



Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 après adoption en première lecture par le Sénat le 16 novembre 2021

Calendrier du PLFSS

- Jeudi 7 octobre : présentation du texte en conseil des ministres
- Jeudi 7 octobre : dépôt du texte à l'Assemblée nationale
- Mercredi 13 octobre : début de l'examen du texte à la commission des affaires sociales
- Jeudi 21 octobre : début de l'examen du texte en séance publique
- Mardi 26 octobre : vote solennel sur le PLFSS pour 2022 à l'Assemblée nationale
- Mardi 2 novembre : début de l'examen du texte par la commission des affaires sociales du Sénat
- Lundi 8 novembre : début de l'examen du texte en séance publique au Sénat
- Mardi 16 novembre : vote solennel sur le PLFSS pour 2022 au Sénat
- Mardi 16 novembre : commission mixte paritaire

Présentation du projet de loi

Ce PLFSS présente plusieurs mesures principales :

- un investissement dans la transformation du système de santé avec une mise en œuvre des engagements du Ségur de la Santé et des mesures visant à décloisonner les acteurs de la santé par le développement de la télésurveillance et du service d'accès aux soins
- un renforcement des actions de soutien à la perte d'autonomie avec une restructuration des services d'accompagnement à domicile et une médicalisation plus soutenue des EHPAD
- une amélioration de la prévention et de l'accès aux soins à travers différentes mesures (contraception gratuite jusqu'à 25 ans, simplification d'accès à la complémentaire santé solidaire pour les bénéficiaires du RSA et du minimum vieillesse...)
- un soutien à l'innovation pharmaceutique avec un accès facilité des médicaments et dispositifs onéreux à l'hôpital et un accès au remboursement anticipé pour les solutions numériques innovantes
- des nouveautés pour les travailleurs indépendants et les particuliers employeurs avec une simplification du calcul des cotisations des travailleurs indépendants et un bénéfice en temps réel des aides fiscales et sociales pour les services à la personne.

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

Sont surlignées en jaune les modifications apportées par le Sénat en première lecture.

PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2020

Article 1^{er} : Approbation des tableaux d'équilibre de l'ONDAM et des éléments relatifs au FRR, au FSV, et à la CADES

- Ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : déficit de 37,3 milliards d'euros, 39,7 milliards en comprenant le fonds de solidarité vieillesse (FSV).
- Régime général de la sécurité sociale : déficit de 36,2 milliards d'euros, 38,7 milliards en comprenant le fonds de solidarité vieillesse (FSV).
- Fonds de solidarité vieillesse : 2,5 milliards d'euros de déficit.
- Dépenses du champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) : 219,4 milliards d'euros.
- Dette amortie par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) : 16,1 milliards d'euros.
- Aucune recette n'a été affectée en 2020 au fonds de réserve pour les retraites ni au fonds de 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 2021

Article 3 : Affiliation au régime général de la sécurité sociale du personnel de santé mobilisé sur la vaccination contre la COVID-19 et assouplissement des règles de cumul emploi-retraite

- Les professionnels de santé ayant participé à la campagne de vaccination et n'étant pas affiliés comme travailleurs indépendants au titre d'une autre activité sont rattachés au régime général de la sécurité sociale ou au régime des praticiens et auxiliaires médicaux.
- Les cotisations et contributions de sécurité sociale dont ils sont redevables pour cette activité sont calculées sur une assiette constituée de leurs recettes diminuées d'un abattement forfaitaire fixé par décret.
- Les pensions de vieillesse peuvent être entièrement cumulées avec les revenus tirés d'une activité reprise ou poursuivie en qualité de professionnel de santé durant les mois d'octobre 2020 à décembre 2021.

Article 3 bis : Extension de l'indemnisation du fonds de solidarité aux professionnels de santé libéraux

- Elargissement du dispositif d'indemnisation prévu par le fonds de solidarité aux professionnels de santé libéraux impactés par la crise du fait de l'exercice de leur activité dans des communes isolées.
- Versement d'une aide par la Caisse nationale d'assurance maladie aux médecins conventionnés affectés par la répétition des déprogrammations sur le second semestre 2021.

Article 4 : Allégement de la taxe sur la vente en gros des spécialités pharmaceutiques

- Le taux de la première tranche de cette taxe est abaissé de 1,75 à 1,5 % afin de freiner la tendance de réduction de la marge des grossistes-répartiteurs qui assurent l'exploitation et la vente en gros de spécialités remboursables. Cette mesure s'applique avec un effet rétroactif sur l'exercice 2021.

Après l'article 4 : Housse de la contribution des organismes complémentaires

- Augmentation de la contribution exceptionnelle des organismes complémentaires d'assurance maladie à la branche maladie de 1,3 % à 2,6 %.
- Le rendement de cette contribution passerait de 500 millions à 1 milliard d'euros.

Après l'article 4 : Compensation de l'affectation du budget de Santé Publique France à la sécurité sociale

- Au vu du transfert du budget de Santé Publique France de l'État à la sécurité sociale, la mesure vise à fixer en loi de finances le principe d'une compensation à la sécurité sociale du coût réel du budget de Santé Publique France.

Article 5 : Assouplissement de l'échéance de signature des contrats prévus à l'article 50 de la LFSS 2021

- Des contrats visant à financer de nouveaux projets d'investissement structurants peuvent être signés entre les établissements de santé et les agences régionales de santé jusqu'au 31 décembre 2028, par dérogation à la loi de financement de la sécurité sociale 2021 qui fixait une échéance au 31 décembre 2021.

- Les établissements contractant avec les agences régionales de santé peuvent recevoir une dotation annuelle
- Le Gouvernement adresse un rapport annuel au Parlement sur le versement de la dotation annuelle allouée aux établissements de santé contractant avec les agences régionales de santé.

Article 5 bis : Accompagnement des personnes en situation de précarité

- Sécurisation budgétaire permettant le déploiement dès septembre 2021 de nouveaux dispositifs mobiles pluridisciplinaires visant à accompagner les personnes marginalisées ou en situation d'addiction.

Article 6 : Transferts financiers entre branches de sécurité sociale

- L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) gère la trésorerie de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) qui s'est vu confier la nouvelle branche de sécurité sociale consacrée à la perte d'autonomie. Le présent article vise ainsi à affecter une fraction de la taxe sur les salaires à la CNSA dès 2021 afin de la doter des ressources nécessaires pour couvrir sa contribution financière à la gestion administrative de l'ACOSS.

Article 7 : Rectification des tableaux d'équilibre

- Les équilibres budgétaires pour l'année 2021 des différentes branches des régimes obligatoires de base de sécurité sociale sont rectifiés. Le déficit de la branche maladie est de 30 **29,7** milliards d'euros, 32,5 **31,2** milliards d'euros pour l'ensemble des branches et **34,8** 33,7 milliards d'euros pour l'ensemble des branches y compris le fonds de solidarité vieillesse (FSV).
- Les équilibres budgétaires pour l'année 2021 des différentes branches du régime général de sécurité sociale sont rectifiés. Le déficit de la branche maladie est de 30 **29,7** milliards d'euros, 32,3 **31** milliards d'euros pour l'ensemble des branches, **34,6** 33,5 milliards d'euros pour l'ensemble des branches y compris le fonds de solidarité vieillesse (FSV).
- Le fonds de solidarité vieillesse est déficitaire à hauteur de 2,4 **2,5** milliards d'euros en 2021.
- Aucunes recettes ne sont affectées aux fonds de réserve pour les retraites et de solidarité vieillesse.
- La Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) a un objectif d'amortissement de la dette sociale fixé à 17,4 milliards d'euros.

Article 8 : Rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM

- L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs pour 2021 sont rectifiés. Le montant de l'ONDAM avait été fixé à 225,4 milliards d'euros dans la loi de financement de la sécurité sociale 2021. Il sera finalement à hauteur de 237,1 **238,8** milliards d'euros.
- Ce relèvement de l'ONDAM pour 2021 s'explique essentiellement par des surcoûts exceptionnels liés à la crise sanitaire (10,5 milliards d'euros), telles que les dépenses liées aux achats de vaccins ou aux tests de dépistage.

Article 9 : Rectification de la dotation FMIS

- La participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) passe de 1032 à 1035 millions d'euros en 2022 tandis que la participation de la branche autonomie pour le même fonds passera de 100 à 90 millions d'euros.

TROISIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2022

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

CHAPITRE 1^{er} : POURSUIVRE LES ACTIONS DE SIMPLIFICATION ET D'ÉQUITÉ DU PRÉLÈVEMENT

Article 10 : Poursuite de l'unification du recouvrement dans la sphère sociale

- Prolongement du mouvement d'unification du recouvrement des cotisations en transférant ces missions de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (CIPAV) à l'URSSAF et aux caisses générales de sécurité sociale. Un interlocuteur unique en matière de recouvrement des cotisations et contributions sociales sera mis en place pour les professionnels libéraux.
- Certaines dispositions relatives au reversement par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) des sommes dues à certains attributaires sont précisées par **décret**.

Article 11 : Versement immédiat des aides sociales et fiscales aux services à la personne

- La perception des aides fiscales et sociales liées aux services à la personne (ménage, soutien scolaire...) est rendue immédiate. L'avance de trésorerie que les particuliers devaient consentir en raison du décalage de versement de certaines aides est supprimée.
- La part de l'État est directement versée au salarié employé et le particulier ne paie que le coût du service restant à leur charge, sans avance de trésorerie. Les modalités d'application sont définies par un **décret**.

Article 11 bis : Transmission de données fiscales aux organismes complémentaires

- Transmission par l'administration des impôts aux organismes complémentaires de prévoyance des renseignements nécessaires à l'assiette des cotisations et au calcul des prestations.

Article 11 ter : Prolongation du dispositif d'assujettissement relatif à l'activité partielle

- Extension jusqu'en 2022 du dispositif visant à ce que les indemnités complémentaires versées par l'employeur en complément des indemnités légales d'activité partielle restent soumises au même niveau de prélèvement sociaux que les indemnités légales.

Après l'article 11 : Exonération des prélèvements sociaux pour les non-résidents en France

- Exonération de l'ensemble des non-résidents du paiement de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) sur les revenus du patrimoine qu'ils perçoivent en France.

Après l'article 11 : Institution d'une contribution de solidarité de la finance pour l'autonomie

- Création d'une contribution de 1 % assise sur les revenus de capitaux mobiliers pour financer la cinquième branche de la sécurité sociale sur l'autonomie.

Article 12 : Harmonisation du régime fiscal et social des contributions des employeurs publics à la protection sociale complémentaire

- Alignement du régime fiscal et social de la participation financière de l'employeur public sur celui du financement patronal du secteur privé, relatif à l'ordonnance du 17 février 2021 qui prévoit le financement par les employeurs publics de la couverture santé complémentaire des agents publics.
- Cette participation est exclue de l'assiette des cotisations sociales dans des limites fixées par décret.

Après l'article 12 : Rémunération des proches aidants

- Afin de garantir un maintien de rémunération pour les personnes qui connaîtraient le risque de perte d'autonomie chez un proche, la prise en charge de la différence entre l'allocation journalière du proche aidant et la rémunération nette des personnes est assurée par les contrats collectifs santé.

Après l'article 12 : Limitation du remboursement différencié des organismes complémentaires

- Encadrement de la pratique permettant aux complémentaires de moins bien rembourser leurs assurés qui ne se rendraient pas chez un professionnel de santé affilié à leur réseau de soins.
- Un décret fixe un seuil au-delà duquel l'organisme ne pourra moduler le niveau de prise en charge des actes et prestations médicaux de l'assuré n'ayant pas recours à un professionnel de santé affilié.

Après l'article 12 : Pérennisation de l'exonération de cotisations pour les producteurs agricoles

- Maintien de l'exonération de charges patronales pour l'emploi de travailleurs occasionnels agricoles, dont la suppression est normalement prévue pour le 1^{er} janvier 2023.
- Cette mesure vise à soutenir les producteurs confrontés à des difficultés de recrutement de main d'œuvre saisonnière et de concurrence des autres pays européens.

Après l'article 12 : Extension de l'exonération de charges sociales aux intercommunalités

- Permettre aux établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), amenés à gérer des services d'aide et d'accompagnement à domicile, de bénéficier de l'exonération de charges sociales accordée aux structures employant des aides à domicile intervenant auprès des personnes fragiles.

Après l'article 12 : Exonération de cotisations dans les zones sous-dotées pour les médecins libéraux

- Instauration d'un mécanisme incitatif à l'installation des médecins libéraux dans les zones sous-dotées par la création de zones dites « franches » dans lesquelles s'appliqueraient des exonérations de cotisations sociales aux médecins généralistes et spécialistes.

Article 12 bis : Suppression de la majoration sur les cotisations salariales pour les sapeurs-pompiers

- Cette mesure vise à supprimer la « surcotisation » versée par les sapeurs-pompiers à la Caisse nationale de retraite des collectivités locales (CNRACL).
- Cette majoration de cotisation avait été mise en place en 1990 en compensation d'une bonification des pensions de retraite des sapeurs-pompiers.

Article 12 ter : Rallongement de l'aide au paiement des cotisations et contributions sociales

- Possibilité pour les employeurs des TPE et PME relevant des secteurs les plus affectés par la crise d'imputer au titre de l'année 2022 l'aide au paiement sur les cotisations et contributions sociales.

Après l'article 12 ter : Droits de défense des professionnels et établissements de santé

- Lorsqu'un professionnel de santé ou un établissement n'a pas observé les règles de tarification, de distribution ou de facturation, il fait face à une procédure de recouvrement de l'indu perçu pour laquelle il peut se faire assister du conseil de son choix.

Après l'article 12 ter : Conditions du refus de délivrance de l'attestation de vigilance

- L'attestation de vigilance permet de garantir que l'entrepreneur s'acquitte de ses obligations de déclaration et de paiement des cotisations et qu'il respecte les règles applicables en matière de lutte contre le travail dissimulé.
- En cas de travail dissimulé, la présente mesure vise à ce que le refus par l'URSSAF de délivrer l'attestation de vigilance ne peut intervenir qu'au terme de la procédure contradictoire et non immédiatement après le constat des faits comme c'est le cas aujourd'hui.

CHAPITRE 2 : AMÉLIORER LES DROITS SOCIAUX DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS

Article 13 : Élargissement de l'expérimentation de l'autoliquidation et suppression des pénalités en cas d'erreur d'estimation du revenu

- Propositions de plusieurs améliorations aux modalités de recouvrement et de calcul des cotisations et contributions sociales pour les travailleurs indépendants :
 - poursuivre la contemporanéisation du calcul des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants non agricoles en pérennisant l'expérimentation de la modulation des cotisations et contributions sociales en temps réel d'une part, et d'autre part en supprimant la majoration prévue par la loi en cas de sous-estimation de ces revenus en cours d'année
 - supprimer le délai de trois mois avant la première déclaration de chiffre d'affaires ou de recettes ainsi que le premier paiement des cotisations et contributions sociales associé à cette déclaration dans le cadre du dispositif déclaratif simplifié des micro-entrepreneurs
 - rendre accessible le téléservice permettant la délivrance des attestations de vigilance à l'ensemble des travailleurs non agricoles pour qu'ils puissent prétendre à l'exécution de contrat de prestation de service
 - accorder jusqu'au 31 décembre 2021, y compris pour les travailleurs non-salariés agricoles, la mise en place de plans d'apurement des dettes de cotisations et contributions sociales accumulées pendant la crise, dont les reports se sont poursuivis en 2021 pour les secteurs les plus touchés.

Après l'article 13 : Lissage des cotisations des chefs d'exploitation agricole

- Les agriculteurs ont actuellement le choix entre deux méthodes de calcul pour leurs cotisations sociales : soit l'assiette triennale, qui permet de lisser les revenus sur les trois années antérieures, soit l'assiette optionnelle, qui porte sur l'année n-1. Ceux qui choisissent cette seconde option sont néanmoins confrontés à des difficultés en cas de graves intempéries climatiques une année.
- Il est ainsi proposé concernant la seconde option de mettre en place un calcul de leurs cotisations en fonction de leurs revenus réels, sur la base d'une assiette provisoire.

Article 13 bis : Suppression pour les non-salariés agricoles de la pénalité sur les revenus

- La majoration de 10 %, appliquée en cas de revenus annuels supérieurs de plus d'un tiers aux revenus estimés par le travailleur non salarié agricole, est supprimée.

Article 13 ter : Accélérer pour les artistes-auteurs le remboursement du « trop-perçu »

- Prévoir un délai de quatre mois à compter de la demande du cotisant pour lui rembourser les cotisations indument versées à l'URSSAF.

Article 13 quater : Remise automatique du précompte des artistes-auteurs à l'URSSAF

- Le système de « précompte », qui permet aux diffuseurs de verser directement les contributions et les cotisations des artistes-auteurs aux organismes de recouvrement, est rendue automatique à partir du 1^{er} janvier 2023.

Article 13 quinques : Simplification des déclarations de cotisations salariales à Mayotte

- Extension de la déclaration sociale nominative aux employeurs privés et publics établis à Mayotte.
- Généralisation, à compter du 1^{er} janvier 2023, de la dématérialisation des déclarations des employeurs pour le calcul des cotisations sociales ainsi que des paiements.

Article 14 : Réforme du régime social du conjoint collaborateur

- Extension du statut de conjoint collaborateur au concubin du chef d'entreprise, actuellement réservé au conjoint ou au partenaire de pacte civil de solidarité (Pacs) du chef d'entreprise.
- Au cours d'une carrière, la durée du recours au statut conjoint collaborateur sera limitée à cinq ans. À l'issue de cette durée, le conjoint continuant à exercer une activité professionnelle de manière régulière dans l'entreprise est réputé le faire sous le statut de conjoint salarié. Un **décret** fixera les conditions d'application.
- Le conjoint collaborateur peut toutefois conserver son statut s'il se trouve à cinq ans au plus de la date à partir de laquelle il peut liquider ses droits à la retraite.
- **Le conjoint collaborateur peut également conserver ce statut à la condition de cotiser, à l'expiration du délai de cinq ans, sur une assiette au moins égale à 50 % du plafond annuel de la sécurité sociale. Il pourrait s'ouvrir des droits à pension plus conséquents tout en continuant à bénéficier de ce régime.**

Article 14 bis : Extension de la réforme du régime social du conjoint collaborateur

- **La limite de cinq ans en tant que conjoint collaborateur s'applique également aux professions de l'agriculture, de la forêt et de la nature.**

CHAPITRE 3 : POURSUIVRE LES ACTIONS DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Article 15 : Modification du droit de communication bancaire pour optimiser les investigations

- Dématérialiser les échanges des agents chargés du contrôle et du recouvrement des organismes de sécurité sociale avec les tiers sollicités afin de fluidifier les procédures.

CHAPITRE 4 : HARMONISER LES RÈGLES RELATIVES AUX CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES

Article 16 : Mise en cohérence des contributions sur le champ des produits de santé

- Le montant dit « M » au-delà duquel les entreprises sont assujetties à une contribution pour les médicaments si leur chiffre d'affaires dépasse ce seuil est fixé à 24,5 **19,5** milliards d'euros pour 2022.
- Afin d'alléger leur fiscalité, les médicaments génériques, hybrides et biosimilaires ne sont pas pris en compte dans le montant du chiffre d'affaires.
- Non-prise en compte des remises consenties par les industriels dans le calcul de leurs chiffres d'affaires.
- Le montant dit « Z » au-delà duquel les entreprises sont assujetties à une contribution pour les dispositifs médicaux de la liste en sus si leur chiffre d'affaires dépasse ce seuil est fixé à 2,15 milliards d'euros pour 2022.
- Introduction d'une progressivité de la fiscalité en cas de dépassement du montant Z.
- Le montant de la contribution due par chaque exploitant de spécialités pharmaceutiques qui en est redevable ne peut excéder 10 % du montant remboursé au titre des produits et prestations qu'il exploite.
- Les mécanismes de contributions sont mis à jour afin d'intégrer l'entrée dans le droit commun de l'accès précoce du médicament, de l'accès direct post-avis de la Haute Autorité de santé proposé par le présent PLFSS, et de la prise en charge transitoire des dispositifs médicaux.

Après l'article 16 : Exonération totale de contribution pour les médicaments dérivés du sang

- Exclusion de tous les médicaments dérivés du sang dans l'assiette de la contribution sur le chiffre d'affaires versée par les entreprises pharmaceutiques.

Article 16 bis : Durcissement des sanctions contre les grossistes-répartiteurs

- Renforcement des sanctions contre les grossistes-répartiteurs qui ne respectent pas leurs obligations de service public avec, en cas de récidive manquement grave et répété constituant un risque pour la sécurité d'approvisionnement en médicaments, une amende pouvant aller 10 % du chiffre d'affaires annuel le plus élevé des trois derniers chiffres d'affaires annuels connus à la date des faits. Cette somme sera versée à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Article 16 ter : Réforme des instances dans la recherche humaine

- Revalorisation de l'indemnisation des membres du Comité de protection des personnes en majorant la contribution de l'industrie pharmaceutique sur son chiffre d'affaires à 0,20 %.
- Mise en place de comités d'éthique locaux de la recherche chargés de procéder à l'évaluation des projets de recherche.
- Institution par arrêté d'une commission nationale de coordination et de recours des comités d'éthique locaux de la recherche qui coordonne et évalue les pratiques de ces comités. Elle est consultée sur les projets de loi ou de décret concernant les recherches impliquant la personne humaine.

Après l'article 16 ter : Application d'une taxe sur les messages publicitaires de jeux d'argent

- Les messages publicitaires en faveur de jeux d'argent et de hasard sont soumis au versement d'une contribution précisée par décret dont le produit est affecté à la branche maladie de la sécurité sociale.

Après l'article 16 ter : Alignement fiscal du tabac à chauffer sur celui des cigarettes

- Actuellement, le tabac à chauffer fait partie fiscalement des groupes de produits « Autres tabac à fumer », lui permettant d'être délivré à des prix plus attractifs que les cigarettes manufacturées. Il est ainsi proposé d'intégrer les tabacs à chauffer dans la même catégorie fiscale que les cigarettes.

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

Article 17 : Transferts financiers entre branches et régimes de la sécurité sociale

- Modification des fractions de taxe sur les salaires affectées aux branches maladie, famille et autonomie de la sécurité sociale à compter de l'année 2022.
- Est affecté également au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire des non-salariés agricoles une fraction supplémentaire des droits d'accise sur les alcools.
- Cette affectation doit permettre de financer la revalorisation des pensions de retraite des exploitants agricoles justifiant d'une carrière complète.

Article 18 : Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l'annexe 5 du PLFSS 2022

- Approbation des crédits ouverts sur le budget de l'État de 5,4 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale mis en place pour soutenir les entreprises fortement impactées par la crise sanitaire.

Article 19 : Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV

- Ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale pour 2022 : déficit de 21 19,7 milliards d'euros, 22,6 21,4 milliards en comprenant le fonds de solidarité vieillesse (FSV).
- Le fonds de solidarité vieillesse présenterait un déficit de 1,6 milliard d'euros.

Article 20 : Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes général et du FSV

- En 2022, les branches du régime général seraient déficitaires de 20 18,7 milliards d'euros.
- Le solde cumulé du régime général et du fonds de solidarité vieillesse présenterait quant à lui un déficit de 21,6 20,4 milliards d'euros.

Article 21 : Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du FRR et du FSV

- En 2022, la dette restant à amortir par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) devrait s'élever à 137,3 milliards d'euros. L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la CADES pour l'année 2022 est fixé à 18,3 milliards d'euros.
- Aucune recette ne sera affectée en 2022 au fonds de réserve pour les retraites ni au fonds de solidarité vieillesse.

Article 22 : 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 65 milliards d'euros pour l'exercice 2022, en réduction de 30 milliards d'euros par rapport au plafond 2021.
- Le plafond d'emprunt de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour 2022 est fixé à 300 millions d'euros, en baisse par rapport au plafond d'emprunt de 2021 qui s'élève à 500 millions d'euros.
- 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 500 millions d'euros pour la période courant du 1^{er} janvier au 31 janvier 2022, puis à 200 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 410 millions d'euros, inférieur de 55 millions d'euros au plafond d'emprunt en 2021.
- Proposition de maintenir le plafond de 150 millions d'euros pour faire face à certaines incertitudes que pourraient rencontrer la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) en 2022.
- La Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et hospitaliers (CNRACL) devra recourir à l'emprunt en 2022 pour des volumes plus conséquents qu'en 2021, en raison d'une dégradation de son ratio cotisants/assurés. Cette perspective défavorable conduit à augmenter le plafond d'emprunt de la CNRACL à 4,5 Md€.

Article 23 : Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B du PLFSS)

- Approbation des prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base pour les quatre années à venir (2022 à 2025) présentée dans l'annexe B à la loi de financement de la sécurité sociale.

QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2022

TITRE I^{ER} : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

CHAPITRE 1^{er} : POURSUIVRE LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Article 24 : Définition du modèle de prise en charge de la télésurveillance dans le droit commun

- Remboursement de droit commun de la télésurveillance avec une entrée en vigueur fixée par décret et au plus tard le 1^{er} juillet 2022.
- Les indications de télésurveillance ouvrant droit à une prise en charge ou un remboursement par l'assurance maladie seront précisées par arrêté.
- En cas de refus opposé par le patient à la transmission de ces données, l'activité de télésurveillance médicale ne peut pas faire l'objet d'une prise en charge ou d'un remboursement.
- Le niveau de prise en charge pourra être modulé, voire suspendu en cas d'inutilisation répétée du dispositif.
- Prolongation du programme ETAPES (expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé) jusqu'au 1^{er} août 2022 au plus tard.

Article 25 : Mise en œuvre des réformes de financement des établissements de santé et médico-sociaux

- Adaptation des calendriers et des modalités de mise en œuvre de plusieurs réformes tarifaires applicables aux établissements de santé pour tenir compte de l'impact de la crise sanitaire sur la préparation de ces réformes.
- Report de l'entrée en vigueur de la réforme de financement des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) au 1^{er} janvier 2023 afin de permettre aux établissements concernés de disposer du temps nécessaire à l'appropriation et la prise en main des nouvelles modalités de financement.
- La réforme du ticket modérateur entre en vigueur pour les champs de médecine chirurgie obstétrique (MCO), des activités de psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation (SSR) au 1^{er} janvier 2022 2023.
- La mesure permet aux établissements de santé considérés comme des hôpitaux de proximité selon les anciens critères de continuer à bénéficier du mécanisme dérogatoire de garantie de financement en 2022.
- Concernant la réforme du financement de la psychiatrie, détermination par décret des catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale.
- Le lancement de l'expérimentation d'un modèle de financement mixte des activités de médecine est repoussé au 1^{er} janvier 2022 par décret avant le 31 mars 2022. Ce financement mixte repose sur :
 - une dotation basée sur des caractéristiques populationnelles (âge, taux d'affection de longue durée, précarité, densité du territoire)

- un paiement à l'activité et à l'acte
- un financement à la qualité attribué en fonction des résultats obtenus par apport à des indicateurs territoriaux permettant d'apprécier la coordination des acteurs et la prise en charge globale des patients.

Article 26 : Ajustement du financement de la réforme des urgences

- La rémunération des praticiens libéraux liée aux passages non suivis d'hospitalisation dans une structure des urgences repose sur des forfaits et suppléments qui viennent se substituer à leurs honoraires facturés jusqu'alors, sans qu'un reversement par la clinique soit nécessaire.
- Les montants de ces forfaits et suppléments qui constituent leurs honoraires et bien qu'ils soient fixés par voie réglementaire sont éligibles à une prise en charge des cotisations par l'assurance maladie dans le cadre de la convention médicale.
- Les expérimentations menées par des départements sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents préhospitaliers sur demande du SAMU peuvent être prolongées jusqu'au 31 décembre 2022. L'impact de ces expérimentations sur les restes à charge des patients est inclus dans leur évaluation.
- Le forfait patient urgences qui devait entrer en vigueur le 1^{er} septembre 2021 est reporté au 1^{er} janvier 2022.
- Conditions de réduction du forfait patient urgences pour certaines catégories d'assurés (titulaires d'une pension d'invalidité, femmes enceintes, victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, enfants victimes de maltraitance, victimes de terrorisme...) applicables dès le 1^{er} janvier 2022.

Article 27 : Évolution des activités des hôpitaux des armées

- Autorisation aux hôpitaux des armées, qui ne sont pas juridiquement des établissements de santé, de réaliser les mêmes activités que ces derniers en termes de greffe exceptionnelle et de pratiques d'actes entrant dans le domaine de l'innovation thérapeutique, par arrêté.
- Tout comme les établissements de santé, les hôpitaux des armées pourront également mettre en œuvre des hébergements non médicalisés. Ces « hôtels hospitaliers » permettent aux équipes médicales de se recentrer sur leur mission première de soin mais également aux patients de réduire les contraintes liées à leur hospitalisation et de séjournier plus confortablement à proximité de leur lieu de prise en charge.

Après l'article 27 : Dispositif de lutte contre les erreurs médicamenteuses

- Intégration d'indicateurs relatifs aux dispositifs mis en place pour lutter contre les erreurs médicamenteuses dans le calcul de la dotation complémentaire accordée aux établissements de santé relative à l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ).

Après l'article 27 : Publication des indicateurs de qualité des soins autour de la dialyse

- Les indicateurs relatifs au développement par les établissements de santé de l'autodialyse et de la dialyse à domicile, et mentionnés dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, sont publiés avant le 30 juin 2022.

Article 28 : Isolement et contention

- Instauration d'un contrôle automatique du juge des libertés et de la détention en cas de maintien des mesures d'isolement et de contention, avant l'expiration de la 72^e heure d'isolement ou de la 48^e heure de contention, pour des personnes admises en soins psychiatriques sous contrainte dans les établissements et services psychiatriques par décret.
- Le médecin informe du renouvellement de ces mesures au moins un membre de la famille ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient.

CHAPITRE 2 : RENFORCER LA POLITIQUE DE SOUTIEN À LA PERTE D'AUTONOMIE

Article 29 : Extension de la mesure socle du Sécur au sein du secteur médico-social

- La revalorisation salariale de 183 € nets mensuels pour les personnels soignants mise en place par la loi de financement de la sécurité sociale 2021 est étendue à tous les professionnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux financés par l'assurance maladie.
- Les salariés soignants, les aides médico-psychologiques (AMP), les auxiliaires de vie sociale (AVS) et les accompagnants éducatifs et sociaux (AES) exerçant dans les établissements médico-sociaux privés financés par l'assurance maladie (établissements pour personnes handicapées, SSIAD ne relevant pas de la branche de l'aide à domicile, établissements pour publics en difficultés spécifiques) bénéficieront également de la mesure à compter du 1^{er} janvier 2022.
- Les personnels qui suivent des études liées au secteur sanitaire et social favorisant leur promotion professionnelle peuvent également bénéficier de cette revalorisation salariale.
- Création auprès du ministre de la Santé d'un comité composé de représentants de l'État, des collectivités et des professionnels, proposant des modalités de revalorisations salariales dans les secteurs sanitaire, médico-social et social.

Après l'article 29 : Extension des mesures aux établissements financés par les départements

- Elargissement dès le 1^{er} novembre 2021 des revalorisations salariales aux professionnels exerçant dans des foyers et établissements du handicap financés par les départements.

Article 30 : Réforme et revalorisation de l'offre des services à domicile de l'autonomie

- Les personnes âgées en perte d'autonomie peuvent aujourd'hui bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Son montant varie d'un département à l'autre et tourne en moyenne autour de 20 € de l'heure. Cependant, une heure d'intervention à domicile est en moyenne facturée 25 € pouvant ainsi aboutir à un reste à charge élevé pour la personne âgée.
- Afin de diminuer les risques de reste à charge et les disparités entre les départements, il est proposé d'instaurer par arrêté au 1^{er} janvier 2022 un tarif plancher national par heure d'intervention pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD). Ce tarif devrait être de 22€ selon les annonces du gouvernement et pourra être modifié chaque année tous les trois ans.
- Le coût induit pour les départements sera intégralement pris en charge par la branche autonomie. Le tarif plancher entrera en vigueur à compter de la publication d'un arrêté au plus tard le 1^{er} janvier 2022.
- Le Gouvernement remet au Parlement un rapport dressant un bilan de la mise en place du tarif plancher national avant le 1^{er} janvier 2024.

- Faire évoluer en 2023, via la tarification, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) afin de prendre davantage en compte les besoins en soins et le niveau de perte d'autonomie des personnes.
- Possibilité de prévoir la généralisation des modèles expérimentaux de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), par la mise en place d'un financement permettant d'inciter à la coordination entre les prestations d'aide et de soins. Ce financement vise à encourager la recomposition et la simplification du paysage des services à domicile, en accompagnant la fusion entre 2022 et 2025 des différentes catégories de services à domicile existants (SAAD, SSIAD, SPASAD) en une seule catégorie dénommée « services autonomie ».
- Une dotation destinée aux services d'aide et d'accompagnement à domicile finance des actions améliorant la qualité du service rendu à l'usager. Elle doit permettre aux personnes, quel que soit leur degré de perte d'autonomie, d'être accompagnées aussi bien le soir que le week-end et ce dans tous les territoires.

Après l'article 30 : Participation de la CNSA dans le financement des départements

- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 prévoit une participation plafonnée de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans le financement des départements. Ce plafonnement est calculé en proportion de la part des heures d'allocation personnalisée d'autonomie, de prestation de compensation du handicap et d'aide ménagère prestées dans le département par rapport au total des heures financées au niveau national.
- Suppression de ce mode de calcul qui aboutissait à ce que des départements soient moins financés du fait d'une offre associative importante sur le territoire.

Après l'article 30 : Rapport sur le financement des soins infirmiers

- Remise au Parlement par le Gouvernement d'un rapport sur le financement des soins infirmiers et la collaboration entre les infirmiers libéraux et les structures telles que les services de soins infirmiers à domicile dans le cadre de la prise en charge de la dépendance.

Article 30 bis : Expérimentation d'une carte professionnelle pour les intervenants de l'aide à domicile

- L'État peut autoriser par voie réglementaire la mise en place et le financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie d'une carte professionnelle pour les intervenants et intervenantes de l'aide à domicile.

Article 31 : Création d'une mission EHPAD centre de ressources territorial

- Extension des missions des EHPAD pour leur permettre, dans des conditions fixées par voie réglementaire, de partager leur expertise aux acteurs du territoire et d'accompagner le virage domiciliaire des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif, en alternative aux EHPAD. Ces derniers pourront recourir à des dispositifs de télésanté dans leurs nouvelles missions de centres de ressource territoriaux. Ces fonctions seront financées par la branche autonomie.

Après l'article 31 : Accompagnement des non-résidents d'EHPAD

- Certains EHPAD sont dotés d'un pôle d'activité de soins adaptés (PASA), espace aménagé destiné à l'accueil de résidents atteints de maladie neurodégénérative.

- Ouvrir ces pôles à des non-résidents de l'EHPAD ayant des troubles cognitifs, afin qu'ils puissent bénéficier des animations communes avec certains pensionnaires de l'EHPAD.

Article 31 bis : Expérimentation des plateformes d'appui gériatrique

- À titre expérimental et après décret en Conseil d'État, les directeurs généraux d'agences régionales de santé de trois régions volontaires peuvent mettre en place une plateforme d'appui gériatrique aux établissements et services sanitaires et médico-sociaux ainsi qu'aux professionnels de santé libéraux apportant des soins ou un accompagnement aux personnes âgées. Cette plateforme assure la coordination de ces acteurs afin d'organiser un parcours de santé pour les personnes âgées.

Article 32 : Création d'un système d'information national pour la gestion de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA)

- Création par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) d'un système d'information unique destiné à assurer la gestion par les conseils départementaux de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).
- Détermination des catégories de données traitées et des modalités de gestion et d'utilisation de ce système d'information par décret.

Article 32 bis : Mission d'accompagnement pour la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

- Création par décret d'une mission pour la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) d'avoir un rôle d'accompagnement, de conseil, d'audit et d'évaluation pour les départements et les maisons départementales des personnes handicapées, afin de garantir la qualité de service et de veiller à l'égalité de traitement des demandes de droits et de prestations de soutien à l'autonomie.

Article 32 ter : Reversement des prestations pour les citoyens européens non-français

- Lorsque des prestations de dépendance sont versées à une personne résidant en France mais affiliée à un autre Etat européen, elles font l'objet d'un remboursement par l'Etat membre d'affiliation de l'intéressé auprès de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM).
- Après remboursement par les institutions des autres Etats, la présente mesure permet à la CNAM de reverser à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) les sommes attribuées au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap. La CNSA les reversera ensuite aux départements concernés.

Article 32 quater : Evaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)

- La publication des évaluations des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) doit permettre une information accessible aux usagers et à leurs familles.
- Afin de renforcer les exigences d'indépendance et de qualité attendues par les organismes chargés des évaluations dans les ESSMS, il est proposé de remplacer par décret l'habilitation de la Haute Autorité de santé (HAS) par une obligation d'accréditation par l'instance nationale d'accréditation (COFRAC) pour ces organismes, sur la base d'une norme d'accréditation à laquelle s'ajoutent les exigences spécifiques du cahier des charges élaboré et publié par la HAS.

Article 32 quinques : Remboursement des aides techniques pour l'autonomie des personnes

- Adapter par **décret** la composition et les critères d'évaluation de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS) lors de l'examen d'aides techniques à usage individuel favorisant l'autonomie de la personne.
- Permettre à ces aides d'être inscrites sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) par l'assurance maladie.

Après article 32 quinques : Garantie de l'accès aux dispositifs médicaux

- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a instauré un mécanisme de référencement sélectif conditionnant la prise en charge par l'assurance maladie des dispositifs médicaux.
- Cette mesure précise que ce référencement sélectif ne peut conduire à priver les personnes bénéficiaires de dispositifs médicaux d'aide à la mobilité d'exercer leur libre choix de matériel.

Article 32 sexies : Renforcement du dispositif de soutien aux proches aidants

- Elargissement du bénéfice de l'allocation journalière du proche aidant (AJPA) à ceux accompagnant des personnes dont le handicap ou la perte d'autonomie peuvent, sans être d'une particulière gravité, nécessiter une aide régulière de la part d'un proche.
- Revalorisation au niveau du SMIC du montant de l'AJPA et de l'allocation de présence parentale (AJPP) qui indemnise le congé de présence parentale permettant d'accompagner un enfant gravement malade, accidenté ou handicapé.
- Ouverture de l'AJPA et de l'AJPP aux conjoints collaborateurs d'une exploitation agricole ou d'une entreprise artisanale, commerciale, libérale ou agricole.

Article 32 septies : Poursuite de l'expérimentation de relais aux proches aidants

- Prolongation jusqu'au 31 décembre 2023 de l'expérimentation basée sur l'intervention continue d'un professionnel unique auprès d'une personne dépendante, en remplacement du proche aidant.

Article 32 octies : Publication d'un rapport sur la branche autonomie

- Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 31 mars 2022, un rapport dressant un bilan de la mise en œuvre de la cinquième branche de la sécurité sociale.
- Ce rapport propose en outre des solutions en vue de la mise en place d'un service territorial de l'autonomie visant à améliorer l'accès aux droits ainsi que la qualité et la continuité du parcours de vie des personnes dépendantes.

Article 32 octies : Organisation d'une conférence sur l'autonomie

- Organisation par le Gouvernement d'une conférence nationale des générations et de l'autonomie tous les deux ans avec les différents acteurs du secteur, afin de débattre des orientations et des moyens financiers de la politique de soutien à l'autonomie.

Article 32 nonies : Publication d'un rapport sur la protection sociale des détenus en perte d'autonomie

- Le Gouvernement remet au Parlement, avant fin 2022, un rapport permettant d'apprécier l'effort financier consacré à la prise en charge des besoins de santé des détenus en perte d'autonomie.

CHAPITRE 3 : RENOVER LA RÉGULATION DES DÉPENSES DE PRODUITS DE SANTÉ

Article 33 : Innovation numérique et accès précoce

- Une demande de prise en charge transitoire limitée à un an non renouvelable par l'assurance maladie est possible pour les exploitants d'un dispositif médical numérique revendiquant un impact clinique ou un impact organisationnel suivant un décret.
- Cette prise en charge dérogatoire n'est pas cumulable avec celle au titre des prestations d'hospitalisation.
- Elle est subordonnée à l'utilisation effective du dispositif médical numérique par le patient et au recueil de données en vie réelle.
- Plafonnement du prix d'achat de la spécialité qui a bénéficié d'une autorisation d'accès précoce, et ce pendant la période de continuité de traitement où la spécialité ne fait plus l'objet d'une prise en charge.
- Les médicaments disposant d'une autorisation de médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement pour une personne font également l'objet d'une prise en charge spécifique par l'assurance maladie. Précisions des modalités par décret.
- Le coefficient minorateur qui devait entrer en vigueur en janvier 2022 et qui visait à établir un mécanisme prudentiel sur le remboursement des spécialités pharmaceutiques aux établissements exerçant des activités de soins de suite et de réadaptation est supprimé.

Article 34 : Remises unilatérales médicaments et évolutions relatives à l'inscription de certains dispositifs médicaux

- Versement de remises par les entreprises en contrepartie d'une prise en charge par l'assurance maladie dès lors que leurs spécialités pharmaceutiques sont susceptibles d'être utilisées en association avec d'autres produits disposant d'une autorisation de mise sur le marché alors que cette association ne figure pas dans leur indication. Les modalités d'application sont précisées par décret.
- Le dispositif intra-GHS conditionne l'utilisation de certains dispositifs médicaux par les établissements de santé, et leur prise en charge au titre des prestations d'hospitalisation, à l'inscription sur une liste, dite « intra-GHS ». Afin d'être inscrits sur cette liste, les dispositifs médicaux doivent faire l'objet au préalable d'une évaluation par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS) de la Haute Autorité de santé (HAS).
- Possibilité de prendre la décision relative à une nouvelle inscription sur la base d'un avis existant de la Haute Autorité de santé (HAS) dès lors qu'il est suffisamment récent, plutôt que d'en exiger un nouveau.
- Possibilité de l'inscription sur la liste en sus des dispositifs médicaux par indication.

Article 34 bis : Gestion des ruptures de stock de dispositifs médicaux

- Mise en place d'un système permettant à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) d'être informée de toute situation qui pourrait conduire à la rupture de stock de certains dispositifs médicaux.

Article 35 : Production en urgence de médicaments critiques et règles relatives aux préparations pharmaceutiques

- Autorisation aux pharmacies à usage intérieur (PUI) des établissements de santé à fabriquer elles-mêmes des médicaments essentiels que les laboratoires ne seraient plus en mesure de fournir. Seuls les établissements de santé habilités par le ministère de la santé dans des conditions définies par **décret** peuvent réaliser ces préparations.
- L'exécution de ces préparations peut également être confiée à des pharmacies d'officine autorisées à exercer une activité de sous-traitance par l'agence régionale de santé.

Article 36 : Accès direct au marché remboursé post avis HAS

- Création d'un nouveau dispositif expérimental d'une durée maximale de quatre ans, dit « d'accès direct », permettant aux patients de pouvoir accéder dès l'obtention de l'avis de la Haute Autorité de santé à de nouveaux traitements qui ne sont pas éligibles à l'accès précoce mais qui présentent une amélioration du service médical rendu (ASMR) I, II, III ou IV avec un service médical rendu (SMR) important.
- Cette prise en charge par l'assurance maladie effectuée à titre exceptionnel a une durée maximale d'un an est décidée par **arrêté**.
- Si la spécialité répond à des critères d'éligibilité d'une demande d'accès précoce, celle-ci devra être déposée **en amont de l'autorisation de mise sur le marché du médicament** pour être éligible au dispositif d'accès direct.
- Ce dispositif est ouvert à toute indication d'une spécialité dès lors que celle-ci n'est pas disponible en ville.
- L'entreprise reverse des remises calculées sur la base du chiffre d'affaires hors taxes facturé aux établissements de santé, au titre de l'indication et de la période considérées. Comme pour l'accès précoce, les taux de ces remises sont définis selon un barème progressif par tranche de chiffre d'affaires, fixé par **arrêté**. Ce barème comprendrait en revanche des remises majorées par rapport à celui de l'accès précoce en raison d'un périmètre plus large.
- Les discussions conventionnelles doivent aboutir dans les dix mois suivant la décision de prise en charge d'accès direct. A défaut, le Comité économique des produits de santé prendra une décision avant le terme de l'accès direct (douze mois) pour fixer le prix du médicament.
- Plafonnement du prix d'achat de la spécialité qui a bénéficié de l'accès direct, et ce pendant la période de continuité de traitement où la spécialité ne fait plus l'objet d'une prise en charge.
- Évaluation formalisée par la remise d'un rapport au Parlement au bout de deux ans permettant d'évaluer la pertinence et l'efficience du nouveau dispositif.

Article 36 bis : Publication d'un rapport sur la médecine génomique

- Le Gouvernement remet au Parlement d'ici fin 2022 un rapport analysant l'opportunité de créer une enveloppe budgétaire dédiée à la prise en charge des actes de médecine génomique.

Article 37 : Recours aux médicaments biosimilaires

- Le pharmacien peut délivrer, par substitution au médicament biologique prescrit, un médicament biologique similaire selon plusieurs conditions :
 - le biosimilaire appartient au même groupe biologique similaire que le médicament de référence
 - ce groupe biologique figure sur une liste fixée par **arrêté** du ministre de la Santé

- le prescripteur n'a pas exclu la possibilité d'une substitution par une mention justifiée et portée sur l'ordonnance, tenant à la situation médicale du patient
- si le médicament prescrit figure sur la liste des médicaments remboursables, la substitution doit se faire dans les conditions similaires à la substitution des médicaments génériques ou hybrides
- le pharmacien inscrit le nom du médicament délivré sur l'ordonnance et informe le prescripteur et le patient de la substitution.
- La substitution ne doit pas entraîner pour l'assurance maladie une dépense supérieure à celle qu'aurait entraînée la délivrance du médicament biologique similaire le plus cher du même groupe.
- ~~Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport identifiant la liste des dispositifs médicaux pouvant faire l'objet d'une substitution.~~

Article 38 : Tarification des médicaments et critère industriel

- Prise en compte de l'empreinte industrielle dans la fixation des prix des produits de santé afin d'améliorer la sécurité d'approvisionnement du marché français et de garantir l'implantation des sites de production.
- La fixation des prix comprend également les considérations de politique industrielle, tels les investissements pour le maintien, la modernisation et le développement de l'outil de production et des étapes de fabrication des médicaments en Europe. Les critères seront précisés par décret.

Après l'article 38 : Simplification de la déclaration de produits vendus issus de la liste LPPR

- Tout exploitant ou fournisseur de distributeur au détail de produits et prestations inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) est aujourd'hui tenu de déclarer au Comité économique des produits de santé le prix auquel il a vendu, chaque produit, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur.
- Simplification du dispositif en limitant l'effort déclaratif pour les entreprises aux seuls secteurs identifiés au programme de travail annuel du Comité économique des produits de santé (CEPS).

Article 38 bis : Lutte contre le tabagisme

- Expérimentation par décret dans trois régions d'une prise en charge par l'assurance maladie des substituts nicotiniques pouvant être dispensés par les pharmaciens d'officine sans ordonnance.

Article 39 : Mise en conformité avec l'obligation de sérialisation pour les pharmacies d'officine

- Les pharmaciens ont pour obligation de scanner le code datamatrix présent sur la boîte de médicaments pour vérifier l'authenticité des informations inscrites sur le produit et de désactiver l'identifiant unique de chacune de ses boîtes.
- En cas de non-respect de cette obligation de sérialisation, les pharmaciens s'exposent à une pénalité financière mise en œuvre par les caisses d'assurance maladie allant de 350 à 10 000 euros. Les modalités d'application sont définies par décret.

CHAPITRE 4 : RENFORCER L'ACCÈS AUX SOINS ET LES ACTIONS DE PRÉVENTION EN SANTÉ

Article 40 : Amélioration de l'accès à la filière visuelle

- Autorisation pour les orthoptistes de réaliser les bilans visuels des patients d'une catégorie d'âge définie par décret, et de prescrire les aides visuelles adaptées (lunettes, lentilles de contact) sans passage par l'ophtalmologiste.
- Les orthoptistes peuvent également réaliser sans prescription médicale le dépistage de l'ambylopie du nourrisson et des troubles de la réfraction chez les jeunes enfants.
- L'orthoptiste et l'opticien-lunetier peuvent renouveler une prescription précédente de verres correcteurs ou de lentilles de contact oculaire réalisée par un médecin ophtalmologiste ou par un orthoptiste qu'à la condition qu'un bilan visuel ait été réalisé préalablement par un médecin ophtalmologiste selon des conditions fixées par décret.

Article 41 : Modalités de prescription des masseurs-kinésithérapeutes

- Les renouvellements par les masseurs-kinésithérapeutes de prescriptions médicales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an sont intégrés dans les relations conventionnelles entre l'Assurance maladie et les représentants de la profession.

Après l'article 41 : Critère de conventionnement des nouveaux médecins

- Conditionner, à compter du 1^{er} novembre 2022, tout nouveau conventionnement d'un médecin à la réalisation préalable d'un remplacement ou d'un salariat auprès d'un médecin libéral dans une zone sous-dotée en médecins pendant une durée totale d'au moins six mois.
- L'objectif est d'inciter les médecins nouvellement diplômés à réaliser des remplacements ou à effectuer un exercice salarié en cabinet libéral dans des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante.

Article 41 bis : Renforcement du contrôle des centres de santé

- Un chirurgien-dentiste référent ou un médecin ophtalmologiste est nommé au sein chaque centre ayant une activité dentaire ou ophtalmologique, parmi ses salariés. Il est responsable de la qualité et de la sécurité des soins et des actes professionnels au sein de sa structure devant l'ARS à qui il informe des divers manquements.
- Le directeur général de l'ARS est autorisé à refuser l'ouverture d'un nouveau centre ou d'une nouvelle antenne pour un gestionnaire lorsque l'un de ces centres ou l'une de ces antennes fait déjà l'objet d'une procédure de suspension ou de fermeture.
- Un agrément autorise l'exercice de l'activité dentaire ou ophtalmologique à la suite d'une visite de conformité afin d'éviter l'ouverture de centres frauduleux.

Article 41 ter : Sanction pour les centres de santé en cas de dérives dans la pratique médicale

- Création d'une amende administrative pouvant aller jusqu'à 150 000 euros pour les centres de santé lorsque des pratiques non respectueuses de la réglementation sont constatées.
- Le déconventionnement d'urgence, qui vise à suspendre le conventionnement d'un professionnel de santé lorsqu'il est constaté une violation particulièrement grave des engagements conventionnels, est également applicable aux centres de santé.
- Le directeur général de l'agence régionale de santé peut mettre le gestionnaire en demeure de publier les décisions de sanction financière le concernant sur son site Internet lorsqu'il existe, et sur

les plateformes de prise de rendez-vous médicaux. Cette publication peut également être présente sur le site internet des autorités sanitaires.

Article 41 quater : Report de la mise en place du référentiel de bonnes pratiques de la Haute Autorité de santé

- Le référentiel des bonnes pratiques professionnelles élaboré par la Haute Autorité de santé et servant de base à la certification obligatoire pour les prestataires de service et distributeurs de matériel sera finalisé avant le 31 décembre 2022. L'obligation de certification des entreprises est ainsi reportée au 1^{er} juillet 2024.

Article 41 quinques : Expérimentation de l'accès direct pour les patients aux soins de kinésithérapie

- Afin de permettre aux patients ne pouvant accéder aux soins de kinésithérapie du fait de l'absence de médecins et donc de prescripteurs, les masseurs-kinésithérapeutes des structures de soins coordonnés peuvent exercer sans prescription médicale pour une durée de trois ans, dans cinq départements maximum d'une même région et au moins un département d'outre-mer. Un décret précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation.
- Remise au Parlement par le Gouvernement d'un rapport sur le bilan de cette expérimentation.

Article 41 sexies : Expérimentation de l'accès direct pour les patients aux soins des orthophonistes

- L'État peut autoriser par décret les orthophonistes des structures de soins coordonnés à exercer sans prescription médicale pour une durée de trois ans et dans six départements, dont au moins un département d'outre-mer.
- Remise au Parlement par le Gouvernement d'un rapport sur le bilan de cette expérimentation.

Article 41 septies : Expérimentation sur l'accès des médecins généralistes au « guide de bon usage des examens d'imagerie médicale »

- Permettre après arrêté la mise à disposition du « guide du bon usage des examens d'imagerie médicale » au sein de l'espace numérique des médecins généralistes.

Article 41 octies : Expérimentation de prescriptions par les infirmiers en pratique avancée

- Les infirmiers en pratique avancée peuvent réaliser à titre expérimental dans trois régions, dont au moins une région d'outre-mer, certaines prescriptions soumises à prescription médicale dont la liste est fixée par décret.

Article 42 : Généralisation d'expérimentations en santé

- Généralisation du parcours de soin expérimental « Mission : Retrouve Ton Cap » destiné à des enfants de 3 à 12 ans inclus présentant un risque d'obésité.
- Ce parcours intégralement pris en charge par l'assurance maladie comprend un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des séances de suivi diététique et psychologique. Il sera confié aux maisons et centres de santé.
- Avec l'accord des parents, les centres et maisons de santé mettent en œuvre le parcours d'accompagnement des enfants en situation de surpoids en collaboration avec le médecin de l'éducation nationale de l'établissement dans lequel est scolarisé l'enfant.
- L'expérimentation « Labo Sans ordo », qui permet un dépistage du VIH dans les laboratoires de ville sans ordonnance et sans avance de frais, est également généralisée.

Après l'article 42 : Renouvellement temporaire des prescriptions par les pharmaciens

- Lorsque la durée de validité d'une ordonnance renouvelable est expirée et afin d'éviter toute interruption de traitement préjudiciable à la santé du patient, les pharmaciens peuvent dispenser les médicaments et dispositifs médicaux pendant un mois de traitement aux patients et ainsi assurer la continuité des soins.

Après l'article 42 : Refonte du financement de la radiothérapie

- L'utilisation dans la radiothérapie d'une machine « dédiée » par rapport à une machine « polyvalente » engendre un remboursement plus important de l'assurance maladie alors que le coût des deux techniques est quasiment identique.
- Modification du modèle de financement de la radiothérapie sur la base d'une forfaitisation mise en place d'ici le 31 décembre 2022.

Article 42 bis : Remboursement des séances réalisées chez le psychologue

- Instauration par **décret** de la prise en charge par l'assurance maladie de prestations d'accompagnement psychologique à partir de début 2022.
- Tout comme le médecin traitant, le médecin du travail peut orienter les travailleurs vers un psychologue.

Après l'article 42 bis : Prise en compte du parcours de soins post-cancer dans les prescriptions du médecin traitant

- Articulation du parcours de soins global post-traitement d'un cancer avec le protocole de soins que le médecin traitant doit élaborer pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée et concernées par une importante interruption de travail.

Article 42 ter : Accompagnement des innovations organisationnelles en santé

- Création d'une phase transitoire post expérimentation, financée par le fonds de l'innovation du système de santé, dans l'attente de l'entrée en vigueur des mesures de droit commun.
- Possibilité de tester des projets proposant des prises en charge réalisées en ambulatoire et facilitant la prescription et à la délivrance de certains médicaments soumis à une prescription médicale hospitalière ou réservés à l'usage hospitalier.

Article 42 quater : Expérimentation portant sur la prise en charge des transports bariatriques

- Prise en charge expérimentale par arrêté des transports bariatriques des personnes en situation d'obésité sévère ou morbide.

Article 42 quinquies : Rapport du Gouvernement sur le parcours de soin après un cancer

- Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} septembre 2022 un rapport évaluant la mise en œuvre du parcours de soins global après le traitement d'un cancer, et étudie notamment l'ouverture du remboursement par la sécurité sociale des traitements favorisant le retour à une vie sexuelle normale des femmes à la suite d'un cancer.

Article 43 : Prolongation de l'expérimentation « Halte soins addictions »

- L'expérimentation nationale visant à accompagner les usagers de drogues dans des espaces de réduction des risques par usage supervisé est étendue jusqu'au 31 décembre 2025. Ce prolongement permettra l'ouverture de ces espaces sur de nouveaux territoires.
- Possibilité pour les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) d'ouvrir ces espaces « halte soins addictions » (HSA).
- Les haltes «soins addictions» sont ouvertes dans des locaux situés à l'intérieur ou à proximité des établissements de santé.

Après l'article 43 : Extension du périmètre du fonds de lutte contre les addictions

- Le fonds de lutte contre les addictions permet de financer et d'amplifier chaque année des actions innovantes de prévention et d'accompagnement contre les addictions liées à des substances psychoactives (tabac, alcool et drogues illicites).
- Extension du périmètre de ce fonds à toutes les formes d'addictions, afin de tenir compte de nouveaux usages problématiques (jeux, paris sportifs, écrans).

Article 44 : Extension de la gratuité de la contraception jusqu'à 25 ans

- Extension de la prise en charge intégrale par l'assurance maladie des frais liés à la contraception pour les femmes jusqu'à 25 ans inclus. Ce remboursement n'est actuellement permis que pour les assurées mineures. Cette disposition entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022.
- Extension de la prise en charge intégrale des consultations de prévention en matière de santé sexuelle aux jeunes hommes de moins de 26 ans.
- Remise au Parlement par le Gouvernement d'un rapport sur les moyens à mettre en œuvre pour développer, promouvoir et prendre en charge la contraception masculine, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi.

Article 44 bis : Création d'un entretien post-natal obligatoire

- À partir de juillet 2022, un entretien post-natal obligatoire est réalisé par un médecin ou une sage-femme entre la quatrième et la huitième semaine qui suit l'accouchement. Cet entretien a pour objet de repérer les premiers signes de la dépression du postpartum et d'évaluer les éventuels besoins de la femme ou du conjoint en termes d'accompagnement.
- Un deuxième entretien peut être proposé entre la dixième et la quatorzième semaine qui suit l'accouchement par le professionnel de santé qui a réalisé le premier entretien aux femmes ayant accouché pour la première fois ou pour lesquelles il a été constaté des signes de la dépression du postpartum.

Article 44 ter : Communication autour des compétences des sage-femmes

- La Caisse nationale d'assurance maladie met en œuvre des campagnes d'information afin de promouvoir, de communiquer et d'informer sur les compétences des sage-femmes.
- Celles-ci sont présentes tout au long du parcours de santé des femmes, de la prise en charge périnatale au suivi gynécologique de prévention en passant par l'accompagnement lors des interruptions volontaires de grossesse.

Article 44 quater : Expérimentation de demande de stérilisation auprès d'une sage-femme

- * Aujourd'hui, la première demande de stérilisation s'effectue systématiquement auprès d'un gynécologue ou d'un médecin. Les sage-femmes ne peuvent être consultées qu'au bout de la deuxième consultation.
- * Permettre par décret la première consultation d'une patiente dans le cadre d'une demande de stérilisation auprès d'une sage-femme. L'objet de cet entretien est d'informer la personne des risques médicaux qu'elle encourt et des conséquences de l'intervention et de lui remettre un dossier d'information.

Article 45 : Simplification de l'accès à la complémentaire santé solidaire

- Extension de la prise en charge par le régime général d'assurance maladie des frais de santé à l'ensemble des personnes écrouées ainsi qu'aux enfants nés en détention.
- Afin de favoriser le recours à la complémentaire santé solidaire (CSS) pour les personnes en situation de précarité, les mesures suivantes sont proposées :
 - l'attribution automatique de ce dispositif aux bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) à compter du 1^{er} janvier 2022
 - un accès simplifié de ce dispositif à compter du 1^{er} avril 2022 pour les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) n'ayant pas exercé d'activité salariée ou indépendante durant une période de référence et dans des conditions déterminées par décret. Sont également concernés les bénéficiaires de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) et de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).
- Les assurés des organismes de mutualité sociale agricole peuvent bénéficier d'une remise de leurs dettes lorsqu'ils se trouvent en situation de forte précarité, à l'instar de ce qui est déjà opéré pour les assurés du régime général.

Après l'article 45 : Protection sociale des ayants droit en Alsace-Moselle

- Mise en place pour les enfants majeurs ayant-droit du parent bénéficiaire du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle (RLAM) d'une extension par décret de l'âge jusqu'auquel il leur est permis de bénéficier de ce régime, qui devrait les couvrir jusqu'à 24 ans contre 20 ans aujourd'hui.

Article 45 bis : Mise en œuvre de la réforme du 100 % Santé

- * Les organismes d'assurance maladie complémentaire mettent à la disposition des professionnels de santé des services numériques définis par décret visant à garantir la bonne application de la dispense d'avance de frais dans le champ du panier 100 % Santé en dentaire, en optique et pour les audioprothèses.

Article 45 ter : Communication autour de l'examen de prévention en santé

- Prévoir l'information systématique des bénéficiaires du revenu de solidarité active de la possibilité d'effectuer l'examen de prévention en santé (EPS) proposé par la sécurité sociale. Ce bilan de santé gratuit comprend une information sur les droits en santé, le parcours de soins, les dispositifs d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

Article 45 quater : Affiliation à l'assurance maladie aux pensionnées établis à l'étranger

- Depuis le 1^{er} juillet 2019, les pensionnés établis à l'étranger ne peuvent plus bénéficier de la prise en charge de leurs frais de santé (soins urgents et soins programmés) lors de leurs séjours temporaires en France, à moins d'avoir cotisé pendant au moins 15 ans auprès d'un régime français d'assurance maladie.
- Pour les pensionnés qui, avant le 1^{er} juillet, bénéficiaient déjà d'une prise en charge de leurs soins en France, et par conséquent d'une carte vitale, la mesure prévoit le maintien de leur affiliation à l'assurance maladie dès que les intéressés bénéficient d'une pension rémunérant une durée d'assurance de plus de dix ans en France au 1^{er} juillet 2019.

CHAPITRE 5 : SIMPLIFIER ET MODERNISER LE SERVICE PUBLIC DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 46 : Prolongation des dispositifs relatifs à la crise sanitaire

- Permission au Gouvernement de prendre ~~par ordonnance jusqu'au 31 décembre~~ **des mesures dérogatoires relatives à la gestion de la crise sanitaire jusqu'au 28 février 2022** concernant :
 - les conditions de versement des prestations en espèces de l'assurance maladie
 - le maintien de la rémunération des assurés contraints d'interrompre leur activité professionnelle du fait des consignes sanitaires
 - la prise en charge de certains frais de santé liés à la limitation de la propagation de la Covid-19.

Article 46 bis : Cession des produits stockés par l'Agence nationale de santé publique

- Autoriser l'Agence nationale de santé publique, en charge de la gestion des stocks de produits de santé, à céder gratuitement aux établissements de santé des biens acquis à la demande du ministre de la santé. Cette disposition aura pour effet d'éviter la destruction de ces produits arrivés à péremption.

Article 46 ter : Mission d'information pour les organismes de l'assurance maladie

- Renforcer l'information des organismes d'assurance maladie aux patients et aux professionnels de santé en :
 - délivrant ~~les alertes adéquates aux assurés en cas de problème sanitaire affectant un médicament, un dispositif médical ou menaçant la santé de la population~~
 - améliorant la prise en charge de certains des patients des professionnels de santé grâce aux données déjà détenues par l'assurance maladie pour lesquelles les patients n'auront pas posé leur opposition à cette transmission.

Article 47 : Simplification et modernisation des prestations en espèces pour les salariés et les travailleurs indépendants

- Les travailleurs indépendants peuvent bénéficier du maintien de leurs droits aux indemnités journalières maladie ou de maternité au titre de leur ancienne activité dans des conditions fixées par **décret**.
- Au vu de la mise en place d'un régime d'indemnités journalières maladie propres aux professions libérales, il est prévu de supprimer les indemnités journalières spécifiques aux praticiennes et auxiliaires médicales (PAMC).

- La réforme du congé paternité allongé à 25 jours est étendue aux collaborateurs des professions libérales.

Article 47 bis : Prise en compte de la variabilité des revenus des artistes-auteurs

- Prendre en compte la variabilité des revenus dans le **décret en Conseil d'État** qui encadre le régime social des artistes-auteurs en termes de validation des droits aux indemnités maladie, maternité, paternité et invalidité.

Article 48 : Simplification et modernisation des prestations en espèces pour les non-salariés agricoles

- Permission à la Mutualité sociale agricole (MSA) de mener des actions de lutte contre la désinsertion professionnelle auprès des agriculteurs fragilisés par leur état de santé ou les difficultés professionnelles.
- Alignement du délai de carence des arrêts maladie des non-salariés agricoles sur celui des affiliés du régime général.
- Extension par **décret** de la réforme du congé paternité aux chefs d'exploitation et d'entreprises agricoles lorsque ces derniers n'ont pas trouvé de remplaçant pour bénéficier de l'allocation de remplacement pour congé de paternité.
- Mise en place au bénéfice des non-salariés agricoles qui exercent leur activité sous le statut de collaborateur ou d'aide familial la même indemnité journalière forfaitaire en cas de congé maternité ou de congé paternité que celle prévue pour les pères et pour les mères cheffes d'exploitation lorsqu'ils n'ont pas trouvé à se faire remplacer.
- **Création d'un capital décès destiné à apporter un soutien financier aux familles des non-salariés agricoles lorsqu'elles sont confrontées au décès d'un des leurs, après une maladie, un accident de la vie privée ou un suicide.**

Article 48 bis : Echange de données entre administrations pour les prestations sociales

- Les organismes de sécurité sociale, Pôle emploi et les administrations de l'Etat échangent les données qu'ils détiennent et qui s'avèrent nécessaires au bénéfice des droits des personnes et au versement de leurs prestations.

Article 49 : Généralisation du recours à l'intermédiation financière des pensions alimentaires

- Rendre systématique le recouvrement par l'Agence de recouvrement et d'intermédiation des pensions alimentaires (Aripa) de la pension due auprès de l'ex-conjoint pour la verser au parent bénéficiaire.
- Les parents séparés auront toutefois la possibilité de refuser en amont l'intermédiation financière par une décision conjointe.

Article 49 bis : Droit à l'information des allocataires des prestations familiales

- Prévoir un droit à l'information des allocataires des prestations familiales afin de s'assurer qu'ils bénéficient d'une information complète et gratuite sur la nature et l'étendue de leurs droits, et plus particulièrement que toute femme enceinte soit renseignée sur l'ensemble des droits et congés auxquels elle peut prétendre.

Article 49 ter : Refonte du calcul de la prestation accueil et restauration scolaire

- Rendre plus lisible les modalités de revalorisation annuelle de la prestation accueil et restauration scolaire (PARS) visant à réduire le coût des repas, en remplaçant les arrêtés annuels par un alignement sur les règles de revalorisation des autres prestations du code de la sécurité sociale.

Article 49 quater : Report de l'entrée en vigueur de l'aide à la garde d'un jeune enfant

- Entrée en vigueur par **décret** et au plus tard au 1^{er} septembre 2024 du tiers-payant pour les parents bénéficiant du complément de libre choix du mode de garde (CMG). Il permet la prise en charge partielle du coût de la garde d'un enfant de moins de six ans dans un service de garde à domicile, une crèche familiale ou une micro-crèche.

Article 50 : Amélioration de l'indemnisation des victimes professionnelles de pesticides

- Extension du périmètre du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides aux médicaments antiparasitaires vétérinaires.
- Les victimes peuvent déposer une demande d'indemnisation jusqu'au 31 décembre 2022.

Article 50 bis : Protection sociale dans le secteur des plateformes de mobilité

- **Les plateformes peuvent proposer à leurs travailleurs des garanties collectives de protection sociale complémentaire santé potentiellement mises en place de manière collective.**
- Lorsque le volume de leur activité et les recettes générées sont très réduits, les travailleurs de plateforme peuvent opter pour le régime général de sécurité sociale dans les mêmes conditions que les particuliers réalisant de très petites activités artisanales ou de prestation de service.

Article 50 ter : Rapport sur les accidents de travail et les maladies professionnelles de travailleurs de plateforme

- **Remise par le Gouvernement d'un rapport au Parlement sur le renforcement de la couverture en accident du travail et maladie professionnelle des travailleurs de plateformes.**

Article 51 : Sécurisation des droits à retraite de base des travailleurs indépendants non agricoles affectés par les fermetures administratives

- Les travailleurs indépendants non agricoles des secteurs particulièrement touchés par la crise valident au titre de leur retraite pour les années 2020 et 2021 un nombre de trimestres équivalent à la moyenne de leurs trimestres validés sur les années 2017, 2018 et 2019.
- Le fonds de solidarité prend en charge le coût des cotisations de retraites de base qui n'ont pas été versées, selon des modalités fixées par **décret**.

Article 52 : Rachat de trimestres de retraite de base pour les travailleurs indépendants

- Les travailleurs indépendants non agricoles n'ayant pas été affiliés auprès d'un organisme de retraite avant la reprise par la sécurité sociale de la protection sociale des indépendants en janvier 2018 peuvent effectuer des rachats de leurs trimestres de retraite de base dans des conditions fixées par **décret**.
- Les professions listées par **décret** ayant été confrontées à une absence de reconnaissance légale de leur profession, ainsi que les travailleurs indépendants ayant connu une interruption du recouvrement de leurs cotisations de sécurité sociale à Mayotte, sont concernés par cette mesure.

Article 52 bis : Mécanisme de compensation pour les pensions de retraite des artistes-auteurs

- Autorisation pour les caisses concernées d'affecter une part de leur aide sociale à destination des artistes-auteurs. Cette aide supplémentaire doit permettre de corriger les dysfonctionnements de l'absence de cotisations à verser à l'assurance vieillesse par les artistes-auteurs durant plusieurs années, qui a résulté en une faible pension de retraite pour les personnes concernées.

Article 53 : Extension de la retraite progressive aux salariés en convention de forfait en jours et aux mandataires sociaux

- Ouverture du dispositif de retraite progressive aux salariés bénéficiaires d'une convention de forfait en jours ou en heures, ainsi qu'aux travailleurs non-salariés relevant des régimes de salariés (mandataires sociaux notamment).
- Versement de la pension d'invalidité désormais possible lorsque la retraite progressive est suspendue.

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

Article 54 : Dotations de la sécurité sociale

- La mesure fixe à 168,3 millions d'euros le montant de la contribution de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux agences régionales de santé (ARS) au titre de l'exercice 2022.
- Le montant de la contribution de la branche autonomie au fonds pour la modernisation de l'investissement en santé (FMIS) est fixé à 90 millions d'euros pour 2022.
- Le montant de la dotation de l'assurance maladie :
 - au FMIS pour l'année 2022 est fixé à hauteur de 1 015 millions d'euros.
 - à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) est fixé à 135 millions d'euros pour l'année 2022.
 - à l'Agence nationale du développement professionnel continu est fixé à un maximum de 199,3 millions d'euros pour l'année 2022.
 - à l'Agence de la biomédecine est fixé à un maximum de 47,58 millions d'euros pour l'année 2022.
 - à l'Établissement français du sang est fixé à un maximum de 21,5 millions d'euros pour l'année 2022.
 - à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation est fixé à un maximum de 10 millions d'euros pour l'année 2022.
 - au Centre national de gestion est fixé à un maximum de 27,63 millions d'euros pour l'année 2022.
 - à l'École des hautes études en santé publique est fixé à un maximum de 45,2 millions d'euros pour l'année 2022.
 - à l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, est fixé à un maximum de 14,64 millions d'euros pour l'année 2022.

- au groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés est fixé à un maximum de 61,29 millions d'euros pour l'année 2022.
- à la Haute Autorité de santé, mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, est fixé à un maximum de 53,9 millions d'euros pour l'année 2022.
- à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé est fixé à un maximum de 115,32 millions d'euros pour l'année 2022.
- à l'Agence nationale de santé publique est fixé à un maximum de 186,26 millions d'euros. Une dotation exceptionnelle peut être accordée en 2022 au titre de la prévention épidémique et de la constitution de stocks stratégiques, dans la limite de 2,6 milliards d'euros.

Article 54 bis : Bilan sur les financements du fonds d'intervention régional

- Le rapport annuel remis par le Gouvernement au Parlement sur l'usage du fonds d'intervention régional (FIR) contient des éléments sur les actions mises en œuvre pour améliorer la péréquation entre agences régionales de santé, les financements alloués via le FIR, les objectifs atteints ainsi qu'une analyse des démarches d'évaluation engagées pour améliorer cette allocation.

Article 55 : Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

- Les objectifs de dépenses la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés à :
 - 229,6 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale
 - 228,1 milliards d'euros pour le régime général de la sécurité sociale.

Article 56 : ONDAM et sous-ONDAM

- Pour 2022, l'ONDAM des régimes obligatoires de base et de ses sous-objectifs est fixé comme suit :
 - dépenses de soins de ville : 102,1 milliards d'euros
 - dépenses relatives aux établissements de santé : 95,3 milliards d'euros
 - dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées : 14,3 milliards d'euros
 - dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées : 13,3 milliards d'euros
 - dépenses relatives au fonds d'intervention régional : 5,9 milliards d'euros
 - autres prises en charge : 5,4 milliards d'euros
 - total : 236 milliards d'euros.
- L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est fixé à 236,3 milliards d'euros en 2022 contre 237 milliards en 2021. Hors dépenses liées à la crise sanitaire, l'ONDAM progresse de 3,8 % entre 2021 et 2022.

Article 56 bis : Absence de procédure d'alerte pour l'ONDAM en 2022

- Une procédure particulière est normalement prévue lorsque le comité d'alerte sur les dépenses d'assurance maladie considère qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'ONDAM.
- Suspension pour l'année 2022 de cette procédure d'alerte de sorte que des mesures de redressement ne soient pas automatiquement proposées en cas de risque de dépassement de l'ONDAM 2022 du fait des dépenses liées à la crise sanitaire.
- Le Gouvernement informe tout au long de l'année les commissions des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat sur le respect de la trajectoire votée par le Parlement en loi de financement de la sécurité sociale.

Article 57 : Dotation au FIVA, au FCAATA, transfert compensation sous-déclaration ATMP et sous déclaration des ATMP

- Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) au financement du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante pour 2022 : 220 millions d'euros.
- Contribution de la branche AT/MP au financement du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante pour 2022 : 327 millions d'euros.
- Versement de la branche AT/MP à la branche maladie pour 2022 : ~~1,1~~ 1 milliard d'euros.
- Dépenses supplémentaires pour la branche AT/MP du régime général engendrées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et le compte professionnel de prévention pour 2022 : 123,6 millions d'euros.
- Dépenses supplémentaires pour la branche AT/MP du régime des salariés agricole engendrées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et le compte professionnel de prévention pour 2022 : 8,7 millions d'euros.

Article 58 : Objectif de dépenses de la branche ATMP

- Les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés pour 2022 à :
 - 14,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale
 - 12,7 milliards d'euros pour le régime général de la sécurité sociale.

Après l'article 58 : Equilibre financier des régimes de retraite

- Organisation d'une conférence de financement réunissant les partenaires sociaux et chargée de formuler des pistes pour parvenir à l'équilibre financier des régimes de retraite à l'horizon 2030.
- Report progressif de l'âge légal de la retraite de 62 à 64 ans.

Article 59 : Objectif de dépenses de la branche vieillesse

- Les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés pour 2022 à :
 - 256,6 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale
 - 147,8 milliards d'euros pour le régime général de la sécurité sociale.

Article 60 : Objectif de dépenses de la branche famille

- Les objectifs de dépenses de la branche famille sont fixés à 49,7 milliards d'euros pour 2022.

Article 61 : Objectif de dépenses de la branche autonomie

- Les objectifs de dépenses de la branche autonomie sont fixés à ~~34,2~~ 34,4 milliards d'euros pour 2022.

Article 62 : Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)

- Les dépenses du fonds de solidarité vieillesse devraient atteindre ~~19,5~~ 19,6 milliards d'euros en 2022.