaration et du paiement des cotisations via un téléservice dédié à compter du 1^{er} janvier 2026.
- Les modalités d'application, notamment les seuils et montants, seront fixés par décret.

Article 3 quater A : Exonération de cotisation d'assurance vieillesse pour les médecins exerçant en situation de cumul emploi-retraite

- Exonération des cotisations d'assurance vieillesse dues par les médecins libéraux retraités qui souhaitent continuer à exercer leur activité dans les territoires avec une offre de soins insuffisante pour la population, sous réserve que leur revenu professionnel non salarié annuel soit inférieur à un montant fixé par décret.
- Les médecins bénéficiaires de cette exonération de cotisation ne se constituent, au titre des périodes concernées, aucun droit à retraite de base en vue d'une seconde pension.

Article 3 quater : Réduction temporaire des cotisations pour les travailleurs indépendants

- Un décret peut permettre la fixation d'un taux de cotisation réduit pour les travailleurs indépendants des professions libérales jusqu'au 1^{er} janvier 2026
- La réduction pourra atteindre jusqu'à 20% par rapport au taux normal en 2024, puis 10% en 2025.

Article 4 : Pérennisation du dispositif d'exonération de cotisations patronales lié à l'emploi des travailleurs saisonniers agricoles

- Modification du taux d'exonération des cotisations patronales dues, à partir du 1^{er} mai 2024, pour une rémunération mensuelle inférieure ou égale au salaire minimum de croissance majoré qui passe de 20% à 25%.
- ~~Remise par le Gouvernement au Parlement, avant le 1^{er} juillet 2025, d'un rapport sur les évolutions du travail saisonnier agricole et l'amélioration des droits des travailleurs saisonniers agricoles.~~

Article 4 bis : Suppression d'une disposition concernant les cotisations sociales des exploitants agricoles

- Abrogation d'une partie d'un article du code rural et de la pêche maritime revenant à supprimer une règle spécifique concernant le calcul des cotisations sociales des exploitants agricoles.

Article 4 ter : Eligibilité des coopératives agricoles de fruits et légumes à l'exonération dite TO-DE

- Extension du bénéfice de l'exonération dite TO-DE aux coopératives agricoles de fruits et légumes.

Article 5 : Cumul de l'exonération applicable aux jeunes agriculteurs et des taux réduits de droit commun des cotisations maladie et famille

- Possibilité pour les jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole de cumuler l'exonération dégressive partielle des cotisations sociales dont ils bénéficient les cinq premières années d'activité avec les dispositifs de réduction des taux des cotisations maladie, invalidité et maternité et d'allocations familiales applicables à l'ensemble des travailleurs indépendants.

Article 5 bis A : Exonération de cotisations des non-salariés agricoles pour les revenus issus des activités de location de meublés de tourisme

- Exonération des cotisations d'assurance maladie, invalidité et maternité et des cotisations de prestations familiales et d'assurance vieillesse agricole pour les personnes non-salariées des professions agricoles pour leurs revenus issus des activités de location de meublés de tourisme.
- Les conditions d'application et d'éligibilité de la présente exonération sont déterminées par décret.

Article 5 bis : Modifications diverses concernant les cotisations des travailleurs indépendants agricoles

- Suppression de la condition qui restreignait l'application de certaines règles de cotisation aux travailleurs agricoles exerçant leur activité à titre exclusif ou principal.
- Modification du calcul des cotisations pour certains travailleurs agricoles à partir de 2026 et 2027. Les caisses de mutualité sociale agricole reconstituent les sommes à partir des revenus professionnels perçus par ces travailleurs indépendants au titre des années 2023 et 2024.
- Ces revenus sont majorés du montant des cotisations personnelles de sécurité sociale et du montant de la contribution déductible de ces revenus dus par ces travailleurs indépendants agricoles au titre de chacune des années considérées.

Article 5 ter : Modifications des règles de cotisation des travailleurs indépendants à Mayotte et des délais de régularisation

- Modification de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 apportant un ajustement pour que les revenus d'activité des travailleurs indépendants non agricoles à Mayotte soient désormais soumis aux mêmes règles que celles des travailleurs indépendants en métropole.
- Modification de la durée de régularisation des cotisations des travailleurs indépendants, en passant de dix-huit mois à trois ans.

Article 5 quater : Rapport d'évaluation de l'assiette des cotisations sociales et de son impact budgétaire

- Dans les 6 mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de l'assiette des cotisations sociales et de son impact budgétaire.

Article 5 quinquies : Extension aux EPCI de l'exonération patronale pour l'emploi des aides à domicile dont bénéficient les centres intercommunaux d'action sociale

- Extension aux EPCI à vocation unique portant sur l'action sociale de l'exonération patronale pour l'emploi des aides à domicile dont bénéficient les centres intercommunaux d'action sociale.

Article 5 sexies : Exonération de cotisations pour les prestations versées dans le cadre du service civique

- Exonération de cotisations sociales pour les prestations versées par les organismes d'accueil aux volontaires du service civique.

Article 6 : Réforme des allègements généraux de cotisations patronales

- Réforme de la réduction générale de cotisations patronales en 2024, 2025 et 2026.
- Conception d'un dispositif unifié qui fusionnera, d'ici à 2026, les dispositifs d'allègements des cotisations patronales aujourd'hui répartis en différents paliers (<1,6 SMIC, 1,6 à 2,5 SMIC, 2,5 à 3,1 SMIC) pour lisser les taux marginaux d'imposition.
- Création d'un dispositif unique de réduction générale dégressive des cotisations sociales qui s'appliquera à l'ensemble des salaires de montant inférieur à 3 SMIC, en supprimant en contrepartie les dispositifs de réduction proportionnelle des taux des cotisations patronales d'assurance maladie et d'allocations familiales.
- Création, à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi et jusqu'au 31 décembre 2029, d'un comité de suivi placé auprès du Premier ministre chargé de l'évaluation des allègements généraux

de cotisations sociales patronales et du suivi de la mise en œuvre et de l'évaluation de la réforme des allègements généraux de cotisations patronales. Ce comité établira un rapport public exposant l'état des évaluations réalisées, sa composition, ses missions et ses modalités de fonctionnement sont précisées par décret.

Article 6 bis : Passage de 20% à 30% du taux de cotisation patronale sur les actions gratuites

- Ramène la contribution patronale sur les actions gratuites à un taux de 30% au lieu de 20%.

Article 6 ter : Extension aux syndicats mixtes « fermés » de l'exonération de charges sociales accordée en contrepartie des tâches effectuées au domicile des personnes âgées ou en situation de handicap

- Extension aux syndicats mixtes « fermés » de l'exonération de charges sociales accordée en contrepartie des tâches effectuées au domicile des personnes âgées ou en situation de handicap, des personnes ayant la charge d'un enfant en situation de handicap et des familles en difficulté.

Article 6 quater : Mutualisation des coûts liés à certaines maladies professionnelles des bénéficiaires de l'obligation d'emploi de travailleur handicapé pour le calcul des cotisations AT-MP

- Modification des modalités de calcul du taux de cotisation AT-MP afin de mutualiser les coûts des maladies professionnelles à effet différé.

Article 6 quinquies : Inclusion pour les années 2026 et 2027 du BTP de Guadeloupe, de Martinique et de La Réunion dans le dispositif « Lodéom renforcé »

- Inclusion des entreprises de Guadeloupe, de Martinique et de la Réunion du secteur du bâtiment et des travaux publics dans le barème renforcé du régime d'exonération de charges sociales patronales applicable aux entreprises ultramarines pour une durée de deux années, s'étalant du 1^{er} janvier 2026 au 31 décembre 2027.
- Cette mesure entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2026.

Article 6 sexies : Expérimentation permettant aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole d'opter pour que leurs cotisations soient calculées à titre provisionnel sur la base d'une assiette fixée forfaitairement

- Expérimentation permettant aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole d'opter pour que leurs cotisations soient calculées à titre provisionnel sur la base d'une assiette fixée forfaitairement
- Les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation sont définies par décret, au plus tard le 1^{er} octobre 2025. Les ministres chargés du travail et de l'agriculture arrêtent la liste des territoires participant à l'expérimentation, dans la limite de trois régions.
- Dans un délai de six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport d'évaluation, portant notamment sur la pertinence de sa généralisation.

Article 7 : Rationalisation des exonérations sociales pour les contrats d'apprentissage, les entreprises d'armement maritime, les jeunes entreprises innovantes et les jeunes entreprises de croissance

- Réduction des exonérations de cotisations sociales dont l'efficacité n'est pas avérée en abaissant par décret le seuil d'exonération de 79% à 50% du SMIC.

- Assujettir à la CGS et à la CRDS les rémunérations des apprentis au-delà de 50 % du SMIC, qui sont aujourd'hui complètement exemptées de contributions.
- Dans le secteur maritime, restriction du bénéfice du dispositif d'exonération de cotisations patronales aux seuls navires de transport de passagers.
- Dans les jeunes entreprises innovantes ou de croissance, rationalisation du dispositif « Jeunes entreprises innovantes » (JEI) et recentrage sur son seul volet fiscal.
- Relèvement de la part des charges consacrées à la recherche et l'innovation permettant de bénéficier du régime JEI de 15% à 20%.
- Limitation de l'assujettissement des apprentis à la CSG-CRDS aux contrats d'apprentissage conclus à compter du 1^{er} janvier 2025.

Article 7 bis A : Plafonnement de la part de la rémunération d'un apprenti intégralement exonérée de cotisations salariales

- Restriction de l'exonération de cotisations dont les apprentis bénéficient à 50% du Smic.

Article 7 bis B : Instauration d'une contribution de solidarité par le travail

- Création « Contribution de solidarité par le travail ».
- Augmentation de sept heures de la durée annuelle de travail, pour un temps plein, des personnes en emploi dans le secteur privé comme dans les fonctions publiques.
- Les modalités d'accomplissement de cette contribution de solidarité par le travail seront définies par un accord d'entreprise ou d'établissement ou, à défaut, par une convention ou un accord de branche, pour ce qui concerne le secteur privé. Dans le public, ces modalités relèveront d'une décision de l'autorité compétente prise après avis du comité technique ou des instances concernées.
- La contribution de solidarité par le travail ne pourra pas prendre la forme d'heures de travail effectuées le 1^{er} mai.
- En échange du bénéfice de ces heures de travail non rémunérées, les employeurs acquitteront une contribution de solidarité pour l'autonomie dont le taux sera porté de 0,3 % à 0,6 %.
- Cette mesure entre en vigueur au 1^{er} janvier 2025.

Article 7 bis : Délivrance des certificats de vie par les consulats français pour les retraites perçues à l'étranger et suppression des exonérations

- ~~Suppression de l'obligation d'être domicilié fiscalement en France pour être assujetti à une contribution sociale sur les revenus d'activité et les revenus de remplacement.~~
- Ajout d'une obligation pour les bénéficiaires résidant à l'étranger de fournir un certificat de vie délivré par le consulat français de leur pays de résidence.
- Généralisation de l'usage de données biométriques afin de permettre aux retraités vivant à l'étranger et percevant une pension de retraite d'un régime français de s'acquitter de leur obligation de justifier annuellement de leur existence pour percevoir leur pension.
- Mise en place de modalités de contrôle alternatives au procédé biométrique, notamment par un échange automatique de données entre organismes chargés de l'état civil, par un contrôle sur place par un organisme tiers de confiance conventionné, par un certificat d'existence visé par le service consulaire du pays de résidence du bénéficiaire.

Article 8 : Transferts financiers au sein des administrations de sécurité sociale

- Organisation de plusieurs transferts financiers entre les branches de la sécurité sociale en modifiant la répartition de la taxe sur les salaires.
- Prolongation du principe de la conservation de l'ensemble des économies générées par la réforme pour le bénéfice du système de retraite en transférant au régime général d'assurance vieillesse l'économie réalisée sur le budget de l'État au titre du régime de la fonction publique d'État.
- Mise en cohérence du taux de prélèvement au titre du risque de non-recouvrement avec le périmètre des sommes qui sont versées à l'Unedic et transfert au régime général de sécurité sociale les réserves des régimes spéciaux.
- Simplification des financements de l'assurance vieillesse en intégrant l'établissement public FSV et la CNAV d'une part et en fusionnant le rôle de la commission de compensation démographique et de la commission des comptes de la sécurité sociale d'autre part.
- Obligation de présentation du bilan du mécanisme de compensation vieillesse généralisé au sein des rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

Article 8 bis A : Ajustement de l'exclusion par la LFSS 2024 des salariés mis à disposition des entreprises par les groupements d'employeurs du calcul des effectifs de ces entreprises utilisatrices

- Suppression de la disposition qui prévoyait un transfert des effectifs des salariés mis à disposition par les groupements d'employeurs vers les entreprises utilisatrices à partir de 2026.
- Initialement prévue pour 2026, la suppression du transfert des effectifs entrera désormais en vigueur dès 2025.

Article 8 bis : Création d'un dispositif de validation par les URSSAF pour certaines inscriptions au registre national des entreprises

- Nouveau contrôle par les URSSAF, leur donnant la responsabilité de valider les informations et documents soumis au registre national des entreprises pour certaines démarches (immatriculation, modifications, radiations).
- Désignation d'une URSSAF, choisie par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), pour effectuer cette validation pour certaines entreprises spécifiques.

Article 8 ter : Modification du recouvrement des cotisations agricoles

- Les cotisations relevant des catégories 1° et 3° de l'article concerné seront recouvrées par les caisses de Mutualité sociale agricole (MSA).
- Les cotisations de la catégorie 2° seront recouvrées par les URSSAF, appliquant les mêmes règles et garanties que pour les cotisations du régime général.
- Extension des obligations de déclaration pour les employeurs versant des revenus de remplacement à leurs salariés ou anciens salariés.
- Les données issues des déclarations sociales nominatives (DSN) pourront être utilisées pour la conception, l'évaluation et la conduite de politiques publiques.
- Les dispositions de ce nouvel article s'appliqueront aux cotisations et contributions dues pour les périodes à partir du 1^{er} janvier 2026.

Article 8 quater : Extension des compétences de lutte contre la fraude dans les organismes de sécurité sociale

- Renforcement des compétences de contrôle des organismes de sécurité sociale en permettant aux directeurs, directeurs comptables et financiers et à leurs équipes de mener des actions de contrôle et de lutte contre la fraude.

Article 8 quinquies : Ajustement de la réglementation des plateformes en ligne en matière de cotisations sociales et fiscales

- Extension des obligations des plateformes en ligne pour le recouvrement de cotisations par un élargissement des références légales appliquées aux vendeurs, prestataires et plateformes en ligne.
- Les obligations de cotisations pour les vendeurs, prestataires et opérateurs de plateforme s'appliquent uniquement à l'expiration d'un délai à compter du début ou de la reprise d'activité sur une plateforme, délai qui sera fixé par **arrêté**.
- Régularisation du montant des cotisations prélevées pour les prestataires déjà soumis à des taxes spécifiques dont les conditions et modalités seront précisées par **décret**.
- La participation volontaire des plateformes sera encadrée par un **décret** et un **arrêté** fixera les modalités et la liste des plateformes éligibles.
- Exclusion des plateformes de ventes de biens du champ d'application de la réforme.

Article 8 sexies : Opposabilité des contrôles réalisés par une caisse sur l'ensemble des risques

- Les contrôles réalisés par une caisse de même que leurs résultats sont opposables sur l'ensemble des risques.

Article 8 septies : Obligation d'un organisme de sécurité sociale constatant des fraudes aux arrêts de travail, d'en informer l'employeur

- Obligation pour les directeurs de tous les organismes de sécurité sociale, ainsi qu'à ceux des organismes admis à encaisser ou servir des prestations, de réaliser les contrôles et enquêtes en cas de fraudes suspectées et d'en informer l'employeur.
- Cette information est réalisée par tout moyen permettant de garantir sa bonne réception par l'employeur.

Article 8 octies : Habilitation des agents en charge de la lutte contre la fraude à consulter le fichier PNR

- Habilitation possible des agents en charge de lutte contre la fraude, lorsque cela est nécessaire à l'accomplissement de sa mission de contrôle des conditions de résidence, d'effectuer une consultation des données de réservation des passagers aériens.
- Les conditions sont précisées par **décret**.

Article 8 nonies : Annulation automatique des prestations prises en charge par l'assurance maladie au bénéfice d'un professionnel de santé frauduleux

- Automatisation de l'annulation par l'Assurance maladie des cotisations sociales qu'elle a prise en charge au bénéfice du professionnel de santé reconnu coupable de faits à caractère frauduleux.

Article 8 decies : Augmentation de la majoration de redressement après une première condamnation pour travail dissimulé

- Augmentation des sanctions dans le cadre de la fraude aux cotisations patronales en cas de nouvelle constatation pour travail dissimulé dans les cinq ans à compter de la notification d'une première constatation pour travail dissimulé.
- Majoration portée à 90% lorsque la majoration de redressement prononcée lors de la constatation de la première infraction était de 25% et à 120% lorsque la majoration de redressement prononcée lors de la constatation de la première infraction était de 40%.

Article 8 undecies : Remplacement du mot « prestations » par le mot « somme » dans des dispositions relatives à l'opposition à tiers détenteur

- L'opposition à tiers détenteur peut porter non seulement sur les indus de prestations mais aussi sur d'autres formes versées par les organismes de sécurité sociale.

Article 8 duodecies : Obligations déclaratives incombant à un employeur

- L'employeur est tenu d'accomplir sans délai auprès des administrations qui en font la demande des formalités déclaratives lorsqu'il existe des présomptions graves et concordantes qu'il a contrevenu, contrevient ou va contrevenir à ses obligations à l'égard de ces administrations ou à l'égard de ses salariés
- Etablissement de présomptions graves et concordantes lorsque l'employeur dirige ou dirigeait une personne morale réunissant au moins trois des conditions suivantes :
 - elle a été créée depuis moins de douze mois
 - elle a mis fin à son activité moins de six mois après sa création
 - elle utilise ou utilisait les services d'une entreprise de domiciliation
 - son siège est ou était situé hors d'un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen
 - elle comptait plus de dix associés ou salariés dès le premier mois suivant sa création ou plus de vingt dès le deuxième mois.
- Le retard injustifié de déclaration, d'omission de données, d'inexactitude des données déclarées entraîne l'application d'une pénalité.

Article 8 terdecies : Communication aux services de l'état civil de la décision de suspension du versement de la retraite d'un pensionné vivant à l'étranger

- Communication à l'ensemble des organismes de la sécurité sociale ainsi qu'aux services de l'état civil de la décision de suspension du versement de la retraite d'un pensionné vivant à l'étranger.

Article 8 quaterdecies : Restriction de la délivrance d'attestations relatives aux obligations déclaratives et de paiement

- Refus automatique d'une attestation de paiement des cotisations en cas de dette liée à une fraude (pas uniquement au travail dissimulé), même si un recours est engagé par l'entreprise ou le travailleur concerné.

Article 8 quindecies : Suspension des délais de prescription des procédures de recouvrement de cotisations pendant la procédure de dialogue et de conciliation

- Suspension du décompte des délais de prescription des procédures de recouvrement de cotisations pendant la procédure de dialogue et de conciliation prévue par les règlements européens et de sécurité sociale.

Article 9 : Clarification des modalités d'appel et de calcul des clauses de sauvegarde M (médicament) et Z (dispositifs médicaux)

- Modification de l'assiette de calcul des dépenses attribuables aux produits de santé prises en compte pour la clause de sauvegarde :
 - exclusion de l'écart médicament indemnisable (EMI) et de l'écart rétrocession indemnisable (ERI) de l'assiette de calcul pour les médicaments
 - exclusion de la taxe de la valeur ajoutée (TVA) de l'assiette de calcul pour les dispositifs médicaux
 - intégration des AMM miroir et des prescriptions hors AMM aux catégories de médicaments prises en compte pour le calcul du montant remboursé par l'Assurance Maladie.
 - exclusion de certaines catégories de médicaments pour le calcul du montant remboursé par l'assurance maladie, notamment : les spécialités génériques, les spécialités inscrites au répertoire des groupes génériques et les spécialités de référence lorsqu'elles sont remboursées sur la base d'un tarif forfaitaire de référence ou lorsqu'elles le sont sur la base de remboursement la plus élevée en vigueur pour les spécialités génériques appartenant au groupe générique concerné ou lorsque leur prix de vente au public est identique à celui des spécialités du groupe générique auquel elles appartiennent.
- Les nouvelles entreprises (créées depuis moins d'un an, hors scission ou fusion) sont partiellement exemptées de la contribution.
- En cas de transfert d'exploitation d'un médicament à une autre entreprise, la contribution sera calculée à partir de la date officielle du transfert.
- Limitation du montant de la contribution des entreprises qui ne pourra pas excéder 12 % du montant total remboursé par l'Assurance Maladie pour leurs médicaments.
- Des ajustements sont prévus pour respecter les délais de notification et de versement de la contribution, avec des dates limites pour la communication des informations entre les entreprises et l'Assurance Maladie.
- Fixation des montants pour 2025 : les montants maximums de dépenses pour 2025 sont fixés à ~~23,3~~ 27,25 milliards d'euros pour les médicaments (montant M) et ~~2,27~~ 2,25 milliards d'euros pour les dispositifs médicaux (montant Z).
- Limitation de la contribution pour 2025 à 1,75% du chiffre d'affaires des spécialités pharmaceutiques suivantes : les spécialités génériques, les spécialités de référence remboursées sur une base tarifaire forfaitaire ou dont le prix est aligné à celui des génériques du même groupe, les spécialités de référence de certaines classes thérapeutiques, si leur prix de vente public est inférieur à un seuil défini par décret.
- La limitation n'entraîne pas une réduction du montant total de la contribution, si nécessaire, une redistribution proportionnelle est appliquée sur les autres spécialités non citées, avec un plafonnement de l'augmentation à 10% du chiffre d'affaires de chaque entreprise.
- Calcul de la part de la contribution due au titre de la progression du chiffre d'affaires pour les entreprises exploitant distribuant ou important certaines spécialités pharmaceutiques est effectuée en reconstituant leur chiffre d'affaires réalisé en 2024 au titre de ces spécialités spécifiques.
- Plafonnement de la contribution à 10% du chiffre d'affaires de l'entreprise par dérogation aux règles précédentes.

- Fixation du montant M pour 2025 à un niveau conduisant à un rendement maximal de 1,6 milliard d'euros de la contribution des entreprises pharmaceutiques.
- Réévaluation de ce montant en 2026 à la hausse ou à la baisse dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale.

Article 9 bis A : Réduction de l'assiette de la contribution sociale de solidarité pour les distributeurs en gros de médicaments

- Modification de l'assiette de la contribution sociale de solidarité pour les distributeurs en gros de médicaments en ne tenant compte, pour le calcul du chiffre d'affaires, que des ventes dont le prix de vente hors taxes par unité est inférieur à 2500 euros, augmenté de la marge maximale autorisée.
- Exclusion des recettes déjà soumises à une autre contribution de l'assiette de la C3S.

Article 9 bis B : Avancement de la date de transmission au Parlement du rapport d'activité du CEPS

- Avancement de la date de transmission au Parlement du rapport d'activité du CEPS au plus tard au 30 septembre de l'année à laquelle il se rapporte.
- Remise d'un rapport provisoire à cette date si le rapport final ne peut pas être établi avant cette date.

Article 9 bis C : Suppression de l'exonération de TVA visant les importations de prothèses dentaires par les dentistes ou prothésistes dentaires

- Rétablissement de la TVA sur l'importation de prothèses dentaires par les dentistes ou les prothésistes dentaires.

Article 9 bis : Révision des taxes sur les boissons sucrées en fonction de leur teneur en sucre

- Le tarif applicable pour une quantité de sucre inférieure à 5 kg de sucre par hectolitre : ~~3,50~~ 4 euros.
- Le tarif applicable pour une quantité de sucre entre 5 et 8 kg de sucre par hectolitre : 21 euros.
- Le tarif applicable pour une quantité de sucre au-delà de 8 kg de sucre par hectolitre : ~~28~~ 35 euros.
- Augmentation du montant de la taxation des boissons avec édulcorants de 3,34 €/hl à 4,5 €/hL pour les produits contenant jusqu'à 120 mg d'édulcorants de synthèse par litre.
- Création d'un tarif spécifique de 6 €/hL pour les boissons contenant plus de 120 mg/L d'édulcorants.

Article 9 ter A : Création d'une taxe sur les publicités en faveur des boissons alcooliques à La Réunion

- Création d'une taxation sur les publicités en faveur des boissons alcooliques à la Réunion dont le produit est versé à la Caisse nationale de l'assurance maladie.
- Soumission à cette taxe des entreprises produisant, important ou distribuant en France des boissons alcooliques ou leurs représentants et dont le chiffre d'affaires du dernier exercice est supérieur ou égal à 2 millions d'euros.
- Les modalités de recouvrement de la taxe sont précisées par décret.
- Entrée en vigueur de cette mesure au 1^{er} janvier 2025.

Article 9 ter B : Renforcement de la fiscalité sur les jeux d'argent et de hasard

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 après adoption par le Sénat le 26 novembre 2024

- Augmentation du taux de fiscalité sur les jeux d'argent et de hasard de 11,2% à 11,9% et de 6,2% à 7,6%.
- Institution pour les jeux de cercle en ligne organisés d'un prélèvement de 10 % sur le produit brut des jeux, constitué par la différence entre les sommes mises par les joueurs et les sommes versées ou à reverser aux gagnants.
- Instauration au profit de la CNAM une contribution à la charge des opérateurs se livrant à l'exploitation des activités de jeux d'argent et de hasard, à l'exception des activités d'exploitation de paris hippiques. Le taux de cette contribution est fixé à 15%.
- Instauration d'une contribution spécifique ciblée sur les investissements publicitaires des opérateurs dans ce domaine.
- Application de ces nouvelles taxes aux contributions et prélèvements dus à compter de l'exercice 2025.

Article 9 ter C : Fiscalisation et encadrement de la vente des sachets de nicotine

- Fiscalisation des sachets de nicotine contenant jusqu'à 16 mg de nicotine.
- Interdiction de tous les produits excédant cette limite de 16 mg de nicotine.
- Interdiction de la vente aux mineurs de tous ces produits et encadrement de leur distribution qui sera confiée exclusivement au réseau des buralistes.
- Fixation de l'accise de la fiscalisation des sachets de nicotine à 22 euros pour mille grammes.

Article 9 ter D : Augmentation de la fiscalité du tabac

- Rapprochement, dès 2025, du prix du paquet de cigarettes qui serait atteint en 2027 sans hausse de la fiscalité pour un prix du paquet de cigarettes approchant 12,70 euros dès 2025 au lieu de 12,30 euros.
- Entrée en vigueur de ces mesures à compter du 1^{er} janvier 2025.

Article 9 ter : Alignement des remises commerciales des spécialités hybrides et médicaments biologiques similaires substituables sur celles des médicaments génériques

- Alignement sur les médicaments génériques, pour les médicaments hybrides et biosimilaires substituables, des remises commerciales que peuvent octroyer aux officines les laboratoires pharmaceutiques.
- Extension aux spécialités de référence de la possibilité de remises commerciales identiques aux biosimilaires lorsque le prix de vente est identique.
- Les laboratoires devront déclarer annuellement au CEPS les remises octroyées aux pharmacies d'officines.

Article 9 quater : Taxation des publicités relatives aux appareils de prothèse auditive

- Création d'une taxe perçue sur les dépenses de publicité relative à la promotion des aides auditives, à l'exception des prestations de soins audio-prothétiques réalisées par des audioprothésistes.
- Seront redevables du paiement de cette taxe les entreprises produisant et commercialisant des dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables.
- Assignation de la taxe sur les frais d'achats d'espaces publicitaires, quel que soit le support (matériel ou immatériel) et sur les frais d'événements publics ou de manifestations similaires.

- Fixation du taux de la taxe à 40% des dépenses publicitaires hors taxe sur la valeur ajoutée, avec un taux majoré à 80% si la publicité mentionne une opération commerciale ou un avantage promotionnel.
- Le produit de cette taxe sera affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.
- Les modalités de recouvrement de cette taxe seront précisées par décret.

Article 9 quinquies : Mention sur l'avertissement ou la mise en demeure de la faculté de se faire assister d'un conseil sous peine de nullité

- Obligation d'information de la possibilité de se faire assister d'un conseil dans le cadre des procédures de recouvrement des cotisations sociales auprès des cotisants.

Article 9 sexies : Limitation à 3 mois de la durée de suspension du délai de prescription des cotisations dans le cadre d'un contrôle

- Limitation à 3 mois de la durée de suspension du délai de prescription des cotisations, contributions, majorations et pénalités de retard dans le cadre d'un contrôle.

Article 9 septies : Mention, parmi les éléments obligatoires dans une contrainte, de l'information que le cotisant a la faculté de se faire assister du conseil de son choix

- Mention obligatoire, parmi les éléments d'une contrainte (action en recouvrement), de la possibilité pour le cotisant de se faire assister du conseil de son choix.

TITRE 2

CONDITIONS GENERALES DE L'EQUILIBRE FINANCIER DE LA SECURITE SOCIALE

Article 10 : Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l'annexe 4

- Les crédits ouverts sur le budget de l'État en compensation d'exonérations s'élèvent à 6,45 milliards d'euros en 2025.
- Ce montant est en baisse par rapport aux crédits ouverts en loi de finances initiale pour 2024 qui s'élevaient à 7,1 milliards d'euros.

Article 10 bis : Suppression de la possibilité de plafonner par arrêté la compensation des allègements dégressifs de cotisations sociales patronales à l'Unédic

- Permet au Parlement, une fois l'arrêté actant les montants non-compensés pour les années courant de 2023 à 2026 arrivé à échéance, de se prononcer chaque année sur le niveau de plafonnement à appliquer à la compensation à l'Unédic.

Article 11 : Tableau d'équilibre 2025 et Fonds de solidarité vieillesse (FSV)

- Équilibre des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : déficit de 16,7 15,7 milliards d'euros, 16 15 milliards d'euros en comprenant le fonds de solidarité vieillesse.
- Fonds de solidarité vieillesse : excédent de 0,7 milliard d'euros.

Article 12 : Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du FRR et du FSV

- Les prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont nulles.

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 après adoption par le Sénat le 26 novembre 2024

- Pour l'année 2025, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) est fixé à 16,28 milliards d'euros.
- En 2025, la dette restant à amortir par la CADES devrait s'élever à 137,9 milliards d'euros, 258,5 milliards d'euros ayant déjà été amortis par la caisse.

Article 13 : Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes et allongement de la durée des ressources permanentes auxquelles l'ACOSS peut recourir

- Le plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) est fixé à 65 milliards d'euros pour l'exercice 2025, soit 20 milliards de plus qu'en 2024.
- Le niveau de ressources non permanentes auquel pourra recourir la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel ferroviaire (CPRPF) est fixé à 300 millions d'euros pour l'année 2025.
- Le plafond de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) est fixé à 450 millions d'euros.
- Le plafond d'emprunt de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) est augmenté à 13,2 milliards d'euros en 2025.
- Autorisation pour l'ACOSS de recourir à des ressources non permanentes pour une durée maximum de 24 mois et dans la limite d'une moyenne annuelle pondérée de ses emprunts à 12 mois.

Article 14 : Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale

- Approbation de l'annexe A présentant la trajectoire pluriannuelle des régimes obligatoires de base.
- L'annexe A présente les données macro-économiques (qui déterminent le niveau de recettes et des dépenses) qui ont permis la construction du projet de loi et des soldes des régimes de base jusqu'en 2028.

TROISIEME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES POUR L'EXERCICE 2025

TITRE 1^{er} DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES

Article 15 : Régulation des dépenses d'imagerie et de biologie dans le champ conventionnel

- Création d'accords de maîtrise des dépenses pour les actes d'imagerie médicale, des transports sanitaires et de biologie avec les parties aux conventions signées avec l'Assurance maladie.
- Ces accords fixent un objectif ou une trajectoire de maîtrise des dépenses, des objectifs quantitatifs ou qualitatifs en matière de répartition territoriale de l'offre de soins et de protection de l'indépendance des professionnels de santé, et les engagements des partenaires conventionnels mis en œuvre pour respecter cet objectif ainsi que les modalités de suivi de ces objectifs et engagements par ces partenaires conventionnels.
- En cas de non-respect des objectifs quantitatifs ou de la trajectoire de l'accord de maîtrise des dépenses, l'UNCAM pourra décider unilatéralement de baisses de tarifs. Les conditions d'application de ces dispositions sont définies par décret.
- Possibilité de saisine ministérielle des parties afin qu'un accord de maîtrise des dépenses soit conclu dans un délai de quatre mois à compter de la saisine. À défaut d'accord, les ministres peuvent adopter par arrêté des mesures de baisses des tarifs pendant une durée de quatre mois.
- En l'absence de l'accord sur les dépenses d'imagerie médicale au 30 avril 2025 au 30 juin 2025, l'UNCAM peut procéder jusqu'au 30 juin 2025 31 juillet 2025 à des baisses de tarifs d'imagerie permettant d'atteindre le montant d'économies prescrit.
- En l'absence d'un accord dans le champ des transports sanitaires et des transports effectués par une entreprise de taxis au 30 juin 2025, l'UNCAM peut procéder jusqu'au 31 juillet 2025 à des baisses de tarifs permettant d'atteindre le montant d'économies prescrit.

Article 15 bis A : Définition par les conventions d'engagements et d'objectifs en matière de répartition territoriale de l'offre de soins et de protection de l'indépendance des professionnels de santé

- Inclusion, parmi les objectifs légaux des conventions professionnels conclues entre les syndicats représentatifs de professionnels de santé et l'assurance maladie, de la définition d'engagements et d'objectifs en matière de répartition territoriale de l'offre de soins et de protection de l'indépendance des professionnels de santé.

Article 15 bis B : Conditionnement du remboursement d'appareillages auditifs au respect des conditions d'exercice, d'installation et de distribution

- Subordonne le conventionnement avec l'Assurance maladie et la prise en charge des prestations des distributeurs au détail d'aides auditives dans leur activité principale ou secondaire au respect des règles d'exercice et d'installation en vigueur (diplômes, locaux...) afin de sécuriser la prise en charge et la délivrance du produit aux assurés.
- Entrée en vigueur de cette mesure à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} septembre 2025.

- Vérification de ces conditions lors de la première demande d'adhésion et au moins une fois tous les cinq ans par l'organisme local d'assurance maladie et retrait ou suspension des effets de l'adhésion lorsque qu'elles ne sont plus remplies. Les conditions de suspension ou de retrait des effets de l'adhésion sont déterminées par décret.
- Le délai, dans lequel les organismes locaux d'assurance maladie vérifient le respect de ces conditions, est fixé par décret.

Article 15 bis : Création de structures de soins non programmés

- Création de « structures de soins non programmés » incluant tout centre de santé, des cabinets médicaux ou maison de santé ou des centres de santé spécialisés dans pratiquant des soins de premier recours et ayant pour activité principale la prise en charge des soins non programmés définie à partir du rapport entre le nombre d'assurés ayant déclaré les médecins y exerçant comme médecin traitant et le nombre d'assurés que ces médecins prennent en charge (soins urgents ou non planifiés, comme les consultations sans rendez-vous).
- Création d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé que devront respecter ces structures qui définit les principes d'organisation et les caractéristiques de leur fonctionnement, notamment en matière d'accessibilité (locaux et services), de délais de prise en charge, d'orientation des patients dans le parcours de soins et des prestations minimales à fournir
- Obligation pour les professionnels de santé travaillant dans l'une de ces structures de déclarer leur activité à l'organisme gestionnaire du régime de base d'assurance maladie et à l'ARS de leur région et de participer au service d'accès aux soins et à la permanence des soins ambulatoires dans des conditions fixées par décret.
- Le bénéfice de certains financements peut être réservé aux actes et aux prestations réalisés dans les structures de soins non programmés.
- Les modalités d'application de ces mesures, en particulier la définition des soins non programmés et de fixation du cahier des charges, seront fixées par décret.

Article 15 ter : Modification de la date de mise en œuvre de l'article 49 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024

- La date initiale d'application de la mesure, prévue pour le 1^{er} janvier 2026, est avancée au 1^{er} octobre 2025.

Article 15 quater : Rapport d'évaluation du niveau de financement des actes innovants de biologie et d'anatomopathologie hors nomenclature

- Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de 6 mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport d'évaluation de l'application du niveau de financement des actes innovants de biologie et d'anatomopathologie hors nomenclature susceptibles de présenter un bénéfice clinique ou médico-économique, quelle que soit la date à compter de laquelle ils ont bénéficié d'une prise en charge sans inscription, en le rapportant aux besoins de diagnostic des patients. Ce rapport fait des propositions pour améliorer la prise en charge de ces actes innovants.

Article 15 quinquies : Bilan de la mise en œuvre des articles 33 et 36 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2023 et réflexion sur l'indexation des actes infirmiers

- Dans les 63 mois à compter de la promulgation de la loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport présentant le bilan de la mise en œuvre des articles 33 et 36 de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.
- Le rapport analyse l'amélioration de l'attractivité du métier d'infirmiers et de la reconnaissance de leurs compétences, notamment au regard des conditions de leur formation initiale et continue, ainsi que les modalités de revalorisation des actes infirmiers et leurs impacts pour la sécurité sociale. L'opportunité de mettre en place un mécanisme d'indexation automatique du tarif des actes infirmiers sur l'inflation et explore des solutions de financement possibles pour mettre en œuvre l'indexation des tarifs des actes infirmiers, si cette mesure est jugée pertinente.

Article 16 : Extension du champ de l'encadrement de la pertinence de certaines prescriptions

- La prise en charge par l'Assurance maladie d'un produit de santé et de ses prestations associées, d'un examen de biologie médicale, d'un acte d'imagerie ou d'un transport de patient pourra être subordonnée, lorsqu'elle est particulièrement coûteuse, à la présentation d'un document établi par le prescripteur indiquant qu'il a préalablement consulté le dossier médical partagé du patient ou que la prestation respecte les indications ouvrant droit au remboursement ou les recommandations de la HAS.
- Pour établir le document, le prescripteur renseigne des éléments permettant de vérifier s'il a préalablement consulté le dossier médical partagé du patient ou si sa prescription s'inscrit ou non dans le cadre de ces indications ou recommandations.
- En l'absence dudit document, ou lorsqu'il indique le prescripteur n'a pas consulté préalablement le dossier médical partagé du patient ou lorsqu'il indique qu'une prescription ne s'inscrit pas dans les indications remboursables ou les recommandations, le professionnel appelé à exécuter la prescription recueille l'accord du patient pour délivrer ou réaliser les produits, actes et prestations ne faisant pas l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.
- La liste des produits, actes et prestations soumis à ce document est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après consultation des parties prenantes, dont les professionnels de santé et les associations de représentants d'utilisateurs agréés.

Article 16 bis A : Amélioration de la coordination entre assurance maladie obligatoire et complémentaires santé dans la lutte contre la fraude

- Communication par l'organisme local d'assurance maladie au procureur de la République, lors du dépôt de sa plainte, du nom et des coordonnées des organismes d'assurance maladie complémentaires concernés ainsi que toute information qu'il détient sur le préjudice causé à ces organismes.
- Communication par les agents chargés du contrôle aux organismes d'assurance maladie complémentaire, lorsque les investigations menées mettent en évidence des faits de nature à présumer un cas de fraude en matière sociale et qu'il y a présence d'au moins un critère défini par décret, des informations strictement nécessaires à l'identification de l'auteur de ces faits et des actes et prestations sur lesquels ils portent.
- Information des organismes d'assurance maladie complémentaire lorsqu'une décision de déconventionnement est prononcée.
- Communication par l'organisme d'assurance maladie complémentaire de l'assuré, lorsqu'il a connaissance d'informations ou de faits pouvant être de nature à constituer une fraude et qu'il y a présence d'au moins un critère défini par décret, aux agents chargés du contrôle de l'organisme

compétent les informations strictement nécessaires à l'identification de l'auteur de ces faits et des actes et prestations sur lesquels ils portent.

- Sont tenues au secret professionnel toutes personnes au sein des organismes d'assurance maladie complémentaire dont les interventions sont nécessaires et les informations communiquées ne peuvent être utilisées à d'autres fins que celles prévues sous peine de sanctions.
- Mise à jour des informations transmises et suppression des données enregistrées dès lors que la personne physique ou morale concernée est mise hors de cause.
- Possibilité pour les organismes de recourir à un intermédiaire indépendant pour la mise en œuvre des échanges d'informations.
- Un décret, pris après avis de la CNIL, précise les conditions et modalités de mise en œuvre des échanges d'informations.

Article 16 bis B : Sécurisation de la carte Vitale

- Sécurisation de la carte Vitale, qu'elle soit sous forme matérielle ou immatérielle.
- Conditionnement de la délivrance de la carte Vitale à la présentation d'une preuve d'identité qui, lorsque le moyen d'identification électronique est immatériel, peut être apportée par le moyen d'identification numérique mis en œuvre par le ministère de l'intérieur.
- Mise à disposition par les organismes locaux d'assurance maladie aux assurés qui leur sont rattachés du moyen d'identification électronique interrégime immatériel sous la forme d'une application sécurisée à installer sur un équipement mobile.

Article 16 bis C : Réorganisation du service du contrôle médical de l'Assurance maladie

- Réorganisation et définition des missions du contrôle médical.
- Définition des orientations nationales en matière de contrôle médical par l'assurance maladie qui veille, en outre, à l'indépendance technique des praticiens exerçant dans son réseau.
- Mention des caisses primaires d'assurance maladie et générales de sécurité sociale comme structures participant directement aux missions de contrôle médical.
- Définition du service du contrôle médical comme service regroupant tous les professionnels impliqués dans les missions de contrôle médical, qu'ils travaillent au niveau national ou local.
- Transfert progressif des contrats de travail des personnels administratifs, et si nécessaire, des praticiens conseils vers les CPAM et CGSS locales. Ce transfert doit être terminé d'ici le 31 janvier 2027.
- Engagement de négociations collectives avec les organisations syndicales représentatives au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie, préalablement au transfert prévu pour chaque entité concernée pour négocier des accords transitoires.
- Maintient des droits pendant une période limitée de 3 ans après le transfert, après cette période, ils seront soumis aux règles des CPAM ou CGSS. Si aucun accord n'est conclu avant le transfert, les protections prévues par le Code du travail s'appliqueront par défaut.

Article 16 bis D : Instauration d'une « taxe lapin » sur les consultations non honorées

- Mise à la charge de l'assuré social, en cas de rendez-vous non honoré auprès d'un professionnel de santé en ville, une somme forfaitaire dont le montant et les conditions sont définies par décret.

- Paiement de la somme soit directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie, soit par prélèvement sur son compte bancaire après autorisation de ce dernier, ou soit récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir.
- Une partie de cette somme pourra être reversée par l'assurance maladie aux professionnels de santé concernés en indemnisation.

Article 16 bis E : Incitation des professionnels de santé et des établissements à l'utilisation du dossier médical partagé

- Possibilité pour les conventions professionnelles conclues avec l'assurance maladie de fixer les conditions de modulation de la rémunération des professionnels de santé, à la hausse ou à la baisse, en fonction de la consultation et du renseignement du dossier médical partagé.

Article 16 bis F : Interdiction des plateformes numériques ayant pour but principal la fourniture d'arrêts de travail

- Interdiction aux fournisseurs de services en ligne de mettre en place une plateforme internet visant à fournir à titre principal des actes de télémédecine prescrivant ou renouvelant un arrêt de travail.
- Interdiction aux professionnels de santé exerçant leur activité à titre principal à l'étranger, lors d'un acte de télémédecine, de prescrire ou renouveler un arrêt de travail.

Article 16 bis G : Remise d'un rapport sur la réforme du financement des activités de MCO dans les établissements de santé

- Remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement, dans un délai de 6 mois à compter de la promulgation de la présente loi, sur la réforme de financement des activités de MCO dans les établissements de santé.

Article 16 bis : Extension des compétences des infirmiers en matière de décès

- Extension des compétences des infirmiers **diplômés d'Etat volontaire** en leur permettant d'établir le certificat attestant le décès nécessaire à la délivrance de l'autorisation de fermeture du cercueil.
- Les conditions dans lesquelles les infirmiers pourront intervenir seront déterminées par un **décret**, pris après l'avis du Conseil national de l'Ordre des infirmiers.
- **Prise en charge des frais relatifs à l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès par l'assurance maladie ou la branche autonomie dans des conditions fixées par **arrêté**.**

Article 16 ter : Suivi et amélioration de la pertinence des soins et actes remboursés

- Établissement, par le ministre chargé de la santé, d'une liste de mesures prioritaires visant à améliorer la pertinence des soins remboursés. La liste sera transmise aux commissions compétences de l'Assemblée nationale et du Sénat au plus tard le 15 septembre de chaque année et comporte :
 - des objectifs chiffrés pour améliorer la pertinence des soins et pour mettre fin au remboursement d'actes et de prestations réalisés en dehors des indications scientifiques ou des recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de santé
 - un bilan des mesures **destinées à améliorer la pertinence des soins** prises ou poursuivies l'année précédente.

- Un rapport sera remis au Parlement par le Gouvernement, au plus tard le 15 juillet 2025, pour évaluer l'application des dispositions législatives relatives à la hiérarchisation des actes médicaux pour leur remboursement.

Article 16 quater : Possibilité pour les ordres des professions de santé de solliciter la Haute Autorité de santé pour réaliser l'évaluation d'actes ou de prestations

- Possibilité pour les ordres des professions de santé de solliciter directement l'évaluation des actes par la Haute Autorité de santé en vue de leur inscription dans les nomenclatures existantes.

Article 17 : Améliorer l'efficacité des transports sanitaires

- Conditionnement du remboursement des frais de transports effectués par une entreprise de taxi à la conclusion d'une convention avec un organisme local d'assurance maladie.
- La convention est conclue pour une durée au plus égale à cinq ans et est conforme à une convention-cadre nationale, à laquelle est annexée une convention type, qui détermine :
 - les conditions de réalisation des transports ; celles dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance de frais ; celles subordonnant l'accès et le maintien du conventionnement des entreprises de taxi ; les montants forfaitaires facturables par trajets ; les tarifs kilométriques facturables ; les suppléments facturables ; les règles de facturation et de tarification des transports partagés ; les dispositifs d'aides à l'équipement des taxis conventionnés, notamment pour l'acquisition d'outils permettant la géolocalisation des véhicules ; les conditions d'évolution des tarifs en vue de contribuer à la maîtrise des dépenses, au développement des transports partagés et à la lutte contre la fraude.
- L'entreprise de taxi conventionnée ne peut facturer, pour un transport de patient, que les frais définis dans la convention locale précitée.
- La convention-cadre nationale est établie par le directeur général de l'UNCAM, après avis des organisations professionnelles nationales représentatives du secteur, et approuvée par arrêté.
- Les conventions conclues antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente loi demeurent en vigueur pendant un délai de deux mois après la publication de la convention-cadre nationale.

Article 17 bis A : Obligation d'équipement des véhicules de transport sanitaire avec un dispositif de géolocalisation certifié

- Obligation pour toutes les entreprises de transport sanitaire, à partir du 1er octobre 2025, d'équiper l'ensemble de leurs véhicules d'un dispositif de géolocalisation certifié par l'Assurance maladie et d'un système électronique de facturation intégré.

Article 17 bis B : Dérogation au cadre juridique du transport sanitaire pour les entreprises exerçant exclusivement une activité de transport de personne à mobilité réduite

- Dérogation au cadre juridique du transport sanitaire et à sa prise en charge par l'Assurance maladie pour les entreprises proposant uniquement une offre de transport pour les personnes à mobilité réduite.

Article 17 bis C : Demande de rapport sur la prise en charge anonymisée des frais de transports en cas de violence intra-familiale, pour un avortement

- Remise au Parlement par le Gouvernement, dans un délai de 6 mois à compter de la promulgation de la présente loi, d'un rapport évaluant le coût pour la sécurité sociale de la prise en charge

anonymisée des frais de transports entre leur domicile et les établissements de santé pour une mineure ou une femme en situation de violence intrafamiliale voulant pratiquer un avortement.

Article 17 bis D : Définition des conditions dans lesquelles un assuré retrouve ses droits à la sécurité sociale à son retour sur le territoire français

- Définition par décret, pris avis du CESE et de l'Assemblée des Français de l'étranger ou de son bureau, des conditions dans lesquelles les anciens assurés qui ont cessé de bénéficier de la prise en charge de leurs frais de santé recouvrent le bénéfice de la prise en charge de leurs frais de santé dans les meilleurs délais à leur retour sur le territoire.

Article 17 bis : Amélioration du suivi gynécologique et de la sensibilisation à la vie affective et sexuelle pour les personnes en situation de handicap

- Les femmes en situation de handicap résidant en établissements médico-sociaux bénéficieront de consultations longues de suivi gynécologique et en santé sexuelle.
- Les personnes handicapées résidant dans des établissements médico-sociaux bénéficieront de séances d'éducation à la vie sexuelle et affective et de sensibilisation aux violences sexuelles et sexistes.
- Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale détermineront, par arrêté, un tarif spécifique pour ces consultations.

Article 17 ter : Renforcement de la prévention bucco-dentaire et simplification des modalités de prise en charge

- Création d'un examen annuel de prévention bucco-dentaire pour tous les enfants, dès l'année suivant leur 3^e anniversaire et jusqu'à l'année qui suit leur 18^e anniversaire, en remplacement des consultations ponctuelles initialement prévues à certains âges (3, 6, 9, 12, 15 ans, etc.).
- Les bénéficiaires de l'examen bucco-dentaire de prévention et des soins dentaires réalisés dans les 6 mois suivant cet examen sont intégralement dispensés de l'avance de frais pour ces actes sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie et sur la part des dépenses prise en charge, le cas échéant, par l'organisme d'assurance maladie complémentaire.
- Intégration de la prise en charge intégrale du ticket modérateur sur les examens de prévention bucco-dentaire dans le cahier des charges du contrat solidaire et responsable.
- La mise en œuvre de ces mesures est fixée au 1^{er} avril 2025.

Article 17 quater : Création de centres de santé et de médiation en santé sexuelle

- Les centres de santé et de médiation en santé sexuelle assurent les parcours de santé sexuelle, notamment par la prise en charge infectiologique, gynécologique, endocrinologique, addictologique et psychologique des patients.
- L'ouverture de ces centres est conditionnée à un appel à manifestation d'intérêt, supervisé par les agences régionales de santé (ARS) et est subordonné au respect d'un cahier des charges défini par arrêté. Ce cahier des charges définit les critères épidémiologiques et démographiques d'implantation des centres de santé et de médiation en santé sexuelle.
- La liste des régions d'implantation et le nombre de centres de santé et de médiation en santé sexuelle par région sont fixés par arrêté.
- Un arrêté précise les exigences relatives au projet de santé, au règlement de fonctionnement et à la transmission d'informations nécessaires à l'ARS.

- Les modalités de financement des centres de santé et de médiation en santé sexuelle sont définies par **arrêté**.

Article 17 quinquies : Extension de la prise en charge vaccinale aux infections invasives à méningocoques dans le cadre des campagnes de vaccination scolaires

- Extension de la prise en charge des vaccins administrés lors des campagnes nationales en milieu scolaire au vaccin contre les infections invasives à méningocoques.
- Intégration du vaccin contre les infections invasives à méningocoques dans la liste des infections cibles des campagnes de prévention financées par la Sécurité sociale, au même titre que les infections à papillomavirus.

Article 17 sexies : Renforcement du conventionnement des psychologues et de l'accès à l'accompagnement psychologique

- Conventionnement des psychologues avec l'Assurance Maladie sous condition de qualification validée par une sélection réalisée par une autorité compétente désignée par **décret** et de la signature d'une convention avec l'organisme local d'assurance maladie de leur lieu d'exercice.
- Encadrement, par **arrêté**, du nombre maximal de psychologues pouvant être conventionnés ainsi que leur répartition au regard des besoins de chaque territoire.
- Intégration des psychologues choisis par les patients dans l'équipe de soins du parcours de santé.
- Simplification des modalités de recours en supprimant les contraintes relatives à l'adressage par un autre professionnel de santé.
- Extension de ces dispositions aux psychologues déjà conventionnés avec leur organisme local d'assurance maladie avant l'entrée en vigueur de la loi.
- Inclusion des frais des séances d'accompagnement psychologique dans la couverture de l'Assurance Maladie pour le territoire de Mayotte.

~~**Article 17 septies : Extension de l'expérimentation pour l'amélioration de l'accès direct aux masseurs kinésithérapeutes**~~

- ~~▪ Extension de l'expérimentation d'amélioration de l'accès aux soins, initialement limitée à six départements (dont deux d'outre-mer), à un maximum de vingt départements.~~
- ~~▪ Fixation de la liste des départements participants par arrêté conjoint du Premier ministre et du ministre chargé de la santé.~~
- ~~▪ Simplification de la définition des départements concernés en supprimant la référence spécifique à ceux en expérimentation.~~

Article 17 octies : Autorisation expérimentale du remboursement des tests de détection de soumission chimique

- Autorisation à titre expérimental, pour une durée de trois ans, du remboursement par l'assurance maladie des **recherches incluant les analyses et** tests permettant de détecter une soumission chimique, y compris sans dépôt de plainte, pour améliorer la prise en charge des victimes.
- Définition des modalités de mise en œuvre de l'expérimentation par **décret**, avec une date limite de publication fixée au **1^{er} mars 2025** **1^{er} juillet 2025**.
- Sélection d'un maximum de trois régions pour participer à cette expérimentation, dont la liste sera arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

- Évaluation de l'expérimentation par un rapport d'évaluation du Gouvernement, remis au Parlement dans un délai de six mois avant la fin de la période d'expérimentation, afin de décider de la pertinence d'une généralisation du dispositif.

Article 17 nonies : Évaluation des mesures de prévention dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024

- Remise au Parlement, dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi, d'un rapport d'évaluation portant sur les articles 37, 38, 39, 44 et 46 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.
- Ce rapport examinera la distinction des dépenses associées aux mesures de prévention inscrites dans cette loi de financement, en évaluant l'opportunité de distinguer l'investissement en santé par la prévention.
- Publication du rapport une fois celui-ci présenté au Parlement.

Article 18 : Plafonnement des rémunérations des personnels non médicaux exerçant en intérim

- Élargissement du principe du plafonnement de la rémunération en intérim, déjà en vigueur pour le personnel médical dans les établissements publics de santé, aux sage femmes et professionnels de santé
- Plafonnement des rémunérations en intérim médical aux personnels non-médicaux (auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaire de puériculture, ambulanciers, assistants dentaires et assistants de régulation médicale) et de maïeutique des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux dès lors qu'il existe un écart significatif entre le coût de la prestation en intérim et la rémunération des personnels statutaires.
- Les dispositions du présent article s'appliquent aux contrats conclus à compter du 1^{er} juillet 2025.

Article 18 bis : Adaptation du calendrier des campagnes de financement des soins médicaux et de réadaptation (SMR)

- Adaptation dans champ des soins médicaux et de réadaptation de l'avancée du calendrier des campagnes de financement qui sera fixé au 1^{er} janvier, afin de le faire correspondre au calendrier budgétaire des établissements.
- Jusqu'au 31 décembre 2025, les tarifs et les coefficients mentionnés prennent effet au 1^{er} mars de l'année en cours.

Article 18 ter : Prise en compte de l'impact de la concurrence frontalière dans le calcul du coefficient géographique

- Prise en compte des enjeux de concurrence frontalière dans la définition des zones bénéficiant du coefficient géographique appliqué aux tarifs nationaux de prestations des établissements.

Article 18 quater : Intégration de la lutte contre les erreurs médicamenteuses évitables parmi les indicateurs du dispositif IFAQ

- Intégration de la lutte contre les erreurs médicamenteuses évitables dans les indicateurs du dispositif IFAQ, en se fondant sur le suivi des interventions pharmaceutiques.

Article 18 quinquies : Elargissement de la possibilité de continuer à exercer un mandat local malgré le bénéfice d'indemnités journalières

- Elargissement de la possibilité de continuer à exercer un mandat local malgré le bénéfice d'indemnités journalières, sauf si décision contraire du praticien.

Article 19 : Lutte contre les pénuries des produits de santé

- Possibilité pour l'ANSM, dans des conditions fixées par décret, lorsque les niveaux de stock de MITM en rupture ou à risque de rupture sont incompatibles avec l'approvisionnement approprié du marché nationale, d'autoriser le titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou l'entreprise pharmaceutique exploitante à constituer un stock de niveau inférieur.
- Possibilité pour l'ANSM d'imposer la constitution d'un stock de sécurité d'un niveau supérieur à celui prévu pour les MITM en rupture ou à risque de rupture, sans excéder 6 mois de couverture des besoins.
- Fixation par un décret en Conseil d'État des conditions dans lesquelles les stocks de sécurité constitués sont utilisés, en cas de rupture ou de risque de rupture d'approvisionnement.
- Fixation par un décret en Conseil d'État des conditions d'élaboration et d'actualisation des plans de gestion des pénuries. Ce décret fixe également les conditions dans lesquelles l'ANSM peut soumettre à des exigences renforcées les médicaments qui font l'objet de risques de ruptures ou de ruptures de stock réguliers.
- Un arrêté du ministre chargé de la santé peut rendre obligatoire le recours à l'ordonnance de dispensation conditionnelle
- Ajustement des dispositifs opérationnels adoptés en matière de lutte contre les pénuries de médicaments (possibilité pour le pharmacien de substituer un MITM sur recommandation de l'ANSM, possibilité de rendre obligatoire le recours à l'ordonnance de dispensation conditionnelle ou à la dispensation à l'unité) en élargissant les dispositifs aux cas de risque de rupture d'approvisionnement (et non plus uniquement rupture) ou afin de préserver la disponibilité des médicaments dont la demande fait l'objet de variations saisonnières.
- Élargissement de la mesure aux dispositifs médicaux (DM) avec la création d'un nouveau chapitre dans le code de santé publique « Lutte contre les ruptures d'approvisionnement de dispositifs médicaux » :
 - Si l'interruption ou la cessation attendue de la fourniture d'un DM est susceptible d'entraîner un préjudice grave ou un risque de préjudice grave, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent déterminer par arrêté les dispositifs médicaux alternatifs et les indications correspondantes ainsi que les conditions dérogatoires de leur prise en charge par l'assurance maladie.
 - Lorsqu'un DM à usage individuel identifié comme alternatif n'est pas inscrit sur la liste et qu'il n'existe aucune autre alternative thérapeutique disponible prise en charge par l'assurance maladie, son exploitant peut bénéficier d'une prise en charge dérogatoire temporaire accordée pour une durée maximale d'un an à l'exploitant.
 - Pour cette prise en charge dérogatoire, possible modification ministérielle des conditions de délivrance, de distribution et de facturation des produits concernés. Les modalités de cette prise en charge dérogatoire temporaire sont définies par un décret.
- Rehaussement du plafond des sanctions à l'encontre des acteurs ne respectant pas leurs obligations en matière de lutte contre les pénuries qui passe de 30 à 50% du chiffre d'affaires annuel réalisé au titre des spécialités concernées, dans la limite de 5 millions d'euros (contre 1 millions d'euros à l'heure actuelle).

- Publication des décisions de sanctions financières sur le site de l'ANSM pendant une durée d'un an.
- Ajout aux critères de fixation des prix des médicaments par le CEPS un nouveau critère : le prix ou tarif du médicament, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, fixé dans le cadre d'un achat national ou d'un achat conjoint européen.
- Pour les spécialités achetées par Santé publique France pour répondre à un besoin de santé publique, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent suspendre pour chaque spécialité concernée ou pour une spécialité comparable ou à même visée thérapeutique toute procédure d'inscription ou de tarification dans la limite de 2ans et de l'épuisement des stocks de Santé publique France.
- Fixation par **arrêté** d'une indemnité versée par la CNAM au titre de la distribution en gros et de la dispensation des médicaments acquis par procédure d'achat public. Cet arrêté peut déroger, si besoin, aux dispositions relatives aux marges de distribution.

Article 19 bis : Amélioration de l'information des acteurs de la chaîne du médicament sur l'approvisionnement

- Mise en œuvre d'un système d'information destiné à anticiper et assurer le traitement des ruptures ou des risques de ruptures d'approvisionnement de MITM et à favoriser les échanges entre les acteurs de la chaîne d'approvisionnement, les pharmacies d'officine et les établissements pharmaceutiques. Les informations sur la disponibilité des MITM seront partagées avec les autorités sanitaires.
- En cas de non-respect des obligations de déclaration, des sanctions pourront être prononcées.
- Mise en œuvre du système d'information par le Conseil national de l'ordre des pharmaciens en application d'une convention signée avec l'Etat, la CNAM et l'ANSM. À défaut de convention, les modalités de la mise en œuvre du système d'information par un autre responsable seront fixées par **arrêté**.
- Précision des modalités de financement du système d'information, des catégories de données à renseigner, des conditions d'accès aux données et de leur durée de conservation, des destinataires et des exigences de sécurité et de traçabilité par un **décret** en Conseil d'Etat, pris après avis du Conseil national de l'ordre des pharmaciens.
- Un **arrêté**, pris après avis de l'ANSM, définira les conditions dans lesquelles les PUI renseigneront ce système d'information.

Article 19 ter : Réduction du délai d'inscription automatique des médicaments biosimilaires sur la liste des biosimilaires substituables

- Ramène de deux ans à un ans le délai d'inscription automatique des médicaments biosimilaires sur la liste des biosimilaires substituables.
- La délivrance par substitution au médicament biologique de référence d'un médicament biologique similaire appartenant au même groupe biologique similaire ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie.

Article 20 : Conditionnement de la prise en charge des dispositifs médicaux numériques à l'attestation d'une utilisation effective par l'assurance maladie

- Les données liées à l'utilisation du dispositif médical peuvent être télétransmises au médecin prescripteur, au distributeur **en au** détail et au service du contrôle médical.

- Au regard de ces données, le prescripteur réévalue de façon régulière la pertinence et l'efficacité de sa prescription et le distributeur déploie des actions ayant pour objet de favoriser une bonne utilisation du dispositif médical.
- Subordination de la prise en charge au respect des conditions d'utilisation prévues par l'arrêté d'inscription à la liste.
- ~~La transmission des données d'utilisation du dispositif médical à l'assurance maladie, ou à un tiers de confiance désigné, conditionnera la prise en charge. Ces informations seront transmises par les exploitants ou les distributeurs concernés, dans des formats interopérables et sécurisés.~~
- Transmission à l'assurance maladie par le prescripteur au détail des données permettant d'attester du respect des conditions d'utilisation, dans des conditions fixées par un décret en Conseil d'État pris après avis de la CNIL.
- Le non-respect des conditions d'utilisation ne peut entraîner la suspension de la prise en charge que s'il se prolonge au-delà d'une durée déterminée par décret. Le distributeur au détail et le prescripteur sont informés sans délai de cette suspension et, en cas de refus opposé par le patient à la transmission de ces données, le dispositif médical ne peut faire l'objet d'une prise en charge ou d'un remboursement.
- En cas de prescription non pertinente au regard de la faible utilisation du dispositif par le patient, le distributeur au détail doit informer le patient que cela peut conduire le prescripteur à ne pas renouveler la prescription.

Article 20 bis : Clarification du périmètre de la remise en bon état d'usage

- Clarification du périmètre de la remise en bon état d'usage de certains dispositifs médicaux.
- Limitation de la remise en bon état d'usage aux seuls changements de propriétaires et non d'usagers.
- Remplacement du processus d'homologation par un processus de certification.

Article 20 ter : Concours de la CNSA aux départements

- Modification des règles de fixation des concours de la CNSA dédiées au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH).
- Fixation du concours destiné à couvrir une partie des dépenses pour chaque département en prenant en compte : les dépenses réalisées par chaque département, taux de couverture pour l'année 2024, la somme des montants des concours suivants perçus au titre de l'année 2024.
- Dérogation prévue pour les départements participant à l'expérimentation de nouveaux régimes de financement des établissements médico-sociaux par laquelle les modalités de calcul du taux de couverture seront fixées par voie réglementaire.
- Introduction d'un coefficient géographique permettant d'ajuster le taux de couverture selon les spécificités locales (caractéristiques économiques, sociales et démographiques).
- Majoration du taux de compensation correspondant en 2025 pour les territoires d'Outre-Mer.

Article 21 : Réformer le modèle de financements des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

- À partir du 1^{er} janvier 2025 et pour une durée de ~~4 ans~~ 2 ans, dans les départements volontaires, les EHPAD et les USLD percevront un forfait global unique relatif aux soins et la perte d'autonomie.

- La garantie de ressources dont bénéficient les résidents d'EHPAD ou USLD admis à l'aide sociale à l'hébergement, ou le cas échéant leur conjoint resté au domicile, continue bien à s'appliquer dans les départements expérimentateurs.
- Le nombre maximum de collectivités territoriales expérimentatrices sera porté au plus à 23 départements en 2025 et la date limite de dépôt d'une délibération pour participer à l'expérimentation est repoussée au ~~31 octobre 2024~~ 15 novembre 2024.
- Sont désignés pour participer à l'expérimentation les départements suivants : Aude, Cantal, Charente-Maritime, Corrèze, Côtes-d'Armor, Creuse, Finistère, Haute-Garonne, Landes, Lot, Lot-et-Garonne, Maine-et-Loire, Haute-Marne, Mayenne, Morbihan, Nièvre, Pas-de-Calais, Pyrénées-Orientales, Métropole de Lyon, Savoie, Seine-Saint-Denis, Guyane, La Réunion.

Article 21 bis : Extension du parcours de repérage des TND aux enfants de six ans

- Seront concernés par le nouveau parcours de bilan, de diagnostic et d'intervention les enfants de la tranche d'âge de 0 ans 6 ans révolus.

Article 21 ter : Reconnaissance du statut d'infirmier coordinateur en Ehpad

- Reconnaissance du statut d'infirmier coordinateur en Ehpad chargé, sous la responsabilité hiérarchique du médecin coordinateur, d'assurer l'encadrement de l'équipe soignante de l'établissement.
- Les qualifications requises et ses autres missions sont définies par décret.

Article 21 quater : Aide exceptionnelle de 100 millions d'euros pour les ESMS en difficulté

- Déploiement pour l'année 2025 d'une aide exceptionnelle de 100 millions d'euros en soutien aux établissements sociaux et médico-sociaux en difficulté financière.

Article 21 quinquies : Faciliter le recours aux professionnels de santé libéraux dans les ESMS

- Elargissement des structures dans lesquelles les professionnels de santé libéraux peuvent intervenir.

Article 21 sexies : Décalage de la pérennisation du dispositif dérogatoire au droit du travail dans le cadre de prestations de relayage

- Décalage de la pérennisation du dispositif dérogatoire au droit du travail dans le cadre de prestations de relayage du 1^{er} janvier 2025 au 1^{er} avril 2025.
- Prolongation de l'expérimentation jusqu'au 31 mars 2025.

Article 22 : Alignement du mode de calcul de la pension de retraite de base des personnes non-salariées des professions agricoles (NSA) sur le régime général

- Suppression à terme des pensions forfaitaire et proportionnelle du régime de base des non-salariés agricoles et calcul des retraites de base sur les vingt-cinq meilleures années de revenus, comme au régime général pour les travailleurs indépendants.
- Application du régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles aux aides familiaux vivant sur l'exploitation ou sur l'entreprise et participant à sa mise en valeur comme non-salariés. Conservation de cette qualité que pendant une durée qui ne peut excéder 5 ans, au terme de cette durée, les personnes sont tenues d'opter pour le statut de salarié ou de chef d'exploitation de l'entreprise agricole. À défaut d'option pour l'un de ces statuts, l'aide

familiale ayant poursuivi la mise en valeur de l'exploitation ou de l'entreprise agricole est réputé l'avoir fait sous le statut de salarié.

- Application de la mesure aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2026 pour aboutir, à terme, à un calcul de la retraite sur les vingt-cinq meilleures années de revenus pour l'ensemble des statuts de non-salariés agricoles. Pour les pensions prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2026 la pension de retraite proportionnelle est liquidée.
- Pour les poly-affiliés, les vingt-cinq meilleures années à prendre en compte seront réparties, au prorata des durées d'assurance, entre le régime des non-salariés agricoles et les régimes alignés.
- Aligement du plafond d'écrêtement de tous régimes de la pension majorée de référence (PMR) sur celui du minimum contributif (MiCo) des régimes alignés.

Article 23 : Décalage de la revalorisation des prestations vieillesse au 1^{er} juillet

- ~~Modération de la progression des pensions de retraite en 2025 en reportant du 1^{er} janvier au 1^{er} juillet la revalorisation des prestations d'assurance vieillesse, tout en conservant une revalorisation calculée sur une période de douze mois.~~
- Revalorisation de toutes les pensions de retraite au 1^{er} janvier au montant de la moitié de l'inflation et faire bénéficier les retraites inférieures au Smic d'une revalorisation sur l'inflation au 1^{er} juillet ainsi que d'un rattrapage du manque à gagner entre janvier et juillet.
- Décalage de la date de revalorisation des pensions du régime de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques (Ircantec) et du régime complémentaire des indépendants.

Article 23 bis : Extension du bénéfice de l'action sociale du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants exerçant à Saint-Pierre et Miquelon

- Extension du bénéfice de l'action sociale du Conseil de la protection sociale aux travailleurs indépendants exerçant à Saint-Pierre et Miquelon qui seront alors éligibles à l'action sanitaire et sociale.
- Les demandes doivent être déposées auprès de l'organisme en charge du recouvrement des cotisations du régime de retraite complémentaire et les décisions d'attribution sont prises par l'instance régionale de la protection sociale des travailleurs indépendants rattachée à cet organisme.

Article 24 : Améliorer l'indemnisation en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle et mieux prendre en compte le préjudice personnel

- Amélioration du régime d'indemnisation AT/MP en garantissant l'indemnisation des accidents de travail et des maladies professionnelles qui doit couvrir à la fois le préjudice économique et une part des préjudices extra-professionnels de la victime.
- Aligement des modalités de calcul de la part fonctionnelle des indemnités en capital avec celle des rentes pour incapacité permanente dont bénéficient les victimes d'AT-MP à taux d'incapacité permanente d'au moins 10%.
- Les victimes AT/MP de droit commun percevront une rente couvrant ces deux types de préjudices et l'indemnisation actuelle du préjudice professionnel sera complétée par une indemnisation distincte du préjudice personnel. Est également précisée l'indemnisation du préjudice fonctionnel en cas de faute inexcusable de l'employeur (FIE).

- Possibilité pour toutes les victimes de faute inexcusable de l'employeur de bénéficier d'une indemnisation en capital sur la majoration de la part fonctionnelle de leur rente.
- Ces dispositions entreront en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} juin 2026, et s'appliqueront aux victimes dont l'état de santé est consolidé à partir de cette date.
- Information et audition des associations de victimes, à leur demande, sur tout projet de texte d'application de cet article.

Article 24 bis : Renforcement de la procédure de recouvrement des indus et suppression de la réforme du tiers-payant concernant le CMG « structure »

- Précision de la procédure de recouvrement des indus de CGM « structure » directement auprès des structures et non plus des familles.
- Notification de l'indu à la structure qui pourra faire des observations.
- Si ces observations sont rejetées ou que le paiement n'a pas été fait à l'expiration d'un délai, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales concerné pourra adresser une mise en demeure de payer à la structure. Si celle-ci ne produit pas ses effets, possibilité pour le directeur de délivrer une contrainte et une majoration de 10% au titre des frais de gestion pourra être appliquée.
- Suppression du projet de mécanisme de tiers-payant pour le versement du CMG « structure » prévu par la LFSS pour 2019 et applicable à compter du 1^{er} septembre 2026.

Article 24 ter : Suspension du versement du complément du mode de garde en cas de défaut de paiement du salaire dû à l'assistante maternelle ou à l'employé à domicile

- Renforcement de l'efficacité du dispositif « Pajemploi+ » qui assure le versement de la rémunération sur le compte bancaire de l'assistante maternelle dans les quatre suivant la déclaration sociale de la famille.
- Désactivation possible du dispositif seulement après accord mutuel de l'employeur et du salarié
- Suspension immédiate, en l'absence d'activation du dispositif, du versement du complément de libre choix de mode de garde (CMG) au foyer qui ne s'acquitte pas du salaire de l'assistante maternelle ou de la personne employée à domicile pour une garde d'enfant.
- Détermination par décret des conditions dans lesquelles le signalement du défaut de paiement et sa prise en compte par l'organisme débiteur des prestations familiales pourront être réalisés
- Obligation pour l'employeur d'utiliser ce dispositif en cas d'impayé afin de pouvoir de nouveau bénéficier du complément du libre choix de mode de garde.

Article 24 quater : Adaptation du droit des prestations familiales et extension de l'assurance vieillesse des aidants à Mayotte

- Droit aux prestations familiales exclusivement sur le fondement de la résidence stable et régulière en France de l'allocataire et de l'enfant.
- Les conditions d'appréciation de la stabilité de la résidence sont précisées par décret.
- Rapprochement de l'appréciation de la résidence entre Mayotte et les autres territoires par un alignement de la condition de résidence en précisant qu'il s'agit d'une résidence stable et la création d'une règle de coordination pour le service des prestations familiales en cas de résidence de l'un des membres du couple dans l'Hexagone ou dans les DROM.
- Lorsque l'allocataire réside sans un autre département ou collectivité, le droit aux prestations familiales est ouvert au regard de la résidence des enfants.

- Création d'un nouveau chapitre concernant les dispositions relatives à diverses catégories de personnes rattachées au régime de retraite de sécurité sociale applicable à Mayotte permettant d'étendre à Mayotte l'assurance vieillesse des aidants.

Article 24 quinquies : Demande de rapport portant sur les travaux de réforme du financement de l'accueil du jeune enfant

- Remise d'un rapport au Parlement par le Gouvernement, dans un délai de 12 mois à compter de la promulgation de la présente loi, portant sur les travaux de réforme du financement de l'accueil du jeune enfant.

TITRE 2 : DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DEPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES REGIMES OBLIGATOIRES

Article 25 : Dotations de l'assurance maladie et de la CNSA au FMIS, de l'assurance maladie à l'ONIAM, au Fiva et FCAATA, de la CNSA aux ARS, transfert compensation sous déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles AT/MP et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité

- Les montants des participations au FMIS sont fixés à 633 millions d'euros pour les régimes obligatoires d'assurance maladie et à 86 millions d'euros pour la branche autonomie du régime général.
- Le montant de la contribution de la branche autonomie aux ARS est fixé à 190 millions d'euros afin de financer les établissements et services médico-sociaux ou les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées.
- Le montant de la dotation des régimes obligatoires pour le financement de l'ONIAM est fixé à 181,2 millions d'euros pour sa mission d'indemnisation des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.
- Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Agence nationale de santé publique est fixé à un maximum de 335 millions d'euros pour l'année 2025, y compris dépenses de crise.
- Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Agence de biomédecine est fixé à un maximum de 55 millions d'euros pour l'année 2025.
- Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'ANSM est fixé à un maximum de 145 millions d'euros pour l'année 2025.
- Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de la HAS est fixé à un maximum de 74 millions d'euros pour l'année 2025.
- Les ressources de l'Agence nationale du développement professionnel continu sont constituées notamment d'une contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi.
- Le montant de la contribution de la branche AT/MP du régime général est fixé à 465 millions d'euros pour le financement du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.
- Le montant de la contribution de la branche AT/MP du régime général est fixé à 453 millions d'euros pour le financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante.

- Le montant du versement annuel de la branche AT/MP au titre de la sous-déclaration est fixé à 1,6 milliard d'euros.
- Les montants couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge et les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et les dépenses supplémentaires engendrées par le compte professionnel de prévention sont respectivement fixés à 220,7 millions d'euros et 9,7 millions d'euros.

Article 26 : Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

- 260,8 260 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Article 27 : Objectif national des dépenses ONDAM et sous-ONDAM

- L'objectif national des dépenses d'assurance-maladie pour 2025 est fixé à 263,9 264,2 milliards d'euros.
- ~~Évolution de +2,8% par rapport à 2024.~~

Article 28 : Objectif de dépenses de la branche AP/MP

- 17,0 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Article 29 : Objectif de dépenses de la branche vieillesse

- 300,2 300,7 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Article 30 : Objectif de dépenses de la branche famille

- 59,7 milliards d'euros.

Article 31 : Objectif de dépenses de la branche autonomie

- 42,4 42,7 milliards d'euros.

Article 32 : Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)

- 21,3 milliards d'euros.
- Les dépenses du Fonds de solidarité vieillesse devraient augmenter de 0,7 milliard d'euros par rapport à 2024.