



Loi de financement de la sécurité sociale pour 2019

Publiée au Journal Officiel le 23 décembre 2018

Rappel du calendrier

- **25 septembre 2018** : présentation officielle du PLFSS et transmission au Conseil d'État et caisses de sécurité sociale
- **10 octobre 2018** : présentation du texte en Conseil des ministres
- **10 octobre 2018** : début des auditions à l'Assemblée nationale
- **16 – 19 octobre 2018** : examen du texte par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale
- **23 – 26 octobre 2018** : examen du texte en séance plénière de l'Assemblée nationale
- **30 octobre 2018** : vote solennel en première lecture et petite loi de financement de la sécurité sociale
- **6 – 9 novembre 2018** : examen du texte par la commission des affaires sociales du Sénat
- **12 – 20 novembre 2018** : examen du texte en séance plénière du Sénat
- **20 novembre 2018** : Commission mixte paritaire
- **26 – 28 novembre 2018** : deuxième lecture à l'Assemblée nationale
- **29 novembre 2018** : deuxième lecture au Sénat
- **3 décembre 2018** : lecture définitive à l'Assemblée nationale
- **21 décembre 2018** : avis du Conseil constitutionnel
- **23 décembre 2018** : publication de la LFSS 2019 au Journal Officiel

Rapporteur général de l'Assemblée nationale

- Olivier Véran (La République En Marche, Isère)

Rapporteur général du Sénat

- Jean-Marie Vanlerenberghe (Union Centriste, Pas-de-Calais)

Présentation du projet de loi

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

- inscription dans la trajectoire des finances publiques présentée dans le cadre de la loi de programmation des finances publiques adoptée l'année dernière
- retour à l'équilibre de la Sécurité sociale (régime de base et fonds de solidarité vieillesse) après 18 années de déficit et confirmation de l'apurement de la totalité de la dette sociale à l'horizon 2024
- libération de l'activité économique et de l'activité (baisse des cotisations sociales et salariales, transformation du CICE en allègement de charges...)

- protection des plus vulnérables (mise en œuvre du plan « 100 % Santé » en optique, dentaire et audioprothèse, fusion de l'ACS et de la CMU-C, mise en œuvre de la stratégie nationale pour l'autisme...)
- transformation du système de soins (mise en œuvre du plan « Ma Santé 2022 », généralisation de la vaccination antigrippale par les pharmaciens d'officine, réforme des ATU, renforcement du recours aux génériques, transcription de certaines mesures du CSIS).

Sont surlignés en **vert** les textes d'application des dispositions législatives contenues dans ce projet de loi. Sont surlignés en **rouge** les éléments censurés par le Conseil constitutionnel.

PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2017

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

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

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

DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2018

Article 3 : Rectification des dotations 2018 de la branche maladie

- Dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour sa mission d'indemnisation des accidents médicaux et des préjudices résultant de contaminations par VIH, VHB et VHC, HTLV : 125 millions d'euros (+ 20 millions d'euros).

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

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

Article 5 : Rectification des tableaux d'équilibre 2018

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

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

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

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

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

Chapitre I ^{er} : Mesure en faveur du soutien à l'activité économique des actifs

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

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

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

- Transforme le CICE et le CITS en une baisse directe de cotisations patronales, réduisant le coût du travail de manière directe, favorisant l'embauche en ne changeant en rien les droits des salariés.
- La mesure se mettra en place en deux temps. Au 1^{er} janvier 2019 :
 - allègement permanent des cotisations d'assurance maladie de 6 points pour les salaires inférieurs à 2,5 fois le SMIC, venant supplanter le CICE et le CITS
 - inclusion dans le dispositif d'exonération des cotisations patronales, des cotisations de retraite complémentaire obligatoire assurant la neutralité par rapport au CICE.
- Au 1^{er} octobre 2019 :
 - allègement des cotisations patronales d'assurance chômage, permettant de dépasser les seuls allègements permis auparavant par le CICE de 4,05 points. Cela représentera *in fine* un allègement total du coût du travail de 40 % de la rémunération brute.

- Les dispositifs suivants d'exonération seront réexaminés ou supprimés s'ils sont amenés à entrer dans le droit commun :
 - exonérations en Outre-mer : les employeurs n'entrant pas dans les critères d'éligibilité des exonérations entreranno dans le cadre des allègements généraux compensant la suppression du CICE
 - exonérations au titre des travailleurs occasionnels : un dispositif transitoire de deux ans est mis en place avec une exonération totale allant jusqu'à 1,15 SMIC pour 2019
 - exonérations au titre des contrats aidés : supprimées, bénéficieront des allègements généraux dès le 1^{er} octobre 2019
 - exonérations au titre des contrats de formation en alternance : supprimées au profit des allègements généraux
 - exonérations au titre des contrats dans le secteur des services à la personne : une exonération totale est appliquée jusqu'à 1,2 SMIC puis devenant dégressive jusqu'à 1,6 SMIC
 - exonération des contrats pour les associations intermédiaires : exonération de charge spécifique jusqu'à 1,3 SMIC, puis allègements généraux.

Article 9 : Prolongation du dispositif d'apurement des cotisations des indépendants pour Saint-Barthélemy et Saint-Martin post ouragan Irma

Article 10 : Prolongation de la durée de l'aide aux demandeurs d'emploi créant ou reprenant une entreprise (ACCRE) pour les exploitants relevant du micro-bénéfice agricole

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

Article 11 : Aligement de la fiscalité des alcools en outre mer sur celle de la métropole

- Uniformisation du montant de la cotisation de sécurité sociale sur les alcools entre les territoires d'Outre-mer et la Métropole.
- Cette uniformisation est progressive entre le 1^{er} janvier 2020 et le 1^{er} janvier 2025.

Chapitre II : Des règles de cotisations plus claires et plus justes

Article 12 : Rendre « plus équitable » la cotisation subsidiaire d'assurance maladie

- La mise en place de la protection universelle maladie (PUMA) a entraîné en 2016 la suppression de la cotisation à la couverture maladie universelle de base (CMU-b), remplacée par la cotisation subsidiaire maladie.
- Le présent article corrige les défauts suivants :
 - l'assujettissement des travailleurs indépendants et exploitants agricoles avec une activité déficitaire mais un capital élevé
 - la différence d'assujettissement parfois importante pour une variation modeste des revenus d'activités

- les retraités et les personnes ayant perçu une pension d'invalidité sont exonérés de la cotisation subsidiaire d'assurance maladie.
- **Par voie réglementaire, ajustement des modalités de calcul de la cotisation :**
 - l'abattement d'assiette passe de 25 % du PASS à 50 %
 - le taux de cotisation est ramené de 8 % à 6,5 %
- **Par voie réglementaire, doublement du seuil de revenus au-delà duquel la cotisation n'est plus due.**
- Plafonnement de la cotisation à 8 fois la valeur du PASS.

Article 13 : Remise d'un rapport au parlement sur les mesures des travailleurs saisonniers

- Un rapport est remis au Parlement avant le 1^{er} juin 2019 évaluant les nouvelles mesures sur les cotisations sociales des travailleurs indépendants.

Article 14 : Atténuation du franchissement du seuil d'assujettissement de la contribution sociale généralisée (CSG) au taux normal sur les revenus de remplacement

- La hausse du taux normal de CSG est venue accentuer l'effet de seuil pour les foyers situés entre le taux normal et le taux réduit, notamment les retraités.
- Le présent article réduit l'effet de seuil dû à l'augmentation du taux normal de CSG.
- Il est désormais nécessaire que le seuil défini soit dépassé au titre de deux années consécutives. Cela concernera environ 350 000 foyers de retraités qui sont actuellement dans le taux normal de cotisation. Cette mesure prendra effet à partir du 1^{er} janvier 2019.
- L'assujettissement à la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) est soumis à la même condition de dépassement du seuil deux années consécutives. Au-delà du seuil, le taux de 3 % est appliqué.
- Il est créé un taux de CSG supplémentaire à 6,6 % pour les niveaux de revenus des retraités entre 1200 € et 1600 €. Pour les revenus supérieurs à 3000 €, elle est augmentée à 9,2 %.

Article 15 : Exonération de l'EFS de la taxe sur les salaires

- L'Établissement français du sang est exonéré de la taxe sur les salaires.

Article 16 : Versement de la contribution sociale sur les revenus d'activité et de remplacement

- Les entreprises de moins de cinquante salariés ne sont pas concernées par le versement de la contribution sociale sur les revenus d'activité et de remplacement

Article 17 : Sécurisation de la participation des organismes complémentaires santé au financement des nouveaux modes de rémunération

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

- Cette contribution prendra fin en même temps que l'expiration de la convention médicale de 2016.

Article 18 : Poursuite de la simplification de la déclaration et du recouvrement des cotisations

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

Article 19 : prolongation de la période contradictoire dans le cadre des contentieux URSSAF

- La période contradictoire est prolongée. Les personnes ayant recours au travail dissimulé ou à la dissimulation d'activité sont exclues de cette mesure.

Article 20 : Simplification de la procédure de dépôt des demandes de modifications mineures d'autorisation de mise sur le marché des médicaments (AMM)

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

Article 21 : Simplification et homogénéisation des mécanismes de la clause de sauvegarde pour les produits de santé

- Le Gouvernement, suite au CSIS de juillet 2018, a exprimé sa volonté de stabiliser et accroître la lisibilité du dialogue avec les industries de santé.
- Les taux Lh et Lv sont fusionnés et deviennent le taux M.

- Le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde est fixé à une progression de 0,5 % du chiffre d'affaires net des médicaments remboursables.
- Le calcul du seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde prend en compte le montant S qui correspond au montant dû par les entreprises qui exploitent un ou plusieurs médicaments pour l'année 2018.
- Le taux M est élargi à l'ensemble des médicaments.
- Le chiffre d'affaires net de remise est désormais pris en compte.
- Le CEPS communique directement à l'ACOSS les montants des remises pour les entreprises redevables, selon des modalités fixées par décret.
- Cet article entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

Article 22 : Clarification des modalités de calcul des cotisations sociales des travailleurs indépendants

Article 23 : Modulation des sanctions applicables en matière de travail dissimulé

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

Article 24 : Rapport au parlement sur la fraude patronale aux cotisations sociales

- Le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la fraude patronale aux cotisations sociales dans un délai de 6 mois à compter de la publication de la LFSS 2019.

Article 25 : Mesures d'efficience de la gestion financière des organismes de sécurité sociale

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

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

Article 26 : Transfert de recettes entre la Sécurité sociale et l'État et entre régimes de sécurité sociale

- Transferts de recettes entre branches et organismes de sécurité sociale ou pour lesquels des recettes sont recouvrées ou centralisées par la sécurité sociale.

- Les branches du régime général équilibrent l'ACOSS au titre de sa mission de prise en charge des cotisations patronales d'assurance chômage.
- Financement par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie dans la limite de 50 millions d'euros de la transformation des services d'aide à domicile.
- Exonération de la CSG et de la CRDS sur les revenus du capital pour les personnes qui relèvent du régime obligatoire de sécurité sociale d'un autre État membre de l'UE, de l'UEE ou de la Suisse.

Article 27 : Reprise par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) des déficits portés en trésorerie par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)

- Suppression de la Cades maintenue à 2024.
- Autorisation d'un transfert de 15 milliards d'euros de la Cades à l'ACOSS et financé en partie par la CSG pour la couverture des déficits des exercices 2014 à 2018.
- Les montants et les dates des versements sont fixés par décret.

Article 28 : Intégration dans le droit commun de l'École nationale supérieure maritime

- L'École nationale supérieure maritime n'est plus sous la tutelle du ministère chargé de la mer.

Article 29 : Désaffiliation du régime général des certains experts non salariés

- Les experts ou personnes requis, commis ou désignés par les juridictions de l'ordre judiciaire et accomplissant une mission d'expertise indépendante et affiliés à un régime de travailleurs non salariés, ne sont plus dans l'obligation de cotiser aux assurances sociales du régime général.

Article 30 : Harmonisation du régime des travailleurs indépendants et du régime général

Article 31 : Approbation du montant de la compensation de certaines exonérations de cotisations ou contributions sociales

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

Article 32 : Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV (en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	217,3	218,0	-0,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,7	13,5	1,2
Vieillesse	241,4	241,2	0,2
Famille	51,4	50,3	1,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	510,9	509,2	1,8
Toutes branches (hors transferts entre branches) ; y compris fonds de solidarité vieillesse	509,4	509,6	-0,2

Article 33 : Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général et du FSV (en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	215,7	216,4	-0,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,3	12,2	1,1
Vieillesse	137,5	136,9	0,6
Famille	51,4	50,3	1,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	404,8	402,7	2,1
Fonds de solidarité vieillesse	16,5	18,4	-2,0
Toutes branches (hors transferts entre branches) ; y compris fonds de solidarité vieillesse	404,4	404,2	0,1

Article 34 : Objectif d’amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du fonds de réserve des retraites (FRR) et du fonds de solidarité vieillesse (FSV)

- Objectif d’amortissement de la dette sociale par la Cades : 16,0 milliards d’euros.

Article 35 : Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes (en millions d’euros)

	Encours limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale	38 000
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	4 900
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF période du 1 ^{er} au 31 janvier	600
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF période du 1 ^{er} février au 31 décembre	330
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	470
Caisse nationale des industries électriques et gazières	420
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales période du 1 ^{er} janvier au 31 juillet	800
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales période du 1 ^{er} août au 31 décembre	1 200

Article 36 : Approbation du rapport sur l’évolution du financement de la sécurité sociale pour 2019-2022 en Annexe B

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

TITRE I^{ER} : TRANSFORMER LE SYSTÈME DE SOINS

Article 37 : Extension du dispositif de paiement à la qualité des établissements de santé

- La démarche qualité renforcée a été plébiscitée dans le rapport charges et produits de la CNAM pour 2019 et dans la SNS. Cet article vient matérialiser cette volonté politique de faire de la qualité un levier essentiel pour réaliser des économies.
- Les établissements dont les résultats n'atteignent pas pendant trois années consécutives un seuil minimum pour certains des critères liés à la qualité et à la sécurité des soins feront l'objet d'une pénalité dont le montant dépendra du nombre de critères concernés et ne dépassera pas 0,5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement. La mesure est mise en place au 1^{er} janvier 2020. Ce seuil est défini pour chacun des indicateurs et fixé par indicateur en fonction de la répartition des résultats de l'ensemble des établissements concernés.
- Ces indicateurs prennent en compte les résultats et les expériences rapportés par les patients.
- Le patient participe à l'élaboration des critères d'évaluation de la qualité des soins.
- Des circonstances particulières laissées au jugement du directeur de l'ARS peuvent exempter de la pénalité.
- Le directeur général de l'ARS alerte les établissements en cas de non atteinte d'un seuil pour un indicateur et indique le montant de la pénalité financière risquée.
- Cette pénalité s'accompagne d'un plan d'amélioration de la qualité permettant une remise à niveau sur les critères dont le seuil n'a pas été atteint. Ce plan d'amélioration doit être présenté par l'établissement.
- Ces mesures entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2020 sauf pour les établissements de psychiatrie qui n'entrent en compte qu'à partir du 1^{er} janvier 2021
- **Un décret en Conseil d'État précise :**
 - les modalités de détermination et de mise en œuvre de la dotation complémentaire et de la pénalité financière
 - les catégories des indicateurs
 - les modalités de détermination des seuils minimaux de résultats requis pour certains des indicateurs.
- **Un arrêté ministériel détermine la liste des indicateurs et fixe les modalités de calcul de la dotation complémentaire et de la pénalité financière. Cet arrêté sera publié avant le 31 décembre de chaque année.**

Article 38 : Financement forfaitaire de pathologies chroniques

- Dans la logique des nouveaux modes de rémunération et d'une prise en charge pluriprofessionnelle plus efficiente des patients, la CNAM avait dans son rapport charges et produits 2019 émis la possibilité de financement forfaitaire de pathologies chroniques.

- La liste des pathologies chroniques qui seront concernées par le financement forfaitaire sera définie par voie d'arrêté.
- En 2019, le forfait ne concernera que les établissements de santé et deux pathologies : diabète et insuffisance rénale chronique.

Article 39 : Réécriture du dispositif d'expérimentation des innovations organisationnelles (article 51 de la LFSS 2018)

- Correspond à l'article 51 de la LFSS 2018 qui a donné un cadre d'expérimentation unique favorisant l'émergence de nouveaux modes de financement
- Extension du champ d'action de l'article 51 et appui au portage de projets favorisant l'innovation organisationnelle. Cette extension se prolonge également aux établissements et services sociaux et médico-sociaux
- Permet à un praticien de réaliser une activité libérale en dehors de l'établissement où il exerce principalement, sans dépassement d'honoraires
- Les SISA peuvent adapter leur statut pour rendre possible l'encaissement et le reversement des rémunérations des activités de prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale
- Une expérimentation permettra à un praticien libéral d'exercer au sein d'un centre de santé dans les zones où l'offre de soins est insuffisante
- Amplification du développement territorial de l'offre de soins et soutien au plan d'égal accès aux soins.
- Dérogation possible aux conditions techniques de fonctionnement relevant du droit des autorisations des activités de soins.
- Développement de l'exercice mixte ville / hôpital.
- Les pharmaciens d'officine, dans le cadre de coopérations interprofessionnelles, ont la possibilité de renouveler des traitements chroniques ou d'ajuster leur posologie sous réserve que le pharmacien et le médecin aient signé un projet de santé.

Article 40 : Amélioration de la pertinence des soins dans les établissements de santé

- Dans le cadre des plans d'action pluriannuels des agences régionale de santé, l'amélioration de la pertinence des soins fait l'objet d'un programme.
- L'ARS peut demander à un établissement de conclure un avenant au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) sur la base de ce programme.

Article 41 : Modification du taux maximal applicable aux nouveaux emprunts structurés détenus par les établissements publics de santé

Article 42 : Déploiement des assistants médicaux auprès des médecins

- Les conventions nationales des médecins doivent prévoir les conditions et modalités de participation financière au recrutement des assistants médicaux.
- Les conventions nationales des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux, kinésithérapeutes, infirmiers et des directeurs de laboratoires déterminent les conditions de modulation de la rémunération de ces professionnels dans le cadre d'un exercice coordonné.
- Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les équipes de soins primaires (ESP) sont incluses dans les accords-cadres interprofessionnels

- Le directeur de l'UNCAM a à charge l'organisation de négociations conventionnelles pour définir des mesures visant au développement des CPTS dans un délai d'un mois après promulgation de la LFSS 2019.

Article 43 : Création d'un forfait de réorientation des urgences vers la ville

- Création d'un forfait de réorientation des patients des urgences vers un médecin de ville dans le cadre d'une expérimentation de 3 ans. Les conditions de désignation des établissements retenus pour participer à l'expérimentation et les conditions d'évaluation sont fixées par décret du Conseil d'État.

Article 44 : Remboursement à l'assurance maladie par les établissements de santé, d'actes non autorisés

- L'Assurance maladie pourra récupérer les sommes facturées aux établissements (indus) réalisant des actes alors qu'ils ne disposent pas d'une autorisation pour ce faire. Les modalités de récupération de ces sommes par l'Assurance maladie sont définies par décret en Conseil d'État.

Article 45 : Expérimentation d'actions visant à développer l'éducation thérapeutique

- Les expérimentations permettant de développer la compréhension et la participation active des patients à leur parcours de soins sont désormais permises. Ces initiatives peuvent concerner la vulgarisation du système de soins ou encore l'éducation thérapeutique.

Article 46 : Financement par l'État et l'Assurance maladie de l'EHESP

- L'État et l'Assurance maladie contribuent au financement de l'EHESP à partir du 1^{er} janvier 2020.

Article 47 : Simplification de l'exercice libéral à titre accessoire pour les médecins remplaçants

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

Article 48 : Extension de l'objet des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) aux pratiques avancées

- Les pratiques avancées des auxiliaires médicaux en ville sont étendues aux maisons de santé
- Un rapport sur le déploiement des pratiques avancées sur le territoire est remis avant le 31 décembre 2021.

Article 49 : Renforcement de l'usage du numérique et du partage d'information pour améliorer la qualité de la prise en charge

- Les logiciels d'aide à la prescription ont l'obligation d'indiquer l'appartenance d'un médicament au registre des médicaments hybrides. Cette mesure sera prise en compte lors des procédures de certification des logiciels d'aide à la prescription médicale
- La certification de ces logiciels n'est plus obligatoire. Elle peut néanmoins toujours être demandée par les éditeurs
- En cas de retard dans la mise à jour d'un logiciel certifié, une pénalité n'excédant pas 10 % du chiffre d'affaires de l'éditeur est appliquée. En cas de manquement répété les logiciels concernés peuvent perdre leur certification
- Les logiciels devront fournir des informations dans l'aide à la prescription ou à la dispensation des produits de santé et prestations associées
- **Fixation par décret de la liste des fonctionnalités qui doivent être fournies par les logiciels.**
- L'Assurance maladie peut transmettre aux médecins et aux pharmaciens certaines données personnelles des patients, sauf opposition de ce dernier
- Certaines données des patients peuvent désormais être utilisées par ces logiciels dans le cadre d'actions de prévention ou de soins ciblés
- L'utilisation de logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation certifiés peut faire l'objet d'engagements individualisés et d'une contrepartie financière dans le cadre des négociations conventionnelles médicales entre l'UNCAM, les organisations syndicales et les professionnels de santé
- L'identification des prescripteurs en établissements privés est renforcée.
- Les pharmaciens reportent les numéros ou leur absence sur les documents envoyés aux caisses d'assurance maladie. Une procédure de recouvrement de l'indu par le pharmacien peut être demandée.

Article 50 : Simplification de l'accès au temps partiel thérapeutique

- ~~Les arrêts de travail sont prescrits de manière dématérialisée sauf exception. Cette mesure entre en vigueur par voie conventionnelle au plus le 31 décembre 2021. En cas d'absence de dispositions conventionnelles, c'est un arrêté ministériel qui définira la mise en application de cette mesure.~~
- Simplification de l'accès au temps partiel thérapeutique par la suppression de l'obligation préalable d'un arrêt de travail à temps plein. **Les modalités de calcul de l'indemnité journalière ainsi que la durée de versement du temps partiel thérapeutique seront déterminées par décret en Conseil d'État.**

Article 51 : Mesures de déploiement du « reste à charge zéro » après intervention des complémentaires santé pour les domaines de l'optique, des aides auditives et des prothèses dentaires

- Les produits ou prestations qui feront l'objet du reste à charge zéro figureront sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR)
- Les produits ou prestations inscrits sur la LPPR pourront distinguer plusieurs classes dont au moins une aura vocation à ne faire l'objet d'aucun reste à charge. Les bases de remboursement par la sécurité sociale de ces produits ont été relevées
- **Un décret en Conseil d'État définit les conditions d'application de la distribution des produits de santé et prestation concernés.**
- Un arrêté du ministre de la santé peut définir, pour des produits ou prestations n'appartenant pas à la classe « RAC 0 », des tarifs de responsabilité inférieurs à ceux y appartenant.

- Les opticiens et audioprothésistes seront tenus de proposer des offres sans reste à charge.
- Afin d'assurer la qualité des produits de la LPPR, le prescripteur ou le distributeur peuvent avoir l'obligation de participer à l'évaluation des produits par des enquêtes auprès des patients ou un recueil de données, les résultats pouvant être rendus publics. **Les modalités de mise en œuvre de ces dispositifs d'évaluation seront fixées par décret.**
- Renforcement de la prévention buccodentaire : les examens buccodentaires sont obligatoires dès le 1^{er} janvier 2019 dans l'année qui suit le 3^e, le 6^e, le 9^e, le 12^e, le 15^e, le 18^e, le 21^e et le 24^e anniversaire du patient, ces examens restant pris en charge. **Les modalités et les conditions de mise en œuvre de ces examens et leur prise en charge, sont définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.**
- Pour l'optique et l'audioprothèse, les devis comportent au moins un équipement appartenant à l'une des classes de prise en charge renforcée
- Renforcement de la traçabilité des produits d'appareillage auditif ou lunetterie : les informations relatives à l'identification et la traçabilité de ces produits devront figurer sur le devis remis au patient
- Cette mesure entrera en vigueur à compter des contrats souscrits au 1^{er} janvier 2020. Les accords professionnels devront être conformes avant le 1^{er} janvier 2020.

TITRE II : AMELIORER LA COUVERTURE DES BESOINS DE SANTÉ

Chapitre I^{er} : Lever les obstacles financiers à l'accès aux droits et aux soins

Article 52 : Refonte des dispositifs de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide à la couverture complémentaire santé (ACS)

- Il n'est désormais plus question de « couverture santé », mais de « protection en matière de santé ». Ainsi, l'ACS entre dans le système de protection sociale assuré par la CMU-C
- Les plafonds de ressources conditionnant la participation financière de certains foyers seront systématiquement relevés de 35 %, augmentant le nombre de personnes pouvant bénéficier de la CMU-C. Cette participation financière ne devrait pas dépasser 1 € par jour, soit 30 € mensuels. Le montant de cette participation financière sera adapté pour les assurés éligibles à l'ACS des régimes d'Alsace-Moselle
- **Ces plafonds sont fixés par décret puis revalorisés au 1^{er} avril de chaque année.**
- Pour les enfants ayant rompu les liens avec leur famille, ce n'est plus l'autorité administrative qui a compétence sur l'octroi d'une complémentaire santé mais l'organisme assurant la prise en charge de leurs frais de santé.
- Le bénéfice à titre personnel de la complémentaire santé par des personnes majeures n'est plus garanti par la loi mais **défini au cas par cas par décret en conseil d'État.**
- En cohérence avec les points précédents, l'absence de contrepartie contributive est supprimée.
- Pour les bénéficiaires du RSA, le droit à la protection complémentaire en matière de santé est automatiquement renouvelé avec la détermination systématique du montant de la participation à cette protection.

- La gestion du versement de la CMU-C n'est plus départementale mais nationale, avec une gestion par la CNAM qui répartira sur l'ensemble du territoire au travers des CPAM.
- Le montant de la participation de l'assuré est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et varie selon l'âge du bénéficiaire. **Les modalités de notification et de recouvrement de la participation sont fixées par décret en Conseil d'État.** Ce n'est qu'après acquittement de l'ensemble des participations que le bénéficiaire pourra retrouver ses droits. En cas de non paiement, il sera mis fin à la prise en charge de l'assuré.
- Le fonds CMU continue de financer la couverture maladie universelle, mais il ne gère plus la gestion des crédits d'impôts l'abondant.

Article 53 : Exonération du ticket modérateur sur les soins de ville pour les personnes modestes à Mayotte

Article 54 : Gestion et financement des dispositifs de prise en charge des risques et conséquences d'une situation sanitaire exceptionnelle par l'assurance maladie

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

Article 55 : prise en charge des personnes victimes d'un acte de terrorisme

Chapitre II : Renforcer la prévention

Article 56 : Modification du calendrier des examens de santé obligatoires des jeunes de moins de 18 ans

- La grille des âges de consultation change pour les nourrissons et les enfants. Le nombre de consultations (20 au total) ne change pas, mais elles sont réparties jusqu'à l'âge de 18 ans au lieu de 6 ans à ce jour.
- Ces consultations peuvent être réalisées dans un cadre scolaire, et seront remboursées à 100 % avec possibilité de tiers payant.

Article 57 : Création d'un fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives au sein de la CNAM

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

Article 58 : Rapport au parlement sur les dépenses de prévention des addictions

- Un rapport sur les dépenses de prévention des addictions, y compris celles concernant l'alcool, est remis au parlement au plus tard le 1^{er} juin 2019, prenant compte des hospitalisations et passages aux urgences liés à ces conduites.

Article 59 : Généralisation de la vaccination antigrippale par les pharmaciens

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

Article 60 : Expérimentation sur le développement de la vaccination contre l'HPV

- Pour une durée de 3 ans, une expérimentation sur la vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains chez les jeunes filles et garçons de 11 à 14 ans pourra être effectuée dans deux régions volontaires dont au moins une région d'Outre-mer.
- Les modalités de mise en place de cette expérimentation sont précisées par décret.
- Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation.

Article 61 : Développement de la vaccination antigrippale chez les professionnels de santé et le personnel des établissements de santé

- Une expérimentation pour la vaccination antigrippale chez les professionnels de santé et le personnel soignant et non soignant des établissements de santé dans deux régions volontaires est financée par le fonds d'intervention régional.
- Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations et les modalités d'expérimentation.
- Le contenu des projets d'expérimentation est arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ils arrêtent la liste des territoires concernés après des ARS.
- Un rapport est remis au Parlement par le Gouvernement au terme de l'expérimentation.

Chapitre III : Améliorer les prises en charge

Article 62 : Prise en charge de l'intervention précoce pour l'autisme et les troubles du neuro-développement

- Crée un parcours de bilan et d'intervention précoce pour les troubles du neurodéveloppement pris en charge par l'assurance maladie.
- Un arrêté du directeur général de l'ARS désigne les structures organisant le parcours.
- Les professionnels de santé peuvent contracter avec ces structures, prévoyant de bonnes pratiques professionnelles.
- La prise en charge du parcours est soumise à prescription médicale. L'intégralité des dépenses est prise en charge par l'Assurance maladie. Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application de cet article.

Article 63 : Organisation de la compétence tarifaire autour d'une convention pour les CAMSP, FAM et SAMSAH

- Une convention entre les co-financeurs d'un établissement médico-social – les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les foyers d'accueil médicalisés (FAM) et les services

d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) – peut être réalisée pour organiser la compétence tarifaire

- Expérimentation de 5 ans dès promulgation de la LFSS 2019
- Un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement au terme de l'évaluation et remis au Parlement.

Article 64 : Accélération de la convergence tarifaire des forfaits soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

- Le délai de convergence tarifaire concernant les EHPAD est réduit de 2 ans, la période transitoire de convergence passant de 2017-2023 à 2017-2021
- Les EHPAD ayant un niveau de financement inférieur à celui du forfait « soins » cible seront mieux financés
- Les médecins coordonnateurs des EHPAD peuvent réaliser les prescriptions médicamenteuses dans des conditions prévues par décret.

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

Article 65 : Renforcement de l'accès précoce à certains produits de santé innovants et modification du système de fixation de leurs prix

- Elargir l'accès au « post-ATU » pour les produits n'ayant pu bénéficier d'une ATU avant leur AMM :
 - les entreprises exploitant une spécialité pharmaceutique n'ayant pas fait l'objet d'une ATU pour une indication donnée mais bénéficiant d'une AMM dans cette indication peuvent demander sa prise en charge temporaire par l'Assurance maladie par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale
 - un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application.
- Simplifier la négociation du prix des produits sous ATU :
 - les ministres fixeront un prix temporaire aux médicaments disposant d'une ATU, dite « compensation ». Nonobstant, le principe actuel demeure : le prix net négocié avec le CEPS sera appliqué rétroactivement sur la période de l'ATU
 - nouvelles modalités de négociation de la prise en charge des ATU et de leur suivi pour s'assurer du bon usage en situation réelle d'utilisation
- Créer un dispositif d'accès précoce pour certaines extensions d'indication :
 - le dispositif d'ATU est étendu aux extensions d'indications thérapeutiques de certains médicaments. Afin d'adapter les modalités de fixation des prix de ces médicaments à accès précoce, les ministres pourront fixer de manière temporaire un prix. Néanmoins, c'est le prix net négocié avec le CEPS qui s'appliquera de manière rétroactive
 - les ministres pourront désormais autoriser l'accès précoce à un médicament qui n'aurait pas reçu une ATU avant l'octroi de son AMM, mais qui remplirait toutes les conditions pour un accès précoce (produit de santé indiqué dans une maladie rare ou grave, sans alternative thérapeutique et dont l'efficacité et la sécurité d'emploi sont démontrées après avis de la CT de la HAS)

- pour les ATU concernant une extension d'indication, le seuil de 30 millions d'euros de déclenchement de la clause de plafonnement ne prend en compte que le chiffre d'affaire total pour le médicament dans ladite indication.
- Créer un dispositif d'accès précoce pour les dispositifs médicaux :
 - la CNEDiMTS statue sur l'accès précoce au marché pour les dispositifs médicaux
 - certains dispositifs médicaux pourront faire l'objet d'une prise en charge temporaire par l'Assurance maladie si une demande d'inscription est demandée et est en cours d'instruction. Les conditions seront fixées par décret en Conseil d'État
 - une convention avec le CEPS fixe le prix de ces dispositifs médicaux
 - les conventions conclues entre le CEPS et les entreprises pour les dispositifs médicaux prennent compte des prévisions relatives aux volumes de vente pour la prochaine année
 - sur la base de ces éléments, le CEPS fixe un prix net de référence. Le prix net négocié avec le CEPS qui s'appliquera de manière rétroactive pour le calcul des remises.
- Prévoir la continuité des traitements lors de la fin de la prise en charge précoce :
 - dans le cadre d'une ATU/accès précoce, la poursuite d'un traitement pour un patient est autorisée sous réserve que l'indication n'ait pas fait l'objet d'une évaluation défavorable
 - le laboratoire exploitant une spécialité dans le cadre d'une ATU/accès précoce doit assurer la continuité des traitements initiés pendant la durée de prise en charge et pendant une durée d'au moins un an à compter de l'arrêt de la prise en charge
 - le CEPS fixe les conditions de prise en charge pendant la période de continuité
 - En cas de manquement, le CEPS peut prononcer une pénalité financière à l'encontre du laboratoire. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre de la spécialité mentionnée, durant les vingt-quatre mois précédant la constatation du manquement.
 - **un décret fixe les conditions de fixation des pénalités financières par le CEPS.**
- Permettre au CEPS de fixer les niveaux de remises pour les médicaments utilisés en association :
 - pour les produits d'immunothérapie utilisés en association, notamment lorsqu'ils sont exploités par des laboratoires différents, dans le cas où une solution conventionnelle avec le CEPS n'est pas trouvée, le dispositif de fixation des remises actuellement en vigueur pour les dispositifs médicaux pourra s'appliquer, et ce, dans le respect de l'accord-cadre
 - pour les médicaments utilisés en association, le remboursement des spécialités peut être soumis au versement obligatoire d'une remise. Ces remises sont fixées par convention entre l'entreprise exploitant la spécialité et le Comité économique des produits de santé.
- Renforcer la collecte et l'analyse des données relatives aux produits de santé :
 - la prise en charge d'un produit de santé peut être subordonnée au recueil et la transmission d'informations relatives aux patients traités, au contexte de la prescription, aux indications dans lesquelles ces produits sont prescrits et aux résultats ou effets de ces traitements.
- Préciser les règles de prise en charge de l'homéopathie :
 - **un décret précise la procédure et les modalités d'évaluation ou de réévaluation de ces médicaments, et les conditions de prise en charge.**

Article 66 : Moindre remboursement en cas de refus non médicalement justifié du recours aux médicaments génériques et biosimilaires

- Inscription dans le code de la santé publique de la définition de spécialité hybride et de groupe hybride, création du registre des groupes hybrides.

- Les médicaments hybrides entrent dans le cadre de la substitution à condition que le prescripteur n'ait pas exclu cette possibilité par une mention expresse et justifiée portée sur l'ordonnance. **Les conditions d'élaboration du registre des groupes hybrides sont fixées par décret du Conseil d'État. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l'ANSM, précise les situations médicales dans lesquelles cette exclusion peut être justifiée.**
- Sans justification médicale, l'assuré qui ne souhaite pas la substitution se verra remboursé sur la base du prix du médicament générique ou hybride le plus cher.
- Les établissements exerçant une activité de MCO pourront bénéficier d'une dotation du FIR en fonction d'indicateurs de pertinence et d'efficacité des prescriptions de produits de santé. Cette incitation pourra servir à favoriser le recours aux médicaments biosimilaires pour les prescriptions hospitalières exécutées en ville. **La liste des indicateurs et les modalités de calcul de la dotation seront fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.**

Article 67 : Renforcement de l'encadrement de certains médicaments innovants

- Dans le cadre de la prévention des risques, certains médicaments innovants seront inclus dans le dispositif de haut niveau d'encadrement soumis à des règles de bonnes pratiques déjà fixées par décret des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

TITRE III : MODULER ET ADAPTER LES PRESTATIONS AUX BESOINS

Article 68 : Ajustement exceptionnel de la revalorisation de certaines prestations sociales pour 2019 ~~et 2020~~

- En 2019 ~~et 2020~~, les montants des prestations sociales et plafonds de ressources seront désindexés de l'augmentation des prix à la consommation pour être revalorisés de 0,3 % sauf : l'allocation de veuvage, l'allocation de solidarité aux personnes âgées, l'allocation supplémentaire d'invalidité, le plafond de ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire, le revenu de solidarité active, l'allocation pour demandeur d'asile, l'allocation spéciale pour personnes âgées, l'allocation de solidarité aux personnes âgées et autres prestations applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon.
- Revalorisations exceptionnelles d'ici la fin du quinquennat, notamment : le minimum vieillesse augmentera de 100 € (30 € en avril dernier, 35 € en janvier 2019, et 35 € en janvier 2020) et l'allocation adulte handicapé augmentera de 90 € d'ici 2019.

Article 69 : Majoration du montant maximum du complément de mode de garde pour les familles au titre de l'enfant en situation de handicap

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

Article 70 : Effets de l'abaissement de l'instruction obligatoire à trois ans sur les prestations familiales

- L'âge obligatoire de scolarisation est avancé de 6 à 3 ans. Cela nécessite de :

- prolonger le droit au complément de libre choix de mode de garde à taux plein jusqu'à l'entrée effective à l'école des enfants
- pour l'allocation de rentrée scolaire, l'ouverture du droit à 6 ans n'est plus effective. Cette ouverture se fera selon la notion d'âge déterminé fixé par décret du Conseil d'État
- le CMG structure pourra être versé en tiers payant.

Article 71 : Harmonisation des modalités d'indemnisation du congé maternité

- Les travailleuses indépendantes bénéficieront de 38 jours supplémentaires de durée de versement des indemnités journalières, portant cette dernière à 112 jours. Cette mesure sera appliquée par décret fin 2018.
- Les exploitantes agricoles n'auront plus à verser la CSG et la CRDS sur l'allocation de remplacement, dont l'attractivité sera renforcée. Dans le cas où l'allocation de remplacement ne pourrait être versée, les exploitantes agricoles bénéficieront d'une indemnité journalière forfaitaire.

Article 72 : protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles

- Lorsque d'un enfant est hospitalisé, versement de l'allocation de remplacement et de l'indemnité journalière pendant la période d'hospitalisation.

Article 73 : Amélioration du congé maternité des travailleuses indépendantes

- Les travailleuses indépendantes peuvent reporter systématiquement les délais de paiement de leurs cotisations sociales pendant un congé maternité. Dès la déclaration de leurs grossesses, un document détaillant l'ensemble de ces droits leur est envoyé.
- Il leur sera possible de reporter des indemnités journalières non perçues dans la limite de 10 jours sur l'ensemble de la période de 112 jours autorisée.

Article 74 : Information des travailleuses indépendante à la suite d'une déclaration de grossesse

Article 75 : Reprise progressive du travail des travailleuses indépendantes

- Une expérimentation de trois ans permet aux travailleuses indépendantes de percevoir une indemnité journalière suite à un arrêt de travail dans les conditions suivantes :
 - un jour par semaine durant les quatre premières semaines
 - deux jours maximum les quatre semaines suivantes.

Article 76 : Convergence des règles en matière d'indemnités journalières des travailleurs indépendants vers le régime général

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

Article 77 : Amélioration du recouvrement de divers indus par les organismes de sécurité sociale

Article 78 : Modernisation de la délivrance des prestations sociales

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

Article 79 : Dotations 2018 de l'Assurance maladie

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

Article 80 : Prise en charge par l'assurance maladie des frais engendrés par les expertises médicales

- Les frais engendrés par les expertises médicales dans le cadre de contentieux sont pris en charge par l'Assurance maladie.

Article 81 : Fixation des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2019 (+ 2,5 %)

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

Article 82 : Fixation à 200,3 milliards d'euros de l'ONDAM pour 2019 et sa ventilation (+ 2,5 %)

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

Article 83 : Dotation 2019 de la branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP)

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

Article 84 : Report à 2022 de l'alignement des règles de tarification d'AT-MP à Mayotte sur le droit commun

- Les décrets relatifs à la prise en charge des accidents du travail et maladies professionnelles à Mayotte sont reportés au plus tard à janvier 2022.

Article 85 : Objectifs de dépenses de la branche AT-MP pour 2019

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

Article 86 : Objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2019 (+ 1,9 %)

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

Article 87 : Objectif de dépenses de la branche famille pour 2019 (50,3 milliards d'euros, soit + 600 millions d'euros)

Article 88 : Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)

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