



Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025

Après dépôt à l'Assemblée nationale le 10 octobre 2024

Calendrier du PLFSS

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

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

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

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

- Recettes pour l'année 2024 : 26,6%
- Dépenses pour l'année 2024 : 26,6%
- Solde pour l'année 2024 : 0%
- Recettes pour l'année 2025 : 26,7%
- Dépenses pour l'année 2025 : 26,4%
- Solde pour l'année 2025 : 0,2%

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

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

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

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

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

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

TITRE 1^{er}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET A LA TRESORERIE

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

- Modification des modalités de calcul des retraites agricoles qui seront calculées sur la base des 25 meilleures années de revenus.
- Fusion des cotisations d'assurance vieillesse agricole et d'assurance vieillesse individuelle dues par les chefs d'exploitation et d'entreprise agricole en une cotisation unique d'assurance vieillesse de base.
- Le taux des cotisations dues par les chefs d'exploitation et d'entreprise agricole exerçant à titre secondaire est fixé par décret.

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

- Modification du taux d'exonération des cotisations patronales dues, à partir du 1^{er} mai 2024, pour une rémunération mensuelle inférieure ou égale au salaire minimum de croissance majoré qui passe de 20% à 25%.

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

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

Article 6 : Réforme des allègements généraux de cotisations patronales

- Réforme de la réduction générale de cotisations patronales en 2024, 2025 et 2026.
- Conception d'un dispositif unifié qui fusionnera, d'ici à 2026, les dispositifs d'allègements des cotisations patronales aujourd'hui répartis en différents paliers (<1,6 SMIC, 1,6 à 2,5 SMIC, 2,5 à 3,5 SMIC) pour lisser les taux marginaux d'imposition.
- Création d'un dispositif unique de réduction générale dégressive des cotisations sociales qui s'appliquera à l'ensemble des salaires de montant inférieur à 3 SMIC, en supprimant en contrepartie les dispositifs de réduction proportionnelle des taux des cotisations patronales d'assurance maladie et d'allocations familiales.

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

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

- Assujettir à la CGS et à la CRDS les rémunérations des apprentis au-delà de 50 % du SMIC, qui sont aujourd'hui complètement exemptées de contributions.
- Dans le secteur maritime, restriction du bénéfice du dispositif d'exonération de cotisations patronales aux seuls navires de transport de passagers.
- Dans les jeunes entreprises innovantes ou de croissance, rationalisation du dispositif « Jeunes entreprises innovantes » (JEI) et recentrage sur son seul volet fiscal.

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

- Organisation de plusieurs transferts financiers entre les branches de la sécurité sociale en modifiant la répartition de la taxe sur les salaires.
- Prolongation du principe de la conservation de l'ensemble des économies générées par la réforme pour le bénéfice du système de retraite en transférant au régime général d'assurance vieillesse l'économie réalisée sur le budget de l'État au titre du régime de la fonction publique d'État.
- Mise en cohérence du taux de prélèvement au titre du risque de non-recouvrement avec le périmètre des sommes qui sont versées à l'Unédic et transfert au régime général de sécurité sociale les réserves des régimes spéciaux.

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

- Modification de l'assiette de calcul des dépenses attribuables aux produits de santé prises en compte pour la clause de sauvegarde :
 - exclusion de l'écart médicament indemnisable (EMI) et de l'écart rétrocession indemnisable (ERI) de l'assiette de calcul pour les médicaments
 - exclusion de la taxe de la valeur ajoutée (TVA) de l'assiette de calcul pour les dispositifs médicaux
 - intégration des AMM miroir et des prescriptions hors AMM aux catégories de médicaments prises en compte pour le calcul du montant remboursé par l'Assurance Maladie.
- Les nouvelles entreprises (créées depuis moins d'un an, hors scission ou fusion) sont partiellement exemptées de la contribution.
- En cas de transfert d'exploitation d'un médicament à une autre entreprise, la contribution sera calculée à partir de la date officielle du transfert.
- Limitation du montant de la contribution des entreprises qui ne pourra pas excéder 12 % du montant total remboursé par l'Assurance Maladie pour leurs médicaments.
- Des ajustements sont prévus pour respecter les délais de notification et de versement de la contribution, avec des dates limites pour la communication des informations entre les entreprises et l'Assurance Maladie.
- Fixation des montants pour 2025 : les montants maximums de dépenses pour 2025 sont fixés à 23,3 milliards d'euros pour les médicaments (montant M) et 2,27 milliards d'euros pour les dispositifs médicaux (montant Z).

TITRE 2
CONDITIONS GENERALES DE L'EQUILIBRE FINANCIER DE LA SECURITE SOCIALE

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

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

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

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

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

- Les prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont nulles.
- Pour l'année 2025, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) est fixé à 16,28 milliards d'euros.
- En 2025, la dette restant à amortir par la CADES devrait s'élever à 137,9 milliards d'euros, 258,5 milliards d'euros ayant déjà été amortis par la caisse.

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

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

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

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

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

TITRE 1^{er} DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES

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

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

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

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

Article 17 : Améliorer l'efficacité des transports sanitaires

- Conditionnement du remboursement des frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi à la conclusion, par cette entreprise, d'une convention avec un organisme local d'assurance maladie.
- La convention est conclue pour une durée au plus égale à cinq ans et est conforme à une convention-cadre nationale, à laquelle est annexée une convention type, qui détermine :
 - les conditions de réalisation des transports ; celles dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance de frais ; celles subordonnant l'accès et le maintien du conventionnement des entreprises de taxi ; les montants forfaitaires facturables par trajets ; les tarifs kilométriques facturables ; les suppléments facturables ; les règles de facturation et de tarification des transports partagés ; les conditions d'évolution des tarifs.

- L'entreprise de taxi conventionnée ne peut facturer, pour un transport de patient, que les frais définis dans la convention locale précitée.
- La convention-cadre nationale est établie par le directeur général de l'UNCAM, après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur, et approuvée par **arrêté**.
- Les conventions conclues antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente loi demeurent en vigueur pendant un délai de deux mois après la publication de la convention-cadre nationale.

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

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

Article 19 : Lutter contre les pénuries des produits de santé

- Ajustement des dispositifs opérationnels adoptés en matière de lutte contre les pénuries de médicaments élargissant le dispositif aux cas de risque de rupture d'approvisionnement ou afin de préserver la disponibilité des médicaments dont la demande fait l'objet de variations saisonnières.
- Elargissement de la mesure aux dispositifs médicaux (DM) avec la création d'un nouveau chapitre dans le code de santé publique « Lutte contre les ruptures d'approvisionnement de dispositifs médicaux » :
 - Si l'interruption ou la cessation attendue de la fourniture d'un DM est susceptible d'entraîner un préjudice grave ou un risque de préjudice grave, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent déterminer par **arrêté** les dispositifs médicaux alternatifs et les indications correspondantes ainsi que les conditions dérogatoires de leur prise en charge par l'assurance maladie.
 - Lorsqu'un DM à usage individuel identifié comme alternatif n'est pas inscrit sur la liste et qu'il n'existe aucune autre alternative thérapeutique disponible prise en charge par l'assurance maladie, son exploitant peut bénéficier d'une prise en charge dérogatoire temporaire accordée pour une durée maximale d'un an à l'exploitant.
 - Pour cette prise en charge dérogatoire, possible modification ministérielle des conditions de délivrance, de distribution et de facturation des produits concernés. Les modalités de cette prise en charge dérogatoire temporaire sont définies par un **décret**.
- Rehaussement du plafond des sanctions à l'encontre des acteurs ne respectant pas leurs obligations en matière de lutte contre les pénuries qui passe de 30 à 50% du chiffre d'affaires annuel réalisé au titre des spécialités concernées, dans la limite de 5 millions d'euros (contre 1 millions d'euros à l'heure actuelle).
- Publication des décisions de sanctions financières sur le site de l'ANSM pendant une durée d'un an.

- Ajout aux critères de fixation des prix des médicaments par le CEPS un nouveau critère : le prix ou tarif du médicament, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, fixé dans le cadre d'un achat national ou d'un achat conjoint européen.
- Pour les spécialités achetées par Santé publique France pour répondre à un besoin de santé publique, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent suspendre pour chaque spécialité concernée ou pour une spécialité comparable ou à même visée thérapeutique toute procédure d'inscription ou de tarification dans la limite de 2ans et de l'épuisement des stocks de Santé publique France.

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

- Les données liées à l'utilisation du dispositif médical peuvent être télétransmises au médecin prescripteur, au distributeur en détail et au service du contrôle médical.
- Au regard de ces données, le prescripteur réévalue la pertinence et l'efficacité de sa prescription et le distributeur déploie des actions ayant pour objet de favoriser une bonne utilisation du dispositif médical.
- La transmission des données d'utilisation du dispositif médical à l'assurance maladie, ou à un tiers de confiance désigné, conditionnera la prise en charge. Ces informations seront transmises par les exploitants ou les distributeurs concernés, dans des formats interopérables et sécurisés.
- En cas de prescription non pertinente au regard de la faible utilisation du dispositif par le patient, le distributeur au détail doit informer le patient que cela peut conduire le prescripteur à ne pas renouveler la prescription.

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

- A partir du 1^{er} janvier 2025 et pour une durée de 4 ans, dans les départements volontaires, les EHPAD et les USLD percevront un forfait global unique relatif aux soins et la perte d'autonomie.
- Le nombre maximum de collectivités territoriales expérimentatrices sera porté au plus à 23 départements en 2025 et la date limite de dépôt d'une délibération pour participer à l'expérimentation est repoussée au 31 octobre 2024.

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

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

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

- Modération de la progression des pensions de retraite en 2025 en reportant du 1^{er} janvier au 1^{er} juillet la revalorisation des prestations d'assurance vieillesse, tout en conservant une revalorisation calculée sur une période de douze mois.
- Décalage de la date de revalorisation des pensions du régime de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques (Ircantec) et du régime complémentaire des indépendants.

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

- Amélioration du régime d'indemnisation AT/MP en garantissant l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles qui doit couvrir à la fois le préjudice économique et une part des préjudices extra-professionnels de la victime.
- Les victimes AT/MP de droit commun percevront une rente couvrant ces deux types de préjudices et l'indemnisation actuelle du préjudice professionnel sera complétée par une indemnisation distincte du préjudice personnel. Est également précisée l'indemnisation du préjudice fonctionnel en cas de faute inexcusable de l'employeur (FIE).
- Ces dispositions entreront en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} juin 2026, et s'appliqueront aux victimes dont l'état de santé est consolidé à partir de cette date.

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

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

- Les montants des participations au FMIS sont fixés à 633 millions d'euros pour les régimes obligatoires d'assurance maladie et à 86 millions d'euros pour la branche autonomie du régime général.
- Le montant de la contribution de la branche autonomie aux ARS est fixé à 190 millions d'euros afin de financer les établissements et services médico-sociaux ou les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées.
- Le montant de la dotation des régimes obligatoires pour le financement de l'ONIAM est fixé à 181,2 millions d'euros pour sa mission d'indemnisation des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.
- Le montant de la contribution de la branche AT/MP du régime général est fixé à 465 millions d'euros pour le financement du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.
- Le montant de la contribution de la branche AT/MP du régime général est fixé à 453 millions d'euros pour le financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante.
- Le montant du versement annuel de la branche AT/MP au titre de la sous-déclaration est fixé à 1,6 milliard d'euros.

- Les montants couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge et les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et les dépenses supplémentaires engendrées par le compte professionnel de prévention sont respectivement fixés à 220,7 millions d'euros et 9,7 millions d'euros.

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

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

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

- L'objectif national des dépenses d'assurance-maladie pour 2025 est fixé à 263,9 milliards d'euros en intégrant 0,5 milliard d'euros au titre du Covid.
- Evolution de +2,8% par rapport à 2024.

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

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

Article 29 : Objectif de dépenses de la branche vieillesse

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

Article 30 : Objectif de dépenses de la branche famille

- 59,7 milliards d'euros.

Article 31 : Objectif de dépenses de la branche autonomie

- 42,4 milliards d'euros.

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

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