



Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 après dépôt à l'Assemblée nationale le 26 septembre 2022

Calendrier du PLFSS

- Lundi 26 septembre : présentation du texte en conseil des ministres
- Lundi 26 septembre : dépôt du texte à l'Assemblée nationale
- Lundi 10 octobre : début de l'examen du texte à la commission des affaires sociales
- Jeudi 20 octobre : début de l'examen du texte en séance publique
- Mardi 25 octobre : vote solennel sur le PLFSS pour 2023 à l'Assemblée nationale
- Vendredi 2 novembre : début de l'examen du texte par la commission des affaires sociales du Sénat
- Lundi 7 novembre : début d'examen en séance publique au Sénat
- Mercredi 16 novembre : vote solennel sur le PLFSS pour 2023 au Sénat.

Présentation du projet de loi

Ce PLFSS présente plusieurs mesures principales :

- la mise en place de rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie, 20-25 ans pour la prévention primaire visant à favoriser un comportement favorable à la santé, 40-45 ans pour la prévention de maladies chroniques, 60-65 ans pour le dépistage des premières fragilités ou perte d'autonomie
- l'accès sans ordonnance et gratuitement au dépistage des infections sexuellement transmissibles pour tous et contraception d'urgence pour toutes les femmes
- une mesure visant à réguler l'intérim médical. Les soignants devront d'abord travailler en salarié ou libéral pendant une durée minimale (fixée par voie réglementaire) avant d'accéder à l'intérim
- indexation du prix du tabac sur l'inflation. Par ailleurs, la taxation du tabac à chauffer ou à rouler sera harmonisée avec celle du tabac classique
- concernant le médicament et les dispositifs médicaux : création d'une contribution au titre de médicaments à forte croissance et chiffre d'affaires élevé, extension du périmètre de la clause de sauvegarde, mise en place d'un étalement de paiement des thérapies innovantes, renforcement des obligations de sécurité d'approvisionnement
- création d'un statut *ad hoc* pour les sociétés de téléconsultation permettant de structurer leurs activités
- enfin, le texte permet aux ministres en charge de la sécurité sociale de mettre en œuvre des baisses tarifaires par voie réglementaire en cas d'absence d'accord conventionnel avec le secteur de la biologie permettant une économie de 250 millions d'euros dès 2023.

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

PARTIE LIMINAIRE : PRÉVISIONS ET DÉPENSES DE SOLDE DES ADMINISTRATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE

Article liminaire : prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale pour les années 2022 et 2023

- Recettes pour l'année 2022 : 27.0%.
- Dépenses pour l'année 2022 : 26.5%.
- Solde pour l'année 2022 : 0.5%.
- Recettes pour l'année 2023 : 26.9%.
- Dépenses pour l'année 2023 : 26.1%.
- Solde pour l'année 2023 : 0.8%.

PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2021

Article 1^{er} : Approbation des tableaux d'équilibre, de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et des éléments relatifs au fonds de réserve pour les retraites (FRR), au fonds de solidarité vieillesse (FSV) et la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)

- Équilibre des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : déficit de 22,7 milliards d'euros, 24,3 milliards d'euros en comprenant le fonds de solidarité vieillesse.
- Fonds de solidarité vieillesse : déficit de 1,5 milliard d'euros.
- Dépenses relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie : 240,1 milliards d'euros.
- Dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale : 17,8 milliards d'euros.
- Aucune recette n'a été affectée en 2021 par le Fonds de solidarité pour les retraites ou le fonds de réserve pour la solidarité vieillesse.

Article 2 : Approbation du rapport annexé (annexe A du PLFSS) sur les excédents ou déficits de l'exercice 2020 et le tableau patrimonial

DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2022

Article 3 : Rectification des tableaux d'équilibre

- Équilibre des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : déficit de 19,2 milliards d'euros, 17,8 milliards d'euros en comprenant le fonds de solidarité vieillesse.
- Fonds de solidarité vieillesse : excédent de 1,3 milliard d'euros.
- Les prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et Fonds de solidarité vieillesse sont nulles.
- Dette amortie par la caisse d'amortissement de la dette sociale : 18,6 milliards d'euros.

Article 4 : Rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM 2022

- Dépenses du champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie : 245,9 milliards d'euros.

TROISIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2023

TITRE 1^{er} : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE

Article 5 : Ajustement du crédit d'impôt pour le recours à des services à domicile (prestation d'accueil du jeune enfant, garde d'enfants, expérimentation pour les bénéficiaires de l'APA et la PCH)

- Ajustement de paramètres législatifs et calendaires du dispositif facilitant le recours à des services à domicile par la mise en place d'une avance immédiate du crédit d'impôt avec une entrée en vigueur fixée par **décret** et au plus tard le 1^{er} janvier 2024.
- Harmonisation des missions relatives aux contrôles réalisés par les URSSAF.
- Mise en œuvre d'une expérimentation similaire pour les bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap et de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Article 6 : Amélioration de l'efficacité du contrôle du recouvrement ; renforcement de la responsabilisation du donneur d'ordre pour lutter contre le travail dissimulé

- Généralisation de l'expérimentation visant à plafonner à trois mois la durée totale des contrôles dans les entreprises de 10 à 20 salariés.
- Facilitation de l'utilisation lors d'un contrôle des informations obtenues auprès de plusieurs entités d'un même groupe. Un **décret** en Conseil d'État fixe les conditions et garanties applicables à cette utilisation de documents ou d'informations.
- Mise en œuvre d'une sanction différente en cas de récidive d'un donneur d'ordre non vigilant.
- Simplification de la procédure d'affiliation des salariés intérimaires en agriculture lorsqu'il est constaté qu'ils sont employés dans des conditions illégales.
- Unification du recouvrement des cotisations et contributions sociales.
- Faire de la déclaration PASRAU (Prélèvements à la source pour les Revenus Autres) le vecteur unique de déclaration des revenus de remplacement aux organismes sociaux et fiscaux.
- Organisation des modalités de prise en compte par l'URSSAF et la MSA des besoins de corrections des organismes et administrations destinataires des données de la Direction ministérielle au numérique en santé (DSN) en vue d'établir, en l'absence de correction spontanée par les employeurs, une déclaration corrigée unique pour leur compte.
- Les conditions d'application de cette disposition seront fixées par **décret**.

Article 7 : Prolongement du dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO-DE)

- Prolongement du dispositif d'un an, jusqu'au 31 décembre 2023 au lieu du 31 décembre 2022.

Article 8 : Meilleure indexation de la fiscalité du tabac ; harmonisation du barème fiscal pour prendre en compte le report vers le tabac à chauffer ou à rouler

- Revalorisation des tarifs 2023 à hauteur de l'inflation hors tabac constatée pour 2021 et prévue pour 2022 dans le rapport économique, social et financier annexé à la loi de finances.
- Dès 2024, revalorisation des prix sur la base de la prévision d'inflation hors tabac pour l'année précédente.
- Revalorisation du minimum de perception, selon le même mécanisme, dans la limite de 3%.
- Intégration du tabac à chauffer ou à rouler dans le barème fiscal harmonisé.

Article 9 : Déclaration et paiement des cotisations sociales pour les médecins régulateurs, dans le cadre du service d'accès aux soins (SAS)

- Permettre aux médecins libéraux qui exercent une activité de régulation d'être éligibles au dispositif simplifié de déclaration et de paiement des cotisations et contributions sociales sur l'ensemble de leurs revenus issus de cette activité.
- Permettre aux médecins libéraux qui assurent la régulation des appels en journée au sein du SAS, de bénéficier de la couverture assurantielle de l'établissement de santé siège de SAMU/SAS.

TITRE 2 : CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 10 : Transfert du financement des indemnités maternité à la branche famille

- Transfert à la caisse nationale des allocations familiales de la prise en charge financière des indemnités journalières au titre du congé maternité correspondant à la période post-natale de ce congé.
- Ce transfert prend la forme d'un remboursement par la CNAF à la CNAM.
- Compensation par la TVA de la baisse des cotisations de travailleurs indépendants à la suite de la loi pouvoir d'achat.

Article 11 : Approbation du montant de la compensation des exonérations (6,2 milliards d'euros pour 2023) mentionné à l'annexe 4

Article 12 : Approbation des prévisions de recettes et dépenses et du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV)

- Équilibre des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : déficit de 7,6 milliards d'euros, 6,8 milliards d'euros en comprenant le fonds de solidarité vieillesse.

Article 13 : Objectif d'amortissement de la dette sociale par la caisse d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du Fonds de réserve pour les retraites et fonds solidarité vieillesse

- Objectif d'amortissement par la Caisse d'amortissement de la dette sociale pour 2023 : 17,7 milliards d'euros.
- Aucune recette n'est prévue en 2023 pour le Fonds de solidarité pour les retraites ou le fonds de réserve pour la solidarité vieillesse.

Article 14 : Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes

- Permettre aux organismes mentionnés ci-dessous de recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie.
- Le plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) est fixé à 45 milliards d'euros pour l'exercice 2023, en réduction de 20 milliards d'euros par rapport au plafond 2022.
- Le plafond d'emprunt de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour 2023 est fixé à 350 millions d'euros, soit 50 millions de plus qu'en 2022.
- Le niveau de ressources non permanentes auquel pourra recourir la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) est fixé à 550 millions d'euros pour la période courant du 1er janvier au 31 janvier, puis à 400 millions d'euros pour le reste de l'année 2022.
- Le plafond de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) est quant à lui fixé à 450 millions d'euros, supérieur de 40 millions d'euros au plafond d'emprunt en 2022.
- Les besoins de trésorerie de la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) seront nuls en 2023.
- La Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et hospitaliers (CNRACL) devra recourir ainsi à l'emprunt en 2023 pour des volumes plus conséquents qu'en 2022 en raison d'une nouvelle dégradation du solde prévisionnel. Cette perspective défavorable conduit à augmenter le plafond d'emprunt de la CNRACL à 7,5 milliards d'euros.

Article 15 : Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (Annexe B du PLFSS)

QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2023

TITRE 1^{er} : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

CHAPITRE 1^{er}, RENFORCER LES ACTIONS DE PRÉVENTION EN SANTÉ

Article 16 : Mesures dérogatoires dans le cadre de la crise Covid-19

- Prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire des actes et injections liées à la vaccination contre la Covid. Cette prise en charge est jusqu'à une date fixée par **décret** et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2023.
- Prolongement de la délivrance des arrêts-maladies dérogatoires en cas de test PCR ou antigénique positif. Cette délivrance est jusqu'à une date fixée par **décret** et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2023.
- Reconduction de la disposition permettant de neutraliser certains revenus pour les travailleurs indépendants (si cela est favorable) dans le calcul de leurs indemnités journalières. Les conditions de cette prise en charge sont fixées par **décret**.

Article 17 : Création de rendez-vous de prévention à certains âges

- 20-25 ans : renforcement de la prévention primaire, en créant une consultation spécifique visant à favoriser un comportement favorable à la santé (tabac, alcool, alimentation saine, activité physique).
- 40-45 ans : prévention de maladies chroniques telles que le cancer, le diabète, ou les maladies cardiovasculaires. Encouragement à la pratique d'une activité sportive, lutte contre la sédentarité, et promotion de l'alimentation équilibrée.
- 60-65 ans : dépistage des premières fragilités ou de la perte d'autonomie par une approche globale.
- Ces trois rendez-vous seront l'occasion de faire le point sur les dépistages (cancers, IST...), vaccination, santé mentale.
- Le contenu et les modalités de mise en œuvre et prise en charge de ces « rendez-vous prévention » seront précisés notamment par **des textes réglementaires** et les conventions liant l'assurance maladie et les professionnels de santé libéraux.

Article 18 : Remboursement des examens de dépistage pour le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles

- Cet examen sera possible, sans ordonnance, dans tous les laboratoires de biologie médicale et en étendant leurs remboursements à 100% pour les moins de vingt-six ans.
- La liste des infections sexuellement transmissibles est fixée par **arrêté** du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale. L'arrêté précise également les modalités de réalisation des dépistages.

Article 19 : Remboursement de la contraception d'urgence sans prescription pour toutes les femmes, quel que soit l'âge selon la liste de ces contraceptions avec une entrée en vigueur dès le 1^{er} janvier 2023

Article 20 : Ouverture aux infirmiers et aux sages-femmes de la possibilité de prescrire et administrer certains vaccins

Après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, un arrêté ministériel précisera la liste des vaccins, les personnes susceptibles de se les voir administrer, les modalités selon lesquelles les sages-femmes assurent la traçabilité des vaccinations réalisées et transmettent au médecin traitant de ces personnes les informations relatives à ces vaccinations.

CHAPITRE 2, RENFORCER L'ACCÈS AUX SOINS

Article 21 : Remboursement à 100% des frais de transports urgents préhospitaliers réalisés à la demande du Samu ; réduction du remboursement des transports programmés

- Mise en œuvre d'une exonération de participation aux frais relatifs aux transports urgents préhospitaliers qui seront désormais entièrement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.
- Cette exonération sera prise en charge par une hausse du ticket modérateur sur les transports programmés. Cette disposition entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2023.

Article 22 : Dispositions concernant les conventions médicales

- Harmonisation des dispositions légales qui encadrent les conventions passées entre l'Assurance Maladie et les professions de santé (médecins, sage-femmes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues).
- Actualisation du champ de la convention des pharmaciens d'officine.

Article 23 : Réforme du troisième cycle des études de médecine

- Création d'une phase de consolidation (stages pratiques) en quatrième année d'internat dans les études de médecine, exercée exclusivement en pratique ambulatoire.
- Ces stages seront prioritairement réalisés dans les déserts médicaux (sans obligation).
- Mise en application de la réforme dès 2023 après concertation avec le Collège national des généralistes enseignants (CNGE).
- Des mesures d'aide à l'installation spécifique seront travaillées en lien avec les collectivités territoriales.

Article 24 : Rationalisation des dispositifs d'aide à l'installation

- Pour les médecins conventionnés avec l'Assurance maladie, un contrat unique sera élaboré dans le cadre de la nouvelle convention médicale permettant de fusionner les différents contrats proposés aujourd'hui par l'État ou l'Assurance maladie.
- Création d'un comité d'aide à l'installation dans chaque département, dont la création ne nécessite pas de vecteur législatif. Il aura pour mission de coordonner l'action des différents partenaires

concernés à l'échelon territorial en particulier des agences régionales de santé (ARS), l'assurance maladie, et les collectivités territoriales. Ce comité sera composé de :

- représentants des collectivités territoriales
 - représentants des professionnels de santé libéraux
 - représentants de l'État et des organismes de la sécurité sociale.
- Création d'un guichet unique d'information et d'orientation géré par l'ARS. Ses missions sont l'information et l'accompagnement des professionnels de santé (démarches administratives, aides disponibles).
 - L'entrée en vigueur de ces nouveaux dispositifs est prévue pour le 1^{er} janvier 2024.

Article 25 : Dispositions visant à freiner l'usage de l'intérim des professionnels de santé

- Conditionnement de l'emploi des professionnels de santé en qualité d'intérimaire par les établissements de santé à un exercice préalable dans un cadre autre qu'un contrat avec une entreprise de travail en intérim pendant une durée minimale.
- Cette durée sera fixée par décret en Conseil d'État et concertation avec les parties prenantes.
- Il appartient aux entreprises de travail temporaire de vérifier le respect de la condition fixée au premier alinéa et d'en attester auprès des établissements de santé au plus tard lors de la signature du contrat de mise à disposition. Les modalités de cette disposition seront déterminées par décret en Conseil d'État.
- Une contravention de cinquième classe est appliquée pour les entreprises d'intérim ne respectant pas cette disposition. Cette contravention sera fixée par décret.

CHAPITRE 3 : ACCOMPAGNER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET RENOVER LE PARCOURS DE SOINS

Article 26 : Création d'un droit d'accès à l'information auprès des personnes physiques ou morales exploitant des équipements matériels lourds d'imagerie médicale

- Renforcement de la transparence de l'information sur les charges d'exploitation des équipements lourds afin que la Caisse nationale d'assurance maladie puisse ensuite ouvrir des discussions en s'appuyant sur des données partagées sur la régulation du secteur de l'imagerie.
- Cette disposition vise à mieux fixer les tarifs des forfaits techniques d'imagerie.
- Les modalités de la mise en application de cette disposition seront fixées par décret en Conseil d'État.

Article 27 : Dispositions concernant la biologie

- Réforme de la procédure d'inscription des actes au référentiel des actes innovants hors nomenclature de biologie et d'anatomopathologie (RIHN).
- Les critères d'éligibilité, les modalités d'inscription après avis de la Haute Autorité de santé sur la liste des actes, ainsi que la procédure d'actualisation de cette liste après avis de la Haute Autorité de santé, sont fixés par décret en Conseil d'État.
- Permettre une baisse des tarifs de biologie par arrêté du ministre de la Santé en cas de d'absence d'économies significatives lors de la prochaine négociation conventionnelle.

Article 28 : Création d'un statut pour les sociétés de téléconsultation

- Création d'un statut *ad hoc* pour les sociétés de téléconsultation permettant de structurer leurs activités, renforcer la qualité des soins et le respect des normes de sécurité en vue d'un remboursement par l'Assurance maladie obligatoire dans les conditions prévues par la convention médicale.
- Ce statut permettra également le contrôle et les sanctions en cas de non-respect des exigences fixées, notamment de qualité et des conditions de facturation des téléconsultations.
- Les dispositions du présent article entrent vigueur dans des conditions et à une date fixée par **décret**, et au plus tard le 31 décembre 2023.

CHAPITRE 4 : RENOVER LA RÉGULATION DES DÉPENSES DE PRODUITS DE SANTÉ

Article 29 : Clauses de sauvegarde des médicaments et des dispositifs médicaux 2023 et création d'une contribution au titre de médicaments à forte croissance et à chiffre d'affaires élevé

Création d'une contribution au titre de médicaments à forte croissance et chiffre d'affaires élevé.

- La contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C est refondue en une section intitulée « Contribution au titre de médicaments à forte croissance et chiffre d'affaires élevé ».
- La nouvelle contribution s'applique aux médicaments inscrits sur une liste au remboursement, ou bénéficiant d'un cadre de prescription compassionnelle, d'une autorisation d'importation, de l'accès direct ou ayant été acquis directement par Santé Publique France, qui dépassent un chiffre d'affaires (minoré des remises) supérieur à 50 millions d'euros pour les deux années civiles précédant l'année civile concernée.
- Cette contribution ne s'applique que dans le cas où le chiffre d'affaires du médicament a augmenté de 10% entre l'année N-3 et l'année N-2, ainsi qu'entre l'année N-2 et l'année N-1 (année civile concernée).
- Cette contribution se déclenche lorsque le CA HT (minoré des remises) au cours de l'année civile au titre des médicaments correspondant aux critères ci-dessus est supérieur à un montant « C ».
- Ce montant « C » correspond au CA HT (minoré des remises) réalisé l'année précédente par les entreprises au titre des médicaments correspondant aux critères ci-dessus, auquel a été appliqué un taux de croissance de 10%.

Extension du périmètre de la clause de sauvegarde

- Le périmètre de la clause de sauvegarde est étendu aux médicaments innovants et en croissance, et aux médicaments achetés par Santé Publique France.

Modification des modalités de paiement de la clause de sauvegarde

- La clause de sauvegarde fait l'objet d'un versement au plus tard le 1^{er} juillet suivant l'année civile au titre de laquelle elle est due. Il est prévu également que les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à la sécurité sociale la déclaration permettant de déterminer le CA réalisé au cours de l'année, déclaration transmise au CEPS.
- Si les modalités de déclaration du chiffre d'affaires sont inchangées, en revanche il est précisé que le CEPS communique à la sécurité sociale les différences éventuelles entre les montants de chiffre

d'affaires déclarés et les données que le CEPS possède dans le cadre de ses missions. En cas de différence, les entreprises doivent rectifier la déclaration sous quinzaine.

- Il est également précisé que la sécurité sociale notifie au plus tard le 1^{er} octobre aux entreprises le montant de la clause de sauvegarde qui leur est réclamé pour N-1.
- La clause de sauvegarde est versée par l'entreprise au plus tard le 1^{er} novembre de N+1, ce qui rallonge le délai de quatre mois par rapport au cadre légal actuel.
- En cas de méconnaissance des délais susmentionnés, la sécurité sociale majore la clause de sauvegarde.

Définition du montant M de la clause de sauvegarde pour 2023

- Le montant M est le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde. Pour 2023, ce montant M est fixé à 24,6 milliards d'euros. Pour rappel, il était pour 2022 fixé à 24,5 milliards d'euros.

Définition du montant Z de la clause de sauvegarde pour 2023

- Le montant Z est le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde pour la liste en sus. Pour 2023, ce montant Z est fixé à 2,21 milliards d'euros. Pour rappel, il était pour 2022 fixé à 2,15 milliards d'euros.

Article 30 : Prise en charge et remises des médicaments bénéficiant d'un accès compassionnel et des médicaments de thérapie innovante

Prix de vente des spécialités pharmaceutiques : mise en place d'un étalement de paiement des thérapies innovantes

- Sont fixés par convention entre le laboratoire et le CEPS un tarif de responsabilité et un prix limite de vente aux établissements de santé. Ce tarif de responsabilité peut être facturé en sus des prestations d'hospitalisation.
- Il est prévu que lorsque le prix d'un traitement de thérapie innovante (au sens du droit européen) demandé par le laboratoire est supérieur à un seuil fixé par **arrêté**, le coût de ce traitement doit être fixé par convention entre le laboratoire et le CEPS ou à défaut par décision du CEPS.
- Le médicament de thérapie innovante est alors remboursé aux établissements en sus des prestations d'hospitalisation, dans les conditions de la liste en sus, avec des aménagements : le tarif de responsabilité est fixé afin que son montant (nombre d'unités X tarif de responsabilité) soit inférieur à un forfait de thérapie innovante fixé par **arrêté**, et le prix limite de vente doit être égal au tarif de responsabilité.
- Lorsque le coût de traitement fixé par convention avec le CEPS ou par décision du CEPS est supérieur au montant (nombre d'unités X tarif de responsabilité), un ou plusieurs versements successifs sont réalisés annuellement par l'assurance maladie au laboratoire selon des modalités définies par **décret**.
- Le nombre, les montants, les conditions et les échéances des versements sont fixés par la convention de prix de thérapie innovante passée entre le CEPS et le laboratoire ou par décision du CEPS en l'absence de convention. Ces paramètres tiennent compte des données d'efficacité du médicament, notamment les données mentionnées spécifiquement par l'avis de la commission de la transparence (CT) de la HAS.
- Les versements cessent en cas d'échec du traitement pour un patient ou en cas d'administration d'un autre traitement de même visée thérapeutique.

- Le recueil des données est à la charge du laboratoire, à qui les prescripteurs transmettent les données de suivi des patients traités.

Subordination de l'inscription au remboursement à des critères de volume, de tarif et de sécurité d'approvisionnement

- L'inscription sur la « liste en sus », sur la « liste rétrocession » ou sur la « liste ville » peut être subordonnée à une procédure de référencement visant à la sélection, parmi des médicaments à même visée thérapeutique, de thérapies répondant à des critères (1) de volume garantissant un approvisionnement suffisant du marché et (2) de conditions tarifaires permettant l'efficacité des dépenses d'assurance maladie et (3) optionnellement de développement durable et de sécurité d'approvisionnement du fait du lieu d'implantation des sites de production.
- La mise en œuvre de cette procédure de référencement peut déroger dans des conditions prévues par décret (la fixation du prix de vente au public des médicaments par convention avec le CEPS, la fixation du prix de cession au public des médicaments par convention avec le CEPS, la fixation du tarif de responsabilité et du prix limite de vente par convention avec le CEPS, et l'importation parallèle).
- Les médicaments sélectionnés par le référencement sont référencés pour un an maximum, durée prorogable de six mois. Pendant cette durée, les médicaments comparables non sélectionnés peuvent être exclus de la prise en charge.
- Elle ne peut conduire à placer, pour un médicament remboursable, une entreprise en situation de monopole. Elle peut impliquer un engagement des laboratoires à fournir des quantités minimales de médicaments sur le marché français et à garantir une couverture suffisante du territoire. En cas de non-respect de ces engagements, le Gouvernement peut mettre un terme à la procédure de référencement ou y déroger pour pallier la défaillance de l'entreprise ou supprimer le médicament de la procédure.
- En outre, le Gouvernement peut prononcer une pénalité financière (10% du CA réalisé en France maximum), voire mettre à la charge financière de l'entreprise les surcoûts supportés par l'assurance maladie du fait d'un défaut d'approvisionnement.
- Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application de cette mesure.

Renforcement des obligations de sécurité d'approvisionnement

- Dans le cadre d'une première inscription sur la « liste collectivités », sur la « liste ville » ou sur la « liste rétrocession » pour un médicament d'un niveau d'ASMR fixé par décret, le laboratoire exploitant ce médicament doit s'engager à garantir l'approvisionnement des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur.
- Le laboratoire conclut à cette fin une convention avec le CEPS. En cas de manquement à cette convention, le CEPS peut prononcer une pénalité financière jusqu'à 10% du CA de la thérapie.

Information sur le montant de chiffre d'affaires dans le cadre de l'accès compassionnel

- L'entreprise titulaire des droits d'exploitation ou l'exploitant de la spécialité en accès compassionnel verse chaque année des remises calculées sur la base du chiffre d'affaires hors taxes, remises calculées selon des barèmes progressifs par tranche de chiffre d'affaires fixés par arrêté.
- Au stade très précoce, ces remises peuvent être majorées si l'entreprise ne dépose pas de demande d'accès précoce dans un certain délai défini par décret ou si le nombre d'autorisations pour la spécialité excède des seuils fixés par arrêté.

- Le 15 février de chaque année, l'entreprise titulaire des droits d'exploitation ou l'exploitant de la spécialité informe le Comité économique des produits de santé du chiffre d'affaires correspondant à cette spécialité ainsi que du nombre d'unités vendues, pour chacune des indications concernées, au titre de l'année civile précédente. Il s'agit de l'extension au dispositif d'accès compassionnel de l'information au CEPS déjà prévue dans le mécanisme d'accès précoce.

Facturation de médicaments achetés hors-AMM par Santé Publique France

- L'agence nationale de santé publique (Santé Publique France) peut acquérir, stocker, distribuer des produits de santé en cas de menaces sanitaires graves ou pour répondre à des besoins de santé publique, thérapeutiques ou diagnostiques non couverts par ailleurs faisant l'objet d'une rupture d'approvisionnement.
- En cas d'acquisition de médicaments en accès précoce, en accès compassionnel ou en accès direct par Santé Publique France, le chiffre d'affaires facturé correspond à la multiplication du prix auquel Santé Publique France a acheté la spécialité par le nombre d'unités administrées ou dispensées par les établissements.

Élargissement des remises conventionnelles à l'ensemble des médicaments

- Pour les spécialités susceptibles d'être utilisées concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments et pour les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle ou faisant l'objet d'une distribution parallèle, leur remboursement peut être subordonné au versement de remises obligatoires par les entreprises. La restriction à ces seules catégories de médicaments, ouvrant ainsi cette possibilité à l'ensemble des médicaments inscrits au remboursement, est supprimée.

Création de remises pour cause de périmètre d'indications trop restreint

- Lorsqu'un médicament est inscrit sur la liste « ville », « collectivités », « rétrocession » ou « en sus » pour un périmètre d'indication plus restreint que celui dans lequel ce médicament présente un SMR suffisant, l'entreprise verse des remises sur le CA HT au titre de cette spécialité et de la période considérée, jusqu'à ce que l'entreprise demande la prise en charge de la spécialité pour l'ensemble des indications concernées. Ces remises sont déterminées par le CEPS selon un barème défini par arrêté en fonction des populations cibles.
- Est également prévu que lorsqu'une entreprise méconnaît une date d'échéance d'une déclaration ou information prévue par les dispositifs d'accès précoce ou compassionnel, par les conventions de remise, par le dispositif de déclaration du CA d'une thérapie inscrite sur la liste en sus, ou par le dispositif d'accès direct, les remises dues par l'entreprise au titre de la spécialité concernée sont majorées de 2% par semaine de retard.
- Les modalités sont précisées par **décret** déterminant les conditions d'application des majorations.

Ajout d'une condition supplémentaire pour l'octroi de l'accès précoce

- La décision d'autorisation d'accès précoce pour un médicament qui ne dispose pas d'une autorisation de mise sur le marché dans l'indication considérée mais dont le laboratoire s'engage à déposer une demande d'autorisation est subordonnée à l'absence d'avis défavorable émis par le comité des médicaments à usage humain de l'EMA.

Modification du cadre temporaire de remises du cadre de prescription compassionnelle

- Les médicaments pris en charge au titre d'un cadre de prescription compassionnelle et dispensés en officine voient leurs remises calculées sur la base d'une fraction du CA annuel dans une limite de 10% pour encore une année supplémentaire (jusqu'au 1^{er} janvier 2024).

Entrée en vigueur des modifications de remises

- Les remises telles que modifiées par le PLFSS pour 2023 s'appliqueront à partir du 1^{er} janvier 2024.

Article 31 : Révision des modalités de prise en charge, de tarification et de distribution des produits de santé et du cadre du conventionnement avec le CEPS

Dispositifs médicaux : réforme du cadre de conventionnement avec le CEPS

- En application des orientations gouvernementales, le CEPS peut conclure des conventions avec les entreprises exploitant des produits inscrits à la liste des produits et prestations remboursables (LPPR), ou avec les organisations regroupant les entreprises en cas d'inscription générique.
- La signature de ces conventions est subordonnée à l'engagement par les entreprises de respecter la charte de la visite médicale. Les entreprises doivent également faire évaluer et certifier par des organismes accrédités la conformité à cette charte de la visite médicale dans des conditions fixées par la HAS.
- Dans le cas d'une signature de la convention avec une organisation d'entreprises, celle-ci s'engage à promouvoir le recours à la procédure de certification auprès de ses entreprises membres.
- Ces conventions déterminent les relations entre le CEPS et chaque signataire, notamment concernant les remises, la participation aux orientations ministérielles, les conditions de la mise en œuvre d'études (notamment médico-économiques) postérieures à l'inscription sur la LPPR.
- Les conventions peuvent être adaptées, ou à défaut résiliées, sur demande du CEPS si l'évolution des dépenses n'est pas compatible avec le respect de l'ONDAM ou si les orientations du CEPS ne sont plus compatibles avec les conventions conclues.
- Lorsque la convention prévoit la réalisation d'études (notamment médico-économiques) post-inscription sur la LPPR, l'absence de transmission des résultats de ces études dans les délais impartis entraîne la fin de la prise en charge des produits, sauf versement de remises par l'entreprise selon un barème fixé par **arrêté**.

Changement des conditions de prise en charge des produits de santé dispensés par un pharmacien

- Les médicaments prescrits par un pharmacien dans le cadre d'une continuité de traitement d'une maladie chronique sont pris en charge dans la limite d'une boîte par ligne d'ordonnance au-delà de la durée de traitement prescrite.
- Cette prise en charge aux dispositifs médicaux est élargie et abandonne la notion de boîte par ligne d'ordonnance au profit d'une limite d'un mois au-delà de la durée de traitement.

Fixation du prix des dispositifs médicaux par le CEPS

- Pour les DM inscrits sur la liste de prestations et produits remboursables (LPPR), le CEPS perd la faculté de fixer un prix de cession maximal auquel le produit peut être vendu au distributeur en détail.
- En revanche, le CEPS peut fixer par convention ou, à défaut, par décision les prix des produits inscrits à la LPPR.

- Cette réforme entre en vigueur dans des conditions fixées par **décret** et au plus tard le 31 décembre 2025.

Précision quant à l'inscription sur la LPPR d'une prestation associée à un dispositif médical

- L'avis de la HAS quant à l'inscription d'un DM sur la LPPR devra porter de manière distincte sur le produit et, s'il y a lieu, sur la prestation de service et d'adaptation associée.
- L'inscription sur la LPPR d'une prestation de service et d'adaptation associée à un DM devra s'effectuer de manière distincte à l'inscription de ce DM.
- Cette mesure entre en vigueur dans des conditions fixées par **décret** et au plus tard le 31 décembre 2025.

Déclaration du prix d'achat du dispositif médical par l'exploitant

- L'exploitant n'étant pas le fabricant du dispositif médical est tenu de déclarer aux ministères de la santé et de la sécurité sociale le prix auquel il a acheté le produit auprès de son fournisseur.
- Si cette déclaration n'a pas été effectuée dans les délais et formes (précisés par voie réglementaire) ou lorsqu'elle est inexacte, une pénalité financière peut être prononcée à la charge de l'exploitant.

Changement de compétence dans le contrôle du respect des spécifications techniques auxquelles l'inscription d'un dispositif médical sur la LPPR est subordonnée

- L'ANSM est chargée d'effectuer ou faire effectuer un contrôle du respect des spécifications techniques auxquelles l'inscription du DM sur la LPPR est subordonnée. Cette compétence passe au bénéfice du Directeur général de la CNAM et des CPAM.

Réforme de la prise en charge transitoire d'un dispositif médical ou d'une prestation

- La prise en charge transitoire d'un produit ou d'une prestation en vue d'une inscription sur la LPPR est subordonnée au respect, par l'exploitant, d'un protocole de recueil des données défini par la CNEDIMTS.
- Ces données portent sur l'efficacité, les événements indésirables, les conditions réelles d'utilisation et les caractéristiques de la population bénéficiant du produit.
- L'exploitant assure à sa charge le recueil des données à partir des données transmises par les prescripteurs.
- Lorsque l'utilisation d'un produit bénéficiant de cette prise en charge transitoire est liée à un acte, non inscrit à la liste des actes remboursables, cet acte pourra être inscrit sur la liste de manière transitoire par **arrêté**.

Fixation des marges de distribution des dispositifs médicaux

- Le Gouvernement pourra fixer les marges de distribution des produits inscrits sur la LPPR, en tenant compte de l'évolution des charges, des revenus et du volume d'activité des praticiens ou entreprises concernées.
- Les remises, ristournes et avantages commerciaux consentis par les fournisseurs de distributeurs en détail de produits inscrits sur la LPPR ne peuvent excéder un pourcentage du prix hors taxe fixé par le gouvernement, dans la limite de 50% du prix fabricant HT.
- Ces mesures entrent en vigueur dans des conditions fixées par **décret** et au plus tard le 31 décembre 2025.

Remises sur les dispositifs médicaux relatives au périmètre d'indications

- Des remises sont prévues pour les dispositifs médicaux dans le cas où le périmètre d'indication est plus restreint que celui dans lequel le dispositif médical présente un service attendu suffisant.
- Ces remises sont calculées selon un barème fixé par **arrêté**.

Prise en charge transitoire et hospitalisation

- Pour les dispositifs médicaux faisant l'objet d'une prise en charge transitoire, ces derniers sont pris en charge entièrement par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation lorsque leur utilisation a eu lieu à l'occasion d'une hospitalisation.

Tarif de responsabilité des dispositifs médicaux

- Les tarifs de responsabilité des produits inscrits à la LPPR sous forme de nom de marque ou de nom commercial sont établis par convention entre le CEPS et l'exploitant du produit.
- Cette réforme entre en vigueur dans des conditions fixées par **décret** et au plus tard le 31 décembre 2025.

CHAPITRE 5 : RENFORCER LA POLITIQUE DE SOUTIEN À L'AUTONOMIE

Article 32 : Dispositions relatives aux établissements et services médico-sociaux (ESMS)

- Un groupe non directement gestionnaire d'un ESMS pourra ne plus recevoir les financements publics prévus par un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens si l'autorité de tarification s'y oppose. L'objectif est le financement direct de ces structures.
- Il sera désormais possible de mettre en cause la libre affectation des résultats des ESMS s'ils ne correspondent pas à un besoin objectif des établissements et services.
- Les autorités de contrôle et de tarification, l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale des finances pourront désormais contrôler les comptes des établissements et services à proprement parler, mais aussi ceux des gestionnaires et ceux des groupes qui les contrôlent.
- Les règles de comptabilité analytique permettant de retracer l'utilisation des dotations publiques par un établissement ou service médico-social et, le cas échéant, par son organisme gestionnaire et la personne morale sous le contrôle de laquelle il est placé, sont fixées par **décret**.
- Mise en place d'une convention préalable entre la CNSA et les collectivités permettant à la CNSA d'assurer elle-même un recouvrement au niveau national.

Article 33 : Poursuite de la réforme du financement des services autonomie à domicile

- Création d'une dotation globale dont une partie sera forfaitaire permettant d'assurer une part socle robuste et une autre partie variable.
- Cette partie variable sera déterminée en fonction des caractéristiques des personnes accompagnées, en particulier, leur niveau de dépendance, en particulier de le groupes iso-ressources (GIR) et leurs besoins de soins et financements complémentaires.
- L'ensemble des critères relatifs aux besoins de soins et financements seront précisés par **décret**.
- 240 millions d'euros seront consacrés à cette réforme d'ici 2030.

Article 34 : Montée en charge de la contribution de la CNSA aux départements, création d'un « temps dédié au lien social » pour les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

- Création d'un temps dédié à l'accompagnement et au lien social au double bénéfice des personnes âgées et des professionnels intervenant à leur domicile. La durée limite de ce temps sera définie par décret.
- Ce temps dédié sera mis en place sur proposition de l'équipe médico-sociale du département chargée de l'évaluation des besoins des personnes âgées.
- La personne âgée pourra être accompagnée jusqu'à deux heures par semaine.
- Il s'agit de prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées, lutter contre leur isolement social, et améliorer les conditions de travail des professionnels de santé exerçant à domicile.

Article 35 : Simplification du financement de l'habitat inclusif entre la CNSA et les départements

- Clarifier le schéma de financement pour le forfait habitat inclusif (FHI) et l'aide à la vie partagée (AVP).
- Acter l'extinction progressive du FHI au profit de l'AVP dès la fin d'année 2022.
- Fixer la participation de la CNSA au financement de l'AVP à partir de 1er janvier 2023.

CHAPITRE 6 : MODERNISER LES PRESTATIONS FAMILIALES

Article 36 : Modernisation du cadre du complément de libre choix du mode de garde (CMG) de l'enfant

- Réforme des modalités de calcul du CMG.
- Extension du CMG jusqu'aux 12 ans de l'enfant pour les familles monoparentales.
- Ouverture de la possibilité aux deux parents d'un enfant en résidence alternée de bénéficier de la CMG. Jusqu'à présent, seule un des deux parents bénéficiait de la CMG en cas de garde alternée.
- L'ensemble des modalités de calculs, plafonds et exceptions seront précisées par décret.
- Application à compter d'une date fixée par décret, et au plus tard à compter du 1^{er} juillet 2025.

Article 37 : Versement par l'employeur des indemnités journalières par subrogation

- Versement par l'employeur des indemnités journalières pour le compte des caisses d'assurance maladie, qui lui rembourse directement le montant des indemnités dues à l'assurance.
- Les cas où cette subrogation est effective sont : congés maternité, adoption et paternité.
- L'entrée en vigueur de cette disposition est le 1^{er} janvier 2025.
- Un décret en conseil d'État fixe les catégories de salariés auxquels ces dispositions ne s'appliquent pas ainsi que les modalités d'application de la disposition.

CHAPITRE 7 : SIMPLIFIER ET MODERNISER LE SERVICE PUBLIC DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 38 : Extension de la complémentaire santé solidaire à Mayotte

- Extension de la complémentaire santé solidaire à Mayotte.
- Prolongement du dispositif de rachat de trimestres pour les indépendants.
- Adaptation des modalités de versement des prestations familiales aux fonctionnaires à l'évolution des modalités de versement de leurs rémunérations.
- Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2023.

Article 39 : Alignement des prestations sociales de Saint-Pierre-et-Miquelon avec le droit commun

- Institution d'une caisse de prévoyance sociale.
- Rattrapage et alignement de certaines prestations sur le droit commun, concernant la branche maladie, les prestations familiales et la branche autonomie.
- Les conditions de résidence à Saint-Pierre-et-Miquelon, les modalités d'application seront fixées par décret.

Article 40 : Révision des modalités de calcul des prestations d'accidents du travail-maladies professionnelles des non-salariés agricoles pluriactifs

- Autorisation du cumul des indemnités journalières d'assurance maladie non-salariée agricole et des indemnités accident du travail ou maladie professionnelle (AT/MP) du régime des salariés au profit des assurés pluriactifs non-salariés agricoles et salariés.
- Accorder une rente assurance accidents du travail des exploitants agricoles (ATEXA) à partir de 30% d'incapacité permanente partielle (IPP) aux non-salariés agricoles autres que les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole.

Article 41 : Renforcement des prérogatives des agents de la sécurité sociale dans la lutte contre la fraude ; simplification des procédures de sanction ; hausse des pénalités financières en matière d'assurance maladie

- Autorisation aux greffiers des tribunaux de commerce à transmettre aux agents des organismes de protection sociale et de l'État des renseignements et documents recueillis dans l'exercice de leurs missions et faisant présumer des fraudes en matière de cotisations ou prestations sociales.
- Simplification de la procédure de sanction administrative prononcée par un directeur de caisse.
- Rehaussement des plafonds de pénalités financières applicables en cas de fraudes à l'assurance maladie.
- Ouverture du droit de communication de renseignements détenus par des tiers aux agents chargés au sein des organismes sociaux du recouvrement des créances nées après le constat d'une infraction de travail dissimulé.
- Autorisation au réseau des caisses de la MSA à procéder à l'interconnexion des données obtenues par le droit de communication non nominatif avec les données de son système d'information.
- Certains agents de contrôle des organismes de la protection sociale et de l'inspection du travail seront dotés de moyens d'investigation plus adaptés à l'environnement numérique.
- Les modalités d'application de cet article seront fixées par décret en Conseil d'État.

Article 42 : Déconventionnement d'office de certains professionnels de santé en cas de préjudice pour l'assurance maladie

- Extension des possibilités de déconventionner en urgence ou d'office les professionnels de santé, autres que libéraux, en cas de manquement grave à leurs engagements conventionnels et/ou ayant engendré un préjudice financier majeur pour l'assurance maladie.

Article 43 : Déremboursement des arrêts de travail prescrits par téléconsultation hors médecin traitant ou médecin habituel

- L'indemnisation des arrêts de travail prescrits dans le cadre d'une téléconsultation est rendue possible que s'ils ont été délivrés par le médecin traitant ou par un médecin que le patient a déjà consulté lors de l'année précédente.

- Une campagne d'information auprès des patients et médecins est prévue.
- Les plateformes de téléconsultations devront informer les patients et les médecins.
- Application aux arrêts de travail prescrits à compter du 1^{er} juin 2023.

Article 44 : Possibilité d'extrapoler le montant de l'indu par rapport à l'activité dans le cadre du contrôle de la tarification des acteurs de santé

- Les caisses de l'assurance maladie pourront calculer les indus qu'elles réclament en extrapolant les résultats de contrôles par échantillon, de manière plus exacte les préjudices subis du fait de la fraude de certains acteurs de la santé, et de demander à ceux-ci le remboursement des sommes indument perçues.
- Une procédure contradictoire qui garantit les droits des personnes ou établissements contrôlés est prévue.

TITRE 2 : DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Article 45 : Dotation au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS), aux agences régionales de santé (ARS) et à l'Office nationale d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM)

- Montant de la participation au FMIS pour 2023 : 1 163 millions d'euros.
- Montant de la contribution aux ARS pour 2023 : 178,4 millions d'euros.
- Montant de la dotation à l'ONIAM pour 2023 : 135 millions d'euros.

Article 46 : Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

- Pour l'année 2023, les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés à 238,3 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Article 47 : ONDAM et sous-ONDAM 2023

- L'objectif national des dépenses d'assurance-maladie est fixé à -0,8 % en 2023 par rapport au niveau 2022, soit un niveau de 244,1 milliards d'euros.
- Dépenses de soins de ville : 103,9 milliards d'euros.
- Dépenses relatives aux établissements de santé : 100,7 milliards d'euros.
- Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées : 15,3 milliards d'euros.
- Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées : 14,6 milliards d'euros.
- Dépenses relatives au fonds d'intervention régional et au soutien national à l'investissement : 6,1 milliards d'euros.
- Autres prises en charge : 3,4 milliards d'euros.

Article 48 : Dotations au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), transfert de la compensation

de sous-déclaration des AT-MP et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité

- Contribution de la branche « accidents du travail et maladies professionnelles » du régime général de la sécurité sociale au FIVA pour 2023 : 220 millions d'euros.
- Contribution de la branche « accidents du travail et maladies professionnelles » du régime général de la sécurité sociale au FCAATA pour 2023 : 337 millions d'euros.
- Transfert 2023 pour la branche AT/MP pour 2023 : 1,2 milliards d'euros.
- Dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité pour 2023 : 68 millions au titre de la retraite anticipée pour incapacité permanente, 60,3 millions d'euros au titre du compte professionnel de prévention.

Article 49 : Objectif de dépenses de la branche AT-MP

- Pour l'année 2023, les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés à 14,8 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité.

Article 50 : Objectif de dépenses de la branche vieillesse

- Pour l'année 2023, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés à 273,3 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Article 51 : Objectif de dépenses de la branche famille

- Pour l'année 2023, les objectifs de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale sont fixés à 55,3 milliards d'euros.

Article 52 : Objectif de dépenses de la branche autonomie

- Pour l'année 2023, les objectifs de dépenses de la branche autonomie de la sécurité sociale sont fixés à 37,3 milliards d'euros.

Article 53 : Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)

- Pour l'année 2023, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi : FSV 19,3 milliards d'euros.