



Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2018

Adopté en première lecture de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale le
18 octobre 2018

Rappel du calendrier

- 28 septembre 2017 : présentation du projet de loi en Conseil des ministres et transmission officielle au Conseil d'État
- 11 octobre 2017 : audition d'Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, et de Gérard Darmanin, ministre de l'Action et des Comptes publics sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018
- 17 octobre 2017 : examen du projet de loi par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale
- 24 octobre-30 octobre 2017 : examen en première lecture du texte à l'Assemblée nationale
- 31 octobre 2017 : vote solennel à l'Assemblée nationale
- 13 novembre-17 novembre 2017 : examen du PLFSS au Sénat

Rapporteur général de l'Assemblée nationale

- Olivier Véran (La République En Marche, Isère)

Présentation du projet de loi

Le PLFSS 2018 poursuit différents objectifs :

- la maîtrise de la dépense sociale pour permettre une baisse du déficit public et un retour à l'équilibre de la sécurité sociale en 2020. Le déficit cumulé du régime général et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) atteindra 5,2 milliards d'euros fin 2017 et 2,2 milliards d'euros en 2018.
- le développement de la prévention et de l'innovation en cohérence avec la stratégie nationale de santé. En termes de prévention, le prix du paquet de tabac atteindra progressivement 10 euros à l'horizon 2020 pour lutter contre le tabagisme, et l'obligation vaccinale est étendue de 3 à 11 vaccins. Au sujet de l'innovation, la téléconsultation et la télé-expertise entrent dans le droit commun pour développer la télémédecine. Pour garantir une meilleure égalité d'accès aux soins, des négociations sur les actes dentaires, de l'optique et des audioprothèses sont ouvertes. Une expérimentation de nouveaux modes de rémunération est lancée pour assurer une meilleure qualité et pertinence des soins.
- l'amélioration de la solidarité nationale envers les familles, les personnes âgées et les personnes handicapées. L'allocation de soutien familiale est revalorisée, le montant maximum pour la garde d'enfant des familles monoparentales est rehaussé de 30 %, le minimum vieillesse est augmenté de 100 euros par mois pour les plus modestes, 4525 places sont créés en établissements

d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et 2028 places sont ouvertes dans les établissements et services pour personnes handicapées.

- le soutien à l'activité économique et au pouvoir d'achat. Le Régime social des indépendants (RSI), protection sociale des travailleurs indépendants, est confié au régime général. Une baisse de certaines cotisations sociales est établie en contrepartie d'une hausse d'1,7 point de CSG. Le plafond de chiffre d'affaires du régime de la micro-entreprise est doublé et une année blanche de cotisations sociales pour les créateurs d'entreprise est octroyée.

Sont surlignés en **vert** les textes d'application des dispositions législatives contenues dans ce projet de loi. Sont surlignés en **jaune** les mesures adoptées / censurées par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2016

Article 1^{er} : Approbation des tableaux d'équilibre 2016

- Ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : -3,4 milliards d'euros, -7 milliards d'euros en comprenant le fonds de solidarité vieillesse (FSV).
- Régime général de sécurité sociale : -4,1 milliards d'euros, -7,8 milliards d'euros avec le FSV.
- Organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : le FSV s'établit à -3,6 milliards d'euros.
- Dépenses du champ de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) : 185,1 milliards d'euros.
- Dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale : 14,4 milliards d'euros.

Article 2 : Approbation du rapport sur la situation patrimoniale des régimes et organismes de sécurité sociale ainsi que les modalités de couverture du déficit constaté sur l'exercice 2016

DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2017

Article 3 : Rectification des dotations du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et contribution de la branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) aux départs anticipés à la retraite pour pénibilité

- Dotation du fonds pour l'emploi hospitalier au profit du FMESPP : 30 millions d'euros.
- Participation totale des régimes d'assurance maladie au FMESPP : 59,4 millions d'euros.
- Contribution de la branche AT-MP du régime général pour les départs anticipés à la retraite : 67,4 millions d'euros.

Article 4 : Suppression de la Contribution sociale de solidarité des sociétés (C4S)

- Rétablit l'obligation de télérèglement de la contribution Sociale de solidarité des entreprises (C3S).
- Supprime la contribution supplémentaire à la C3S (C4S) par sa fusion avec la C3S.
- Permet de rendre plus lisible la fiscalité des entreprises.

Article 5 : Rectification des prévisions de recettes, objectifs de dépenses et tableau d'équilibre

- Ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : -1,3 milliard d'euros, -4,9 milliards d'euros avec le FSV.
- Régime général de sécurité sociale : -1,6 milliard d'euros, -5,2 milliards d'euros avec le FSV
- Organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : le FSV s'établit à -3,6 milliards d'euros.
- Objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale : 14,8 milliards d'euros.

Article 6 : Rectification de l'ONDAM et de ses sous-objectifs

- Dépenses de soins de ville : 86,8 milliards d'euros.
- Dépenses relatives aux établissements de santé : 79 milliards d'euros.
- Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées : 9 milliards d'euros.
- Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées : 10,9 milliards d'euros.
- Dépenses relatives au fonds d'intervention régional : 3,3 milliards d'euros.
- Autres prises en charge : 1,6 milliard d'euros.

TROISIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2017

TITRE I^{er} : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE

Chapitre I^{er} : Dispositions relatives au pouvoir d'achat des actifs

Article 7 : Suppression des cotisations sociales en contrepartie de la hausse de la contribution sociale généralisée (CSG) à partir du 1^{er} janvier 2018

- Conduit à la suppression de certaines cotisations sociales pour les actifs :
 - pour les travailleurs salariés, la mesure supprime le paiement de la cotisation salariale d'assurance maladie (0,75 % de la rémunération brute) et les contributions d'assurance chômage (2,40 % de la rémunération brute), sans que ces droits leurs soient écartés. Cette mesure s'appliquera en deux temps au cours de l'année 2018, en janvier et en octobre.
 - 75 % des travailleurs indépendants sont assujettis à cette mesure, 25 % des plus aisés y échappent. Le mécanisme accroît l'exonération des cotisations d'assurance maladie et maternité tout en supprimant quasi intégralement la cotisation d'allocations familiales.
 - Ces cotisations sociales sont basculées et financées, à partir du 1^{er} janvier 2018, par une augmentation d'1,7 point de la CSG sur les revenus du capital, d'activité et de remplacement, à l'exception des indemnités journalières et des allocations chômage.

Chapitre II : Dispositions relatives à l'emploi et aux entrepreneurs

Article 8 : Renforcement des allègements généraux en contrepartie de la suppression du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) à partir du 1^{er} janvier 2019

- Transforme le CICE en allègement immédiat, et non plus en fonction du résultat de l'année n-1, de cotisations sociales à partir du 1^{er} janvier 2019, avec un abaissement de 6 points sur les rémunérations en dessous de 2,5 SMIC.
- Allège de 10 points, au niveau du SMIC, les cotisations sociales patronales des entreprises sur le risque chômage et la retraite complémentaire.
- Prévoit la suppression du crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires.

Article 9 : Réforme de l'ACCRE et encouragement des petites activités à partir du 1^{er} janvier 2019

- Élargit, à partir du 1^{er} janvier 2019, le dispositif d'exonération générale des cotisations sociales (ACCRE) à tous les entrepreneurs ayant un revenu annuel net inférieur à 40 000 euros lors de leur première année d'activité.
- Supprime la fixation par décret du plafond de revenus ou de rémunérations à partir duquel l'exonération ACCRE est accordée. L'exonération est totale en dessous de 29 421 euros, et dégressive linéairement entre 29 421 euros et 39 228 euros.
- Prévoit un interlocuteur URSSAF unique pour les créateurs d'entreprise.
- Double le plafond du chiffre d'affaires pour bénéficier du régime micro-fiscal.

Article 10 : Allègement des démarches des petits déclarants par la modernisation des titres simplifiés

- Améliore les droits sociaux et facilite la déclaration d'activité des personnes non éligibles au chèque emploi service.

Article 11 : Suppression du Régime social des indépendants (RSI) et modification des règles d'affiliation à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL)

- Confère, de manière obligatoire, la protection sociale des travailleurs indépendants au régime général d'assurance maladie par la suppression du RSI. Pour ce faire, une phase de transition de 2 ans est prévue pour une mise en place définitive le 1^{er} janvier 2020.
- Permet l'alignement de la couverture maternité, pour les travailleurs indépendants, sur les prestations dont disposent les travailleurs salariés.
- Les règles spécifiques de cotisation des travailleurs indépendants restent inchangées.
- Les prestations seront assurées par la CPAM et la CARSAT et le recouvrement des cotisations par les URSSAF.
- La création d'un conseil de la protection sociale des indépendants et des retraités permettra de gérer le régime d'assurance vieillesse complémentaire.
- Rétablit la possibilité pour l'ensemble des travailleurs indépendants que soit organisé le versement de prestations supplémentaires, notamment au titre des accidents du travail et maladies professionnelles.
- Facilite le recours à la faculté d'estimation des revenus annuels pour le calcul des cotisations sociales.
- Prolonge, jusqu'au 30 juin 2019, la période d'expérimentation relative à la modulation des acomptes de cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants en fonction de leur activité ou de leurs revenus mensuels ou trimestriels.
- Les conditions d'application seront précisées par décret.

Chapitre III : Dispositions relatives à la fiscalité comportementale

Article 12 : Augmentation des droits de consommation applicable au tabac et alignement de la fiscalité du tabac en Corse

- Augmentation progressive, le 1^{er} mars 2018, le 1^{er} avril 2019, le 1^{er} novembre 2019, le 1^{er} avril 2020 et le 1^{er} novembre 2020 de la fiscalité sur les tabacs pour atteindre le prix de d'un paquet de cigarettes à 10 euros d'ici 2020.

- Fait converger, d'ici 2021, la fiscalité sur les produits de tabacs vendus en Corse sur la fiscalité continentale.

Article 13 : Verdissement du barème de la taxe sur les véhicules de société

- Adapte la taxe sur les véhicules de société afin d'inciter l'achat de véhicules électriques et hybrides.

Article 13 bis : Modulation de la taxe soda en fonction du taux de sucre sur les boissons sucrées

- Abroge la taxe en dessous de 5 grammes de sucres pour 100 mL. Double la taxe au-dessus de 8 grammes et triple la taxe au-dessus de 10 g. Le produit de la nouvelle contribution sur les boissons sucrées est affecté à la branche maladie du régime général en vue de financer des actions de prévention.

Chapitre IV : Dispositions relatives aux recettes de la branche maladie

Article 14 : Régulation macro-économique des dépenses de médicaments

- Simplifie le remplacement instauré l'année dernière de la clause de sauvegarde (taux L) en mécanisme de régulation s'appliquant aux médicaments délivrés en officine (taux Lv) et à l'hôpital (taux Lh).
- Fixe le taux Lh à 3 % et le taux Lv à 0 % pour 2018.

Article 15 : Prolongement en 2018 du prélèvement fiscal sur les organismes complémentaires pour le financement du « forfait médecin traitant »

- Les conditions de recouvrement pourront être aménagées par décret en Conseil d'État.

Chapitre V : Dispositions relatives à la modernisation du recouvrement

Article 16 : Simplification du régime de sécurité sociale des artistes auteurs

- Améliore les conditions de recouvrement des cotisations sociales.
- Ouvre l'affiliation au régime à l'ensemble des personnes percevant des revenus artistiques sans condition de revenus.
- Les conditions d'application seront précisées par décret.

Article 17 : Centralisation de la passation des marchés de services bancaires du régime général

- Confie à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale la fonction de centrale d'achat sur les prestations de services bancaires pour les caisses nationales du régime général.
- Sécurise la trésorerie du régime général.

TITRE II : CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 18 : Transfert de recettes et dépenses entre branches et régimes de la sécurité sociale

- Certaines mesures du projet de loi de finance (PLF) 2018 et du PLFSS 2018, qui visent notamment à transférer le paiement de certaines cotisations sociales vers la CSG, vont entraîner un déséquilibre du résultat financier de la sécurité sociale. Le présent article vise à neutraliser ce déséquilibre et à assurer des soldes équilibrés par la réaffectation certaines recettes entre branches et régimes de la sécurité sociale, et entre l'État et la sécurité sociale.
- Réajuste la fraction de la TVA affectée à la sécurité sociale.
- Modifie les fractions de taxes sur les salaires dont bénéficient la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF).
- Réaffecte la taxe sur les farines au régime complémentaire obligatoire des exploitants agricoles.
- Modifie le mode de financement du fonds de la couverture maladie universelle (CMU), financé désormais exclusivement par la part de la taxe de solidarité additionnelle.
- La contribution additionnelle de solidarité autonome est transférée à l'objectif général de dépenses.
- Réaffecte le financement des dépenses des prestations accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) du régime des marins, de la branche maladie du régime général vers sa branche AT-MP.

Article 19 : Approbation de la compensation des exonérations ou réductions de cotisations prévues par le PLFSS 2018 (6,0 milliards d'euros)

Article 20 : Approbation des prévisions de recettes, des dépenses et du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (1,2 milliard d'euros, -2,2 milliards d'euros avec le FSV) en 2017

- Maladie : -0,8 milliard d'euros.
- Accidents du travail et maladies professionnelles : 0,5 milliard d'euros.
- Vieillesse : 0,1 milliard d'euros.
- Famille : 1,3 milliard d'euros.

Article 21 : Approbation des prévisions de recettes, des dépenses et du tableau d'équilibre de l'ensemble du régime général de sécurité sociale (1,3 milliard d'euros, -2,2 milliards d'euros avec le FSV) en 2017

- Maladie : -0,8 milliard d'euros.
- Accidents du travail et maladies professionnelles : 0,5 milliard d'euros.
- Vieillesse : 0,2 milliard d'euros.
- Famille : 1,3 milliard d'euros.

Article 22 : Approbation des prévisions de recettes, des dépenses et du tableau d'équilibre du fonds de solidarité vieillesse (-3,4 milliards d'euros), de l'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (15,2 milliards d'euros), des recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites (0)

- Prévoit 106 milliards d'euros en 2018 pour la dette restant à amortir par la CADES.

Article 23 : Plafond des ressources exceptionnelles ouvertes à certains organismes de sécurité sociale pour leurs besoins de trésorerie

- Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) : 38 milliards d'euros.
- Caisse centrale de la mutualité agricole : 4,9 milliards d'euros.
- Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF : 500 millions d'euros du 1^{er} au 31 janvier et 200 millions d'euros du 1^{er} février au 31 décembre.
- Caisse nationale de la sécurité sociale des mines : 450 millions d'euros.
- Caisse nationale des industries électriques et gazières : 440 millions d'euros.

Article 24 : Approbation du rapport décrivant de 2018 à 2021 les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie

QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2018

TITRE I^{er} : DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE

Article 25 : Majoration du complément du libre choix de mode de garde (CMG) pour les familles monoparentales à partir du 1^{er} octobre 2018

- Majore de 30 % le plafond d'aide maximal auquel les familles monoparentales peuvent prétendre pour la garde de leur enfant par une garde à domicile ou une assistante maternelle.

Article 26 : Harmonisation du barème et des plafonds du complément familial (CF) et de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) à partir du 1^{er} avril 2018

- L'allocation de base de la PAJE est destinée aux familles avec un enfant de moins de 3 ans. Le CF est distribué aux familles ayant au moins 3 enfants. Ces deux prestations ont des montants différents et sont accordées sous des conditions de ressources différentes. L'article vise à harmoniser les conditions de ressources et les montants versés de ces deux prestations.

Article 27 : Fixation de l'objectif de dépenses de la branche famille pour 2018 (49,7 milliards d'euros)

TITRE II : DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE VEILLESSE

Article 28 : Revalorisation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et des anciennes allocations du minimum vieillesse

- Avance la date de revalorisation annuelle de l'ASPA du 1^{er} avril au 1^{er} janvier à partir de 2019.
- Revalorise de 30 euros par mois en 2018, et de 35 euros par mois en 2019 et 2020 l'ASPA pour une personne seule. Revalorise dans les mêmes proportions le montant de l'ASPA versée aux couples.
- Les conditions d'application seront précisées par décret.

Article 29 : Décalage de la date de revalorisation des pensions et de l'ASPA

- Harmonise la date de revalorisation des pensions de retraite et du minimum vieillesse au 1^{er} janvier à partir de 2019.

Article 30 : Fixation de l'objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2018 (+2,3 %)

- Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : 236,4 milliards d'euros.
- Pour le régime général : 133,6 milliards d'euros.

**TITRE III : DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL-
MALADIES PROFESSIONNELLES**

Article 31 : Indemnisation des victimes de maladies professionnelles à la date de la première constatation médicale

- Jusqu'ici, l'indemnisation des victimes de maladies professionnelles s'engageait à la date à laquelle la victime était informée par certificat médical du lien possible entre sa profession et sa pathologie. Le début d'indemnisation est avancé à la constatation de l'apparition des premiers symptômes de la maladie.
- Afin de diminuer le risque financier pour une entreprise, cette date ne pourra pas remonter au-delà de 2 ans avant la demande de reconnaissance de la maladie professionnelle de la part de l'assuré.

Article 31 bis : Obligation de justificatifs de l'employeur en cas de contestation du caractère professionnel de la maladie

- Précise que l'employeur qui conteste le caractère professionnel de l'accident dans le cadre d'une action précontentieuse ou contentieuse doit produire les éléments relatifs à l'absence de matérialité ou de lien entre l'accident et le travail.

Article 32 : Dotations de la branche accidents du travail-maladies professionnelles

- Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) : 270 millions d'euros.
- Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) : 613 millions d'euros.
- Transfert à l'assurance maladie au titre de la sous-déclaration : 1 milliard d'euros.
- Dépenses supplémentaires engendrées par les départs à la retraite anticipés liés à une incapacité : 186 millions d'euros.

Article 33 : Fixation de l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail-maladies professionnelles pour 2018 (+2,3%)

- Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : 13,5 milliards d'euros.
- Pour le régime général : 12,2 milliards d'euros.

TITRE IV : DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE ASSURANCE MALADIE

Chapitre I^{er} : Dispositions relative à la prévention

Article 34 : Vaccination obligatoire des enfants

- Étend l'obligation vaccinale, pour les enfants âgés de 0 à 18 mois, de 3 à 11 vaccins obligatoires. Les huit vaccins ajoutés sont les suivants : coqueluche, rougeole, oreillons, rubéole, hépatite B, méningocoque C, Haemophilus influenzae, pneumocoque.
- La mesure n'est pas rétroactive et concerne les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018.

Chapitre II : Promouvoir l'innovation en santé

Article 35 : Cadre d'expérimentation pour l'innovation dans le système de santé

- Crée un fonds de financement d'expériences dédiées à la diversification des modes de financement des soins, à l'émergence de nouvelles organisations dans les secteurs sanitaire et médico-social afin d'améliorer le parcours du patient, et à l'expérimentation de produits de santé.
- Ce fonds contribue à des expérimentations de remboursements pertinents des médicaments :
 - en incitant les professionnels de santé à une juste prescription, notamment des biosimilaires
 - en définissant de nouvelles modalités de prise en charge des médicaments onéreux et produits innovants pour les établissements de santé
 - en améliorant l'accès au forfait innovation pour les dispositifs médicaux.
- Le fonds participe à l'évaluation des projets expérimentaux, développe les modes d'exercices regroupés et de coopération des professionnels de santé, et lutte contre la désertification médicale.
- Les expérimentations à dimension régionale sont autorisées par arrêté des directeurs généraux d'ARS, et celles à dimensions nationales par arrêté des ministres en charge de la sécurité sociale et de la santé.
- Crée un comité technique composé des ministres de la sécurité sociale, des représentants des ARS et de l'assurance maladie en charge d'émettre un avis sur les expérimentations, sur leur financement et leur évaluation. Le comité technique devra saisir l'avis de la HAS sur les projets dérogeant à la loi.
- Les catégories, modalités de sélection et d'autorisation, de financement et d'évaluation des expérimentations ainsi que la composition et les missions du comité technique **seront précisées par décret.**
- **Complète la gouvernance du nouveau cadre d'expérimentation, en introduisant, en plus du comité technique, un conseil stratégique chargé de la réflexion prospective autour de ces expérimentations. Les professionnels de santé, les établissements de santé et les associations de patients « auraient » vocation à siéger. Sa composition sera précisée par décret.**
- La mise en œuvre des expérimentations sera financée par le fonds pour l'innovation du système de santé, dont le montant est fixé annuellement par arrêté des ministres, par le FIR et par l'assurance maladie au titre du risque maladie. Leur évaluation restera financée essentiellement

pour l'innovation du système de santé. Pour l'année 2018, 20 millions d'euros sont prévues pour le fonds ainsi que 10 millions pour le FIR.

Article 36 : Prise en charge de la télémédecine

- Bascule le financement de certains actes de télémédecine dans le droit commun de la sécurité sociale, qui jusque-là était assuré à titre dérogatoire dans un cadre expérimental.
- Organise la prise en charge de la téléconsultation par vidéotransmission et de la télé-expertise par l'assurance maladie. Dans l'attente de signature de l'accord conventionnel, le cadre expérimental restera en vigueur jusqu'au 1^{er} juillet 2019 au plus tard.
- Renouvelle le cadre expérimental de la télésurveillance par pathologie. Le financement des expérimentations sera réalisé par le FIR.

Article 37 : Dynamisation de la procédure d'inscription des actes à la nomenclature nécessaire à leur remboursement

- ~~Accélère le processus de hiérarchisation des actes préalable à leur inscription à la nomenclature. La hiérarchisation est assurée règlementairement par la commission de hiérarchisation des actes et prestations (CHAP). Sans réponse de la CHAP sous 11 mois, la hiérarchisation pourra être assurée désormais par l'Union nationale de caisses d'assurance maladie (UNCAM).~~
- Facilite la procédure d'inscription au remboursement des actes libéraux réalisés en équipe.
- Facilite la mise en place de protocoles de coopération entre professionnels libéraux.

Article 38 : Adaptation des conditions de prise en charge des produits hospitaliers de la liste en sus

- Supprime le mécanisme de minoration tarifaire.
- Crée un tarif unique de remboursement pour les médicaments à efficacité équivalente. Cela permet au Comité économique des produits de santé (CEPS) de proposer un tarif unifié pour les médicaments de même classe.
- Permet de facturer directement le coût de la consommation de produits onéreux de la liste en sus aux patients qui relèvent d'un régime de sécurité sociale étranger.
- Favorise le recours à la recommandation temporaire d'utilisation (RTU).

Chapitre III : Accroître la pertinence et la qualité des soins

Article 39 : Renforcement de la pertinence et de l'efficacité des prescriptions hospitalières

- Depuis 2016, des objectifs contractuels d'amélioration de la de qualité, de la pertinence et d'efficacité des soins (CAQES) sont prévus pour les établissements de santé dans l'objectif de proscrire les dépenses injustifiées.
- L'article crée, après évaluation des contrats conclus à compter du 1^{er} janvier 2018, un intéressement aux établissements, sous forme de dotations du FIR, pouvant aller jusqu'à 30 % des économies réalisées en fonction des résultats obtenus. L'intéressement existant, qui ne concernait jusqu'ici que les volets additionnels des CAQES, est étendue au volet obligatoire.
- Associe les commissions et conférences médicales d'établissement à la conclusion des CAQES.

Article 40 : Amélioration de la pertinence de l'utilisation des produits de santé

- Encadre la visite médicale pour les dispositifs médicaux et prestations associées en instaurant une procédure de certification mise en œuvre par la Haute autorité de santé (HAS).
- Encadre l'information et les pratiques commerciales sur les dispositifs médicaux à travers une charte de qualité conclue, avant le 30 septembre 2018, entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et les syndicats ou organisations regroupant les fabricants ou distributeurs de produits. Limite la possibilité de faire de la publicité sur les dispositifs médicaux et leurs prestations associées ~~à travers l'obtention d'un « visa de publicité » accordé par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)~~. Le CEPS pourra fixer des objectifs chiffrés d'évolution des pratiques commerciales, promotionnelles et d'information sur les dispositifs médicaux. Une pénalité maximale à 10 % du chiffre d'affaires pouvant être appliquée en cas de non-respect des objectifs.
- Encadre les démarchages publicitaires au sein des établissements de santé grâce au levier de la certification.
- Étend le principe de certification des logiciels d'aide à la prescription, centrée sur la prescription des médicaments, aux dispositifs médicaux.
- Subordonne la prise en charge par l'assurance maladie d'un produit de santé et de ses prestations associées, à des renseignements sur les circonstances et les indications de la prescription portés par le professionnel de santé sur l'ordonnance.
- Encadre, **par voie de décret**, les activités de formation professionnelle relatives à la connaissance ou à l'utilisation des produits de santé.
- **Les modalités d'application seront précisées par décret.**

Les régimes de publicité au terme du projet de loi

		Publicité auprès du grand public	Publicité auprès du professionnel de santé
Dispositifs médicaux et prestations associées, y compris de diagnostic <i>in vitro</i>	Remboursables	Principe d'interdiction, sauf pour les dispositifs médicaux ayant un faible risque pour la santé humaine et n'ayant pas d'impact important sur les dépenses d'assurance maladie, lunettes et audioprothèses	Principe du régime d'autorisation
	Non remboursables	Principe de publicité	Principe de publicité

Article 41 : Renforcement de la régulation du secteur des dispositifs médicaux

- Renforce les pouvoirs du CEPS vis-à-vis des négociations de prix et des remises sur les dispositifs médicaux (définition de conditions d'accès au marché, tarifs de remboursement, prononciation de pénalités financières). Le CEPS pourra diminuer les tarifs et les prix de vente unilatéralement lorsqu'un plafond de dépenses sera atteint.
- Incite à la mise à disposition pour le CEPS d'informations économiques sur les volumes de vente des fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux en France et dans l'Union européenne. Ces éléments fournis permettront de rééquilibrer les négociations.

- Permet la mise à disposition de moyens des caisses nationales d'assurance maladie, en termes de mise à disposition gratuite d'effectifs et de participation aux dépenses de fonctionnement, au profit du fonctionnement du CEPS.
- Modifie le cadre des négociations conventionnelles sur les dispositifs médicaux génériques pour les pharmaciens d'officine.
- Instaure un prix plafond sur les dispositifs médicaux inscrit sur la liste en sus des établissements de santé.
- Les modalités d'application seront précisées par décret.

Article 42 : Uniformisation et renforcement de l'efficacité du mécanisme de demande d'autorisation préalable (DAP)

- Instaure le principe du silence vaut acceptation de la demande.
- Rend la mention « non remboursable » obligatoire sur l'ordonnance sans accord de prise en charge par l'assurance maladie ou sollicitation du contrôle médical.
- Renforce les pouvoirs des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale dans l'instauration et la mise en œuvre d'une demande d'autorisation préalable (DAP) qui étaient jusqu'à aujourd'hui dévolues à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM).
- Clarifie, auprès du patient, le rôle d'informateur et de prestataire du pharmacien, et du distributeur vis-à-vis de la DAP.
- Organise le contrôle *a posteriori* de la mise en œuvre de la procédure en chargeant les distributeurs de s'assurer que l'accord de prise en charge a bien été rendu sous peine de recouvrement.
- Les modalités d'application seront précisées par décret.

Article 43 : Extension de la mise sous accord préalable (MSAP) et de la mise sous objectifs (MSO) auprès des masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes et infirmiers. Non-remboursement des prestations réalisées dans les établissements de santé omettant de faire une demande d'accord préalable

Chapitre IV : Moderniser le financement du système de santé

Article 44 : Report d'un an de l'application du règlement arbitral dentaire sur le plafonnement des dépassements sur les soins prothétiques et de la revalorisation des soins conservateurs, initialement prévue le 1^{er} janvier 2018

Article 44 bis : Remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement sur l'accès financier aux soins des personnes en situation de handicap et personnes en situation de précarité

Article 45 : Déploiement de la facturation individuelle des établissements de santé pour les prestations hospitalières facturables à l'assurance maladie obligatoire

- Permet d'étendre la facturation individuelle des établissements de santé, jusqu'ici possible sur les actes et consultations externes, aux séjours d'hospitalisation.
- Prévoit un déploiement du dispositif sur quatre ans.
- Les modalités d'application seront précisées par décret.

Article 46 : Suppression de la dégressivité tarifaire

- Supprime la possibilité de minorer les tarifs d'un établissement de santé lors du dépassement d'un certain seuil d'activité.

Article 47 : Report au 1^{er} octobre 2018 de l'entrée en vigueur de l'intégration des dépenses de transports inter-établissements dans le budget des établissements de santé, initialement prévue le 1^{er} mars 2018

Article 48 : Déploiement de la réforme du financement des activités de Soins de suite et réadaptation (SSR)

- Prolonge de 2 ans le dispositif transitoire de financement des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) en vue d'une meilleure appropriation du nouveau modèle.
- Assouplit le dispositif transitoire.

Article 49 : Évolution des compétences financières des ARS

- Assouplit la gestion financière des ARS et du fonds d'intervention régional (FIR).
- Conduit à l'intégration régionale des hôpitaux des armées, aujourd'hui davantage gérés de manière centralisée.
- Favorise la convergence des dispositifs d'appui à la coordination territoriale.
- Les modalités d'application seront précisées par décret.

Article 50 : Efficience et adaptation de l'offre aux besoins du secteur médico-social

- Supprime l'opposabilité des conventions collectives de travail, déjà prévue pour les EHPAD, aux établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) ayant signé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Permet une gestion plus flexible des ESSMS.
- Harmonise les dispositions des CPOM des EPHAD et ESSMS.
- Les modalités d'application seront précisées par décret.

Article 51 : Transfert des missions de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) au sein de la Haute Autorité de santé (HAS) à partir du 1^{er} avril 2018

Article 52 : Fixation des dotations du montant de la participation au titre de l'exercice 2018 des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM), et de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au financement des ARS

- Dotation de l'assurance maladie au FMESPP : 448,7 millions d'euros.
- Dotation de l'assurance maladie à l'ONIAM : 136,82 millions.
- Contribution de la CNSA aux ARS : 131,7 millions.

Article 53 : Fixation pour 2018 des objectifs de dépenses de la branche famille, maternité, invalidité et décès

- Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : 211,7 milliards d'euros.
- Pour le régime général de la sécurité sociale : 210,6 milliards d'euros.

Article 54 : Fixation pour 2018 de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires

- Dépenses de soins de ville : 88,9 milliards d'euros.
- Dépenses relatives aux établissements de santé : 80,7 milliards d'euros.
- Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées : 9,3 milliards d'euros.
- Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées : 11,2 milliards d'euros.
- Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional : 3,4 milliards d'euros.
- Autres prises en charge : 1,8 milliard d'euros.
- Pour un ONDAM total de 195,2 milliards d'euros, soit 2,3 %.

TITRE V : DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL- MALADIES PROFESSIONNELLES

Article 55 : Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale

- Fonds de solidarité vieillesse : 19,3 milliards d'euros.

TITRE VI : DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFÉRENTES BRANCHES

Article 56 : Convention d'objectifs et de gestion pour la Caisse nationale des barreaux français

- Prévoit la formalisation, entre l'État et l'organisme en charge de la gestion des retraites des avocats, d'objectifs pour la Caisse nationale des barreaux français et des moyens mis en œuvre.

Article 57 : Mesures relatives à la lutte contre la fraude

- Renforce les dispositifs juridiques de lutte contre la fraude des organismes de sécurité sociale par :
 - l'accroissement des pénalités financières
 - l'extension, à la branche maladie, de l'interdiction de remise de dettes déjà prévue pour branche famille
 - l'élargissement des compétences des chambres disciplinaires des ordres professionnels, leur octroyant la possibilité de demander aux professionnels de santé de reverser les indus en cas d'abus d'actes
 - l'instauration d'une sanction forfaitaire en cas de non communication des renseignements demandés.
- Octroie un droit à la méconnaissance involontaire des obligations déclaratives.