



Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020

Rappel du calendrier

- **Lundi 30 septembre** : réunion de la commission des comptes de la sécurité sociales et annonce des principales mesures
- **Mercredi 9 octobre** : présentation du projet de loi pour le financement de la sécurité sociale (PLFSS) en conseil des ministres
- **Mercredi 16 octobre** : examen du texte en commission des affaires sociales
- **Mardi 22 au vendredi 25 octobre** : discussion en séance publique à l'Assemblée nationale
- **Mardi 29 octobre** : vote solennel à l'Assemblée nationale
- **Mardi 12 à samedi 16 novembre** : examen du PLFSS au Sénat
- **Mardi 19 novembre** : vote solennel au Sénat
- **Début décembre** : adoption définitive.

Rapporteur général de l'Assemblée nationale

- Olivier Véran (La République En Marche, Isère)

Rapporteur général du Sénat

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

Présentation du projet de loi

Le projet de loi de financement pour la sécurité sociale pour 2020 poursuit les objectifs de transformation et d'organisation du système de santé tel que préconisé par le plan gouvernemental Ma Santé 2022. En ce sens, il veille à poursuivre les efforts engagés de maîtrise des comptes, tout en :

- encourageant et valorisant le travail
- renforçant la justice sociale
- élargissant la protection sociale aux risques actuels
- favorisant la pertinence des soins et l'accès aux soins au bénéfice des usagers.

Sont surlignés **en vert** les textes d'application des dispositions législatives contenues dans ce projet de loi. Sont surlignées **en jaune** les modifications apportées par les députés.

PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2018

Article 1^{er} : Approbation des tableaux d'équilibre, de l'ONDAM et des éléments relatifs aux fonds de réserve pour les retraites, aux fonds de solidarité vieillesse et à la caisse d'amortissement de la dette sociale

- Ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : -300 millions d'euros, -1,4 milliard d'euros en comprenant le fonds de solidarité vieillesse (FSV)
- Régime général de sécurité sociale : 500 millions d'euros, -1,2 milliard d'euros avec le FSV
- Organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : -1,8 milliard d'euros
- Dépenses du champ de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) : 195,2 milliards d'euros
- Dette amortie par la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) : 15,4 milliards d'euros.

Article 2 : Approbation du rapport sur les excédents ou déficits de l'exercice 2017 et le tableau patrimonial

DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2019

Article 3 : Affectations des recettes par l'État à la sécurité sociale pour l'année 2019

- Non-compensation par l'État des exonérations de charges sociales sur les mesures d'urgences économiques et sociales (MUES) adoptées fin 2018 en réponse à la crise des gilets jaunes.
- Modification des affectations de recettes entre les branches du régime général et avec le FSV.

Article 4 : Clause de sauvegarde médicaments

- Pour l'année 2020 le « taux M » d'évolution du chiffre d'affaires à partir duquel la contribution due par les entreprises du secteur se déclenche est égal à 1,01 au lieu de 1,005 (en 2019).
- La mesure vise à relever le taux de déclenchement de la clause de sauvegarde pour 2019 de 0,5 à 1 %. Cette mesure tient compte de la baisse du chiffre d'affaires du médicament en 2018 et des enjeux liés à l'innovation.

Article 5 : Rectification des tableaux d'équilibre 2019

- Solde toutes branches de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : -3,3 milliard d'euros.
- Solde toutes branches de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, y compris le fonds de solidarité vieillesse : -5,5 milliards d'euros.
- Solde toutes branches du régime général de sécurité sociale : -3,1 milliards d'euros.
- Solde toutes branches du régime général de sécurité sociale, y compris le fonds de solidarité vieillesse : - 5,4 milliards d'euros.
- Solde du fonds de solidarité vieillesse : - 2,3 milliards d'euros.
- Objectif d'amortissement de la dette sociale par la Cades : 16 milliards d'euros.

Article 6 : Rectification de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) 2019 (200,4 milliards d'euros) et des sous-ONDAM 2019

Sous-objectifs	Objectifs de dépenses 2019 (Md€)	Objectifs de dépenses 2018 (Md€)
Dépenses de soins de ville	91,4	89,5
Dépenses relatives aux établissements de santé	82,6	80,5
Contribution de l'Assurance Maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,6	9,2
Contribution de l'Assurance Maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,4	11,1
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional	3,5	3,3
Autres prises en charge	2	1,7
Total	200,4	195,5

TROISIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2020

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

Chapitre 1^{er} : Favoriser le soutien à l'activité économique et aux actifs

Article 7 : Reconstitution du versement d'une prime exceptionnelle exonérée de contributions et de cotisations sociales

- Reconstitution du versement, au bénéfice des salariés, de la « prime exceptionnelle du pouvoir d'achat » conformément à la loi portant mesures d'urgence économiques et sociales (MUES), sous réserve de l'existence dans l'entreprise d'un accord d'intéressement.
- La condition d'instauration d'un accord d'intéressement pour le versement de la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat ne s'applique pas aux associations à but non lucratif.
- Le versement de la prime par l'employeur est réalisé entre la date d'entrée en vigueur du PLFSS et le 30 juin 2020.

Article 8 : Ajustement du calcul des allègements généraux

- Diminution des contributions d'assurance chômage, y compris pour les employeurs du secteur aéronautique. La perte de recettes pour la Caisse de retraite du personnel navigant professionnel de l'aéronautique civile (CRPNPAC) fera l'objet d'une compensation par l'État.
- Ces dispositions entrent en application dès 2019.
- Pas de prise en compte de la modulation du taux de la contribution d'assurance chômage dans le calcul des exonérations sans modification de l'effet incitatif du bonus ou du malus, ni incidence financière sur les dispositifs d'exonérations concernés.

Après l'article 8

- Création d'une taxe additionnelle sur le tabac en vue de placer le secteur de la presse dans le barème renforcé du régime d'exonération de charges sociales patronales spécifiques applicables aux entreprises d'Outre-mer.
- Possibilité pour les professionnels exerçant des activités saisonnières accessoires de demander une dispensation du paiement de cotisation lors de ces activités, afin d'éviter des doublons de cotisations.
- Dans le cadre de la simplification des démarches déclaratives de rémunération et de paiement des cotisations, un principe d'affiliation unique au régime agricole pour les salariés des filiales des coopératives est mis en place sous certaines conditions spécifiques.

Article 9 : Non-assujettissement aux cotisations et contributions sociales des indemnités spécifiques de rupture conventionnelle dans la fonction publique

- Exemption de l'indemnité spécifique de rupture conventionnelle du secteur public de l'assiette des cotisations et contributions sociales.

- L'exemption d'assiette ne fait pas l'objet de compensation budgétaire prévue par l'État à la sécurité sociale en référence à l'article 27 de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022.

Après l'article 9

- Évolution de la taxation des « prémix » à base de vins : 3 € par décilitre d'alcool pur pour les prémix à base de vins et 11 € par décilitre d'alcool pur pour les autres boissons.
- Dans le cadre de la « solidarité proche aidant », le gouvernement prévoit une exemption du dédommagement perçu par un aidant familial dans le cadre de la prestation de compensation du handicap (PCH) de l'assiette de la CSG, de la CRDS et de l'impôt sur le revenu.
- Pour faciliter le travail des détenus pénitentiaires, le gouvernement prévoit une codification du dispositif de l'activité pénitentiaire sous forme d'abattement spécifique.
- Le dispositif de reconnaissance de la pénibilité et de cessation anticipée d'activité de la branche ports et manutention ne sont pas soumis à l'application de la sur-cotisation de 50 % prévue par l'article L.137-10 du code de la sécurité sociale.

Chapitre 2 : Simplifier et moderniser les relations avec l'administration

Article 10 : Unification du recouvrement dans la sphère sociale autour des URSSAF

- Unification du recouvrement des prélèvements obligatoires des sphères fiscale et sociale autour des URSSAF.
- Transfert aux URSSAF d'ici à 2025 du recouvrement de toutes les cotisations et contributions sociales (excepté les salariés agricoles). Le gouvernement peut reporter le transfert du recouvrement afin d'en garantir le bon déroulement.
- En vue d'éviter une double déclaration de certains employeurs, la mesure de transfert inclut le recouvrement des cotisations dues pour les salariés d'outre-mer rattachés par leur employeur à un établissement situé dans un département de métropole ou d'outre-mer.
- Fixation du calendrier des transferts de recouvrement pour les régimes salariés.
- Précisions attendues pour les autres régimes au PLFSS pour 2021.

Article 11 : Simplification des démarches déclaratives et des modalités de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants

- Fusion des déclarations sociales et fiscales de revenus pour les travailleurs indépendants afin de simplifier les déclarations et les contributions sociales, y compris à Mayotte.
- Report de 12 mois, soit jusqu'au 31 décembre 2020, du dispositif expérimental prévu par l'article 15 de la LFSS pour 2018, dans le cadre de l'acquittement des cotisations des travailleurs indépendants des régions Île-de-France et Languedoc-Roussillon.

Article 12 : Simplification et création d'un cadre de prise en compte contemporaine des aides en faveur des particuliers employeurs dans le cadre des services à la personne

- Objectif de création d'un compte individuel centralisant les aides financières de chaque utilisateur, dont le crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile et les aides octroyées.
- Expérimentation prévue à partir de mi-2020 pour les bénéficiaires du dispositif « CESU » et les particuliers ayant recours à un service d'aide à domicile prestataire. Un décret fixe la liste des départements retenus pour participer à l'expérimentation ainsi que les modalités de mise en place.

- Extension progressive prévue de l'utilisation du « compte individuel » à l'ensemble de la population du CESU, à d'autres aides financières puis à d'autres offres de service dont PAJEMPLOI.

Article 13 : Poursuite de la simplification de la déclaration et du recouvrement des cotisations

- Généralisation de la dématérialisation des moyens de paiement.
- Élargissement du contenu du bulletin officiel en ligne de la sécurité sociale.
 - Extension du bénéfice d'une disposition favorable aux cotisants adoptée en LFSS pour 2019 pour que les annulations des exonérations de cotisations sociales puissent être modulées en fonction de l'importance de la faute commise et indépendamment du nombre de salariés.

Article 14 : Mesures de lutte contre la fraude fiscale au détachement

- Élargissement des capacités d'investigation des agents de contrôle sans qu'ils soient contraints par le régime d'affiliation de la personne contrôlée.
- Potentialisation des moyens à destination des organismes afin de mobiliser l'ensemble des agents chargés du contrôle habilités et agréés.
- Délivrance des attestations de conformité par les Urssaf ou caisses de la MSA aux entreprises de travail temporaire conditionnée au respect des obligations de garanties financière.
- Alignement des sanctions entre le code rural et le code de la sécurité sociale.

Chapitre 3 : Réguler le secteur des produits de santé

Article 15 : Clause de sauvegarde appliquée aux dispositifs médicaux

- Application d'un mécanisme de clause de sauvegarde aux dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus, en vue de sécuriser les dépenses, favoriser les négociations avec le Comité économique des produits de santé (CEPS), promouvoir le bon usage.
- Déclenchement du mécanisme de clause de sauvegarde si le taux de progression des DM concerné dépasse 3 % en 2020.
- Entrée en vigueur de la mesure prévue pour le 1^{er} janvier 2020.
- Le montant total de contribution par les entreprises est égal au montant remboursé par l'assurance maladie minoré des remises et le montant Z. Le montant « Z » est égal au montant remboursé des DM de la liste en sus sur l'année 2019 multiplié par 1,03.
- La contribution ne peut excéder la part de 10 % du CAHT réalisé par les entreprises concernées et doit être reversée par celles-ci au plus tard le 1^{er} juillet 2021.
- Les entreprises qui ne souscriront pas à la clause de sauvegarde ne pourront voir leurs DM remboursés sur la liste en sus.
- Modalités de mises en place de la mesure de clause de sauvegarde :
 - transmission directe des montants remboursés à l'Acoss par la CNAM pour le compte de l'UNCAM ou l'ATIH.
 - information par le CEPS à l'Acoss du montant des remises consenties lors des négociations de prix.

Article 16 : Clause de sauvegarde appliquée aux médicaments

- Pour l'année 2020 le montant M au-delà duquel les entreprises du médicament sont assujetties à une contribution est égal à 1,005 fois le chiffre d'affaires hors taxes réalisé.

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

Article 17 : Transferts de recettes entre branches et organismes de sécurité sociale

- Organisation de la répartition de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) et de la taxe sur les salaires (TS) entre les branches tenant compte du :
 - renforcement des allègements généraux élargis aux cotisations patronales de l'assurance chômage
 - transfert à la sécurité sociale du financement de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et de l'Agence nationale de santé publique (ANSP)
 - suppression de la taxe sur les huiles affectée au régime complémentaire de retraite des non-salariés agricoles.
- Abrogation des dispositions relatives aux transferts de dette de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) vers la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) avec suppression de l'affectation de fractions de la contribution sociale généralisée (CSG) pour l'amortir.
- Instauration d'une compensation entre le régime spécial de retraite du personnel de la SNCF, la CNAV et l'AGIRC-ARRCO et de différentes mesures en application du nouveau pacte ferroviaire.
- ~~Sur dérogation, réduction forfaitaire de la compensation par l'État au titre de l'exonération en faveur des jeunes entreprises innovantes.~~
- Finalisation de la réforme de transfert du régime social des indépendants (RSI) vers le régime général. **Un décret précise les modalités d'application.**
- Intensification de l'appui au financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) par un financement de 50 millions d'euros reconduit en 2020. **Les modalités d'attribution de l'enveloppe seront précisées par décret.**

Article 18 : Approbation du montant de la compensation des exonérations

- Approbation du montant de 5,1 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale.

Article 19 : Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories, et le tableau d'équilibre par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV (en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	220,8	223,8	-3,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	15,0	13,6	1,4
Vieillesse	244,1	247,3	-3,2
Famille	51,0	50,3	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	517,1	521,3	-4,2
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris fonds de solidarité vieillesse	516,2	521,8	-5,6

Article 20 : Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories, et le tableau d'équilibre par branche, du régime général et du FSV (en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	219,2	223,3	-3,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5	12,2	1,4
Vieillesse	139,0	141,7	-2,7
Famille	51,0	50,3	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	409,5	413,2	-3,8
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	409,7	414,8	-5,1

Article 21 : Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du fonds de réserve des retraites (FRR) et du fonds de solidarité vieillesse (FSV)

- Objectif d'amortissement de la dette sociale par la Cades : 16,7 milliards d'euros.

Article 22 : Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes (en millions d'euros)

	Encours limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale	39 000
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	4 100
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF – période du 1 ^{er} au 31 janvier	400
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF – période du 1 ^{er} février au 31 décembre	150
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	515
Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)	250
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales – période du 1 ^{er} janvier au 31 août 2020	2 000
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales – période du 1 ^{er} septembre au 31 décembre 2020	2 700

- Les taux de référence, le niveau de marge, les conditions de prise en compte de la réitération des avances ainsi que l'encours maximal des avances octroyées sont prévues par arrêté des ministres en charge de la sécurité sociale et du budget.

Article 23 : Approbation du rapport sur l'évolution du financement de la sécurité sociale pour 2019-2022

QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2020

TITRE I^{ER} : POURSUIVRE LA TRANSFORMATION DU SYSTEME DE SOINS

Chapitre 1^{er} : Réformer le financement de notre système de santé

Avant l'article 24

- En vue d'assurer la visibilité pluriannuelle des hôpitaux, création d'un protocole coopération entre l'Etat et les hôpitaux, dans une logique de contractualisation.
- Ce protocole sera intégré au sein d'un comité dont les périodes ne pourront excéder 3 ans. Les réunions de concertation sont déjà amorcées et le calendrier des actions sera précisé ultérieurement.

Article 24 : Réforme du financement des hôpitaux de proximité

- Mise en œuvre d'une garantie de financement pluriannuelle : le niveau de cette garantie est déterminé en tenant compte du volume d'activité et des recettes perçues antérieurement par l'établissement, des besoins de santé et de la population du territoire tels que définis par le projet régional de santé et ses déclinaisons territoriales, ainsi que de la qualité de la prise en charge.
- Création d'une dotation de responsabilité territoriale sur une base contractualisée des acteurs et des tutelles.
- Prise en compte dans le financement des hôpitaux de leurs résultats en matière de qualité des prises en charge.
- Afin d'améliorer la qualité organisationnelle et l'accès aux soins de ces territoires, une réflexion globale sur l'efficacité des financements actuels dans les établissements hospitaliers d'outre-mer sera initiée. Un rapport sur le financement des établissements hospitaliers en territoire d'outre-mer sera remis par le gouvernement au Parlement dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi.

Article 25 : Réforme du financement de la psychiatrie et évolution du modèle cible de financement des soins de suite et de réadaptation (SSR)

- Dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie, il est prévu :
 - un financement par dotation populationnelle et financements complémentaires incluant une dotation pour l'incitation financière à la qualité à l'hôpital. L'entrée en vigueur du nouveau modèle de financement est prévue en 2021 et des mesures d'accompagnement à la mise en œuvre sont prévues
 - un objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de psychiatrie est défini chaque année
 - cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférents aux frais d'hospitalisation et de prise en charge au titre des soins dispensés au cours de l'année

- le montant de cet objectif est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de l'ONDAM
- un décret précisera le contenu de l'objectif de ces dépenses
- la dotation populationnelle intègre la démographie, les caractéristiques et les besoins de la population, les caractéristiques de l'offre de soins hospitalière et extra-hospitalière ainsi que le projet régional de santé, ses déclinaisons territoriales et les orientations des schémas interrégionaux. Ces orientations incluent l'offre médico-sociale.
- les dotations complémentaires doivent prendre en compte les activités extra-hospitalières des établissements et seront élaborées en fonction des critères fixés par arrêté ministériel.
- La rénovation de la réforme du financement des activités de SSR se fera sur la base d'un modèle de financement mixte intégrant la valorisation à l'activité et la forfaitisation. La date d'entrée en vigueur du modèle cible de financement des SSR est fixée au 1^{er} janvier 2021. Il comprend :
 - une part de valorisation à l'activité
 - une part forfaitaire dont le montant des dotations pour chaque établissement est établi en fonction des critères définis au niveau régional après avis des associations d'usagers, de représentants de familles et des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé en région.

Article 26 : Réforme du ticket modérateur à l'hôpital

- Le dispositif de tarification à l'activité prévoit la mise en place d'un dispositif transitoire permettant de calculer le ticket modérateur sur la base des tarifs nationaux de prestations issus des groupes homogènes de séjours (GHS) dans les établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif (Espic).
- Arrêt du dispositif transitoire et :
 - pérennisation du calcul du ticket modérateur sur la base des tarifs journaliers de prestations
 - introduction d'une nomenclature simplifiée et nationale des TJP
 - participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation proportionnelle aux bases de calculs établies.
- Ces dispositions sont aussi applicables aux activités des hôpitaux des armées.
- Une entrée en vigueur progressive de cette réforme est prévue à partir de 2021.

Après l'article 26

Dans le cadre de la refonte du financement des urgences, la présente mesure introduit :

- Une dotation populationnelle dont le montant fixé par arrêté ministériel après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé :
 - cette dotation tient compte des besoins de la population et des caractéristiques de l'offre de soins
 - cette dotation fait l'objet d'une répartition régionale en fonction des critères définis au niveau de la région, critères pouvant faire l'objet d'un encadrement au niveau national.
- Des recettes additionnelles liées à l'activité, prenant en compte l'intensité de la prise en charge.
- Une dotation complémentaire allouée aux établissements remplissant les critères en termes de qualité et d'organisation de la prise en charge.
- Les modalités d'application seront détaillées par un décret en Conseil d'État.
- Le Gouvernement se charge de remettre au Parlement un rapport sur le financement et l'évolution du financement des missions de recherche et d'innovation au sein des établissements publics de santé, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi.

Article 27 : Révision de la nomenclature des actes de ville

- Dans le cadre de l'inscription sur la liste des actes et prestations remboursables (LAP), la mesure prévoit :
 - une possibilité d'inscription provisoire pour les actes innovants dans les conditions fixées par décret
 - une durée minimale de révision de 3 ans renouvelable une fois
 - l'inscription au remboursement est maintenue par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam)
 - la demande d'avis à la HAS pour l'inscription à la LAP, portant sur l'évaluation du service attendu (SA) ou médical rendu (SMR), est adressée par l'Uncam ou les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale
 - la mesure prévoit la possibilité, à la demande du collège, d'une préparation de l'avis de la HAS par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (Cnedimts)
 - l'avis doit être transmis dans un délai de 6 mois à partir du dépôt de la demande
 - les conseils nationaux professionnels (CNP) dédiés et les associations d'usagers pourraient proposer à la HAS de s'autosaisir de l'évaluation du SMR de l'acte ou d'une prestation, selon les modalités définies par la HAS .
- En vue de faciliter la révision des actes, la mesure prévoit l'institution d'un Haut Conseil des nomenclatures :
 - composé d'un nombre égal de médecins libéraux, praticiens hospitaliers et de personnes qualifiées nommées par décret
 - chargé de procéder à la description et à la hiérarchisation des actes et prestations, pour l'Uncam, dans un délai de 6 mois renouvelable
 - propose à la Commission de hiérarchisation des actes professionnels (Chap) compétente pour les médecins, une méthodologie de description et de hiérarchisation des actes et prestations.
- Modification des missions de la Chap médecins :
 - validation de la proposition de méthodologie du Haut Conseil
 - émission d'avis sur les rapports de description et de hiérarchisation des actes
- Concernant les autres Chap, auto-détermination de leurs règles de hiérarchisation des actes.
- Entrée en vigueur prévue dès le 1^{er} avril 2020. Un décret en conseil d'État est prévu pour préciser les modalités d'application et l'organisation des travaux du Haut Conseil des nomenclatures.

Article 28 : Modification des conditions de prise en charge de certains produits et prestations

- Mise en place d'un processus de référencement sélectif s'inspirant des mesures de mise en concurrence des offres :
 - la mise en œuvre de la procédure de référencement peut déroger aux dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux négociations conventionnelles avec le CEPS
 - le référencement est valable pour une période maximale de 2 ans, prorogeable d'un an le cas échéant sous certaines conditions
 - la mise en œuvre de la procédure de référencement peut engager les exploitants ou distributeurs à fournir des quantités minimales de produits et prestations sur le marché français, et à garantir une couverture suffisante du territoire pendant la durée de référencement.
 - en cas de non respect des engagements, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pourront déroger à la procédure de référencement ou relancer une nouvelle procédure
 - le gouvernement peut supprimer le référencement du produit ou mettre à la charge des exploitants et distributeurs les surcoûts éventuels liés à un défaut d'approvisionnement ou à

une mauvaise couverture du territoire. En cas de méconnaissance de ces obligations, ils s'exposeront à une pénalité financière.

- Possibilité d'une prise en charge des dispositifs médicaux déjà réutilisés ou restaurés (dont les fauteuils roulants), afin de limiter le gaspillage :
 - la remise en bon état d'usage de certains dispositifs médicaux à usage individuel figurant sur une liste établie par arrêté des ministres de la santé et de sécurité sociale, est subordonnée au respect des critères de qualité et de sécurité sanitaire et à une procédure d'homologation des centres ou des professionnels agréés
 - instauration d'une consigne mise à la charge de l'assuré pour pouvoir bénéficier de la prise en charge du DM
 - par conséquent, les modalités de distribution des dispositifs médicaux pourront comporter l'obligation pour les exploitants et distributeurs d'informer le patient
 - en cas de méconnaissance de ces obligations par les exploitants ou distributeurs, la mise en place d'une pénalité financière pourra être envisagée
 - en cas de non usage, la prise en charge du dispositif médical (inclus les dispositifs médicaux remis en bon état), pourra être subordonnée à l'engagement de l'assuré de restituer le dispositif à un centre de remise en bon état d'usage
 - une collecte des informations sera prévue et mise en place par l'ATIH.
- Obligation d'effectuer pour tout exploitant ou fournisseur de distributeur une déclaration de prix au CEPS, par année civile et par produit ou prestation. Le cas échéant, le CEPS pourra fixer aux entreprises une pénalité financière annuelle dont le montant ne pourra excéder les 5 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé.
- L'ensemble des dispositions de l'article 28 seront précisées par décret en Conseil d'État.

Après l'article 28

- Révision systématique des prix des médicaments dans un délai maximal de 5 ans après sa fixation initiale.
- Dans le cadre de la demande d'inscription sur la liste des produits et prestations remboursables par la sécurité sociale (LPP), possibilité de prise en charge transitoire par l'assurance maladie des DM disposant d'un marquage CE.
- Ouverture du bénéfice à la prise en charge transitoire pendant une période de douze mois, le cas échéant renouvelable, avant le dépôt d'une demande d'inscription sur la LPP.
- La prise en charge transitoire implique l'engagement de l'industriel.
- Modification de la procédure de fixation de prix des DM
 - possibilité de proposition de prix par l'industriel au gouvernement. En cas de refus par l'industriel de la contreproposition faite par le gouvernement, la demande de prise en charge transitoire est abandonnée
- Transmission par le Gouvernement au Parlement d'un rapport sur le montant consolidé de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie résultant du remboursement des dispositifs médicaux, ventilé selon les différentes modalités de remboursement, dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi.

Article 29 : Prise en charge de médicaments faisant l'objet d'importation ou distribution parallèle, médicaments financés via les tarifs hospitaliers, médicaments de nutrition parentérale et modernisation du système de prise en charge

- Une spécialité faisant l'objet d'une distribution parallèle est définie comme :
 - une spécialité ayant une AMM communautaire

- une spécialité importée d'un autre État membre par un établissement pharmaceutique qui n'est pas détenteur de ladite AMM.
- Les spécialités faisant l'objet d'une distribution parallèle sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cette liste précise les indications thérapeutiques ouvrant le droit à un remboursement.
- Les entreprises assurant la distribution parallèle de spécialités pharmaceutiques doivent s'acquitter d'une contribution dont le montant dépend du chiffre d'affaires hors taxe réalisé en France.
- Les conditions de détermination de cette contribution est calquée sont les mêmes que celles appliquées aux grossistes-répartiteurs et exploitant d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques.
- Les obligations des entreprises assurant la distribution parallèle sont fixées par décret en Conseil d'État.
- Pour les médicaments à humain disposant d'une AMM délivrée par l'ANSM ou l'EMA, les médicaments homéopathiques, les médicaments à base de plantes, les spécialités commercialisées par des distributeurs parallèle et certains produits utilisés dans le cadre de prestations hospitalières dont la liste est fixée par décret :
 - un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut en fixer le prix maximal en cas de risque de dépense injustifiée ou ont un caractère particulièrement coûteux pour les établissements
 - les critères utilisés par le CEPS pour ce type de négociation sont ceux inscrits dans l'accord cadre
 - ce prix est fixé après consultation des entreprises
 - un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application de ces dispositions.
- Le pharmacien ne peut pas substituer un médicament biologique par un médicament biosimilaire du même groupe de référence. Un groupe de travail sera ouvert pour déterminer les conditions de l'interchangeabilité et de la substitution de ces médicaments.
- Précision des modalités d'achats de certains médicaments hospitaliers et des modalités de prise en charge des préparations de nutrition parentérale :
 - définition des préparations magistrales et hospitalières concernées respectivement comme des mélanges individualisés ou standardisés de nutrition parentérale indiqués aux enfants ou aux adultes
 - le prix de cession des préparations magistrales et des préparations hospitalières pour la nutrition parentérale à domicile peut être différent selon des catégories de préparations. Il est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale
 - possibilité de fixation par arrêté ministériel d'un prix maximal de vente aux établissements de santé en cas de risque de dépenses injustifiées, ou dans le cas des produits de santé onéreux. Les critères utilisés par le CEPS dans ses négociations avec les industriels serviront de base à la détermination, par arrêté, du prix plafond
 - un décret en conseil d'État déterminera les modalités d'application
 - afin d'éviter un double financement, la mesure prévoit une suppression de la mission d'intérêt général de nutrition parentérale à domicile, dès l'entrée en vigueur de ces nouvelles modalités.
- Assouplissement des règles de substitution pour les médicaments à marge thérapeutique étroite : possibilité de délivrance d'un médicament princeps y compris en l'absence de la mention « non substituable ». Ces conditions seront précisées par décret.
- Extension du dispositif « tiers payant contre générique ».

- Mise à disposition d'un site internet unique « Bulletin officiel des produits de santé : BOPS », regroupant l'ensemble des informations relatives au remboursement et à la prise en charge des produits de santé par l'assurance maladie.
- Clarification des conditions de délivrance des médicaments biosimilaires :
 - suppression de la possibilité de substitution des biosimilaires en officine
 - création d'un groupe de travail visant à déterminer les conditions de l'interchangeabilité et de la substitution de ces médicaments
 - possibilité pour les industriels de déposer un dossier de demande d'autorisation de mise sur le marché (AMM) d'un biosimilaire avant expiration du brevet du médicament de référence.
- Précision des modalités d'achats de certains médicaments hospitaliers et des modalités de prise en charge des préparations de nutrition parentérale :
 - définition des préparations magistrales et hospitalières concernées respectivement comme des mélanges individualisés ou standardisés de nutrition parentérale indiqués aux enfants ou aux adultes
 - le prix de cession des préparations magistrales et des préparations hospitalières pour la nutrition parentérale à domicile peut être différent selon des catégories de préparations. Il est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale
 - un décret en conseil d'État déterminera les modalités d'application
 - afin d'éviter un double financement, la mesure prévoit une suppression de la mission d'intérêt général de nutrition parentérale à domicile, dès l'entrée en vigueur de ces nouvelles modalités.
- Assouplissement des règles de substitution pour les médicaments à marge thérapeutique étroite : possibilité de délivrance d'un médicament princeps y compris en l'absence de la mention « non substituable ». Ces conditions seront précisées par décret.
- Extension du dispositif « tiers payant contre générique ».
- Mise à disposition d'un site internet unique « Bulletin officiel des produits de santé : BOPS », regroupant l'ensemble des informations relatives au remboursement et à la prise en charge des produits de santé par l'assurance maladie.

Après l'article 29

- À titre expérimental et pour une durée de 2 ans, l'État peut autoriser l'usage médical du cannabis. L'expérimentation pourrait concerner 3 000 patients. Les conditions de mise en œuvre sont définies par voie réglementaire.
- Un rapport portant sur l'usage médical du cannabis pour les malades, leur suivi, l'organisation du circuit de prescription et de dispensation, ainsi que sur les dépenses engagées, sera adressé par le Gouvernement au Parlement dans un délai de six mois avant le terme de l'expérimentation.

Article 30 : Soutenabilité financière du dispositif d'autorisation temporaire d'utilisation (ATU)

- S'applique pour les demandes d'autorisations temporaires d'utilisation délivrées déposées avant le 1^{er} mars 2020.
- Rectification de l'encadrement du dispositif ATU nominative :
 - ne peut être attribuée que lorsque le produit est susceptible de présenter pour un patient une efficacité cliniquement pertinente et un effet important
 - arrêt de la possibilité d'octroyer par dérogation une ATU nominative en cas de refus de la demande, d'ATU de cohorte, d'autorisation d'essai clinique ou en cas de risque aggravé pour le patient avec les thérapeutiques disponibles
 - arrêt de la fixation libre par l'industriel du prix d'une ATU nominative, au profit d'une compensation déterminée par le gouvernement.

- La mesure prévoit de nouvelles conditions, indispensables en vue de la recevabilité du dossier d'ATU :
 - le nombre d'ATU nominative pour le même médicament ne dépasse pas le seuil fixé par arrêté ministériel
 - le médicament faisant l'objet de ces ATU ne dispose pas d'une première AMM
 - le médicament ne dispose pas d'une ATU de cohorte.
- Disposition de communication au laboratoire par le ministre chargé de la sécurité sociale du montant prévisionnel auquel l'assurance maladie pourrait prendre en charge l'indication à la sortie du dispositif d'ATU.
- Possibilité pour le Comité économique des produits de santé (CEPS) de négocier un calendrier de versement des remises (au titre de l'accès précoce) sur une période supérieure à un an

Article 31 : Transfert du financement de l'Agence nationale de santé publique (ANSP) et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) vers l'ONDAM

Chapitre 2 : Améliorer l'accès aux soins

Article 32 : Refonte des dispositifs de complémentaire santé solidaire

- Mise en place des dispositifs de contrats de sortie pour les assurés affiliés aux dispositifs de complémentaire santé solidaire.
- Ces contrats seront proposés aux assurés dès la première année de leur sortie de la couverture maladie universelle-complémentaire (CMU-c) et de l'aide complémentaire santé (ACS).
- Application de la réforme 100 % Santé aux contrats de sortie souscrits à compter du 1^{er} janvier 2020.
- Participation financière de l'assuré au titre de la complémentaire santé solidaire sous forme d'un montant forfaitaire.
- Possibilité d'ouvrir le droit à la complémentaire santé solidaire en cours de mois pour les personnes en situation d'urgence médico-sociale et ayant fait une demande simultanée de droits de base et complémentaires.
- Mise en place d'une démarche active d'information auprès des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) sur leur éligibilité potentielle au dispositif de complémentaire santé solidaire.
- Accompagnement des publics bénéficiaires de l'AAH, par les caisses d'assurance maladie, pour leurs démarches d'ouverture de droit ou de renouvellement du droit à la complémentaire santé solidaire.

Article 33 : Prise en charge intégrale des frais liés à la contraception pour l'ensemble des mineures

- Gratuité des contraceptifs remboursables et des frais relatifs aux actes et consultations liés pour l'ensemble des assurées mineures (inclus de moins de 15 ans).

Article 34 : Renforcement du dispositif en matière de prévention et de lutte contre les ruptures de stocks de médicaments

- Obligation pour les industriels de constituer 4 mois de stock pour tous les médicaments. Le stock de sécurité que doivent constituer les laboratoires doit être situé sur le territoire européen.
- Obligation d'importation à la charge de l'entreprise défailante, pour certains médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM).

▪ **Les conditions d'applications sont définies par décret en Conseil d'État.**

- Des sanctions financières seront appliquées en cas de manquements :
 - l'entreprise pharmaceutique exploitante défailtante au regard de ses obligations verse au bénéfice de l'Assurance maladie la différence entre les montants remboursés par l'assurance maladie au titre de la prise en charge de l'alternative et ceux qui auraient résulté de la prise en charge au titre du médicament initial pendant la période de rupture
 - possibilité d'assortir la sanction financière d'une astreinte journalière pour chaque jour de rupture d'approvisionnement constaté, qui ne peut être supérieure à 30 % du chiffre d'affaires journalier moyen réalisé par l'entreprise.
- **Ces dispositions ne sont pas applicables à la pharmacie centrale des armées.**

Article 35 : Réalisation d'un bilan de santé obligatoire pour les entrées dans l'aide sociale à l'enfance

- Dans le cadre du renforcement des dispositions du code de l'action sociale et des familles, l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance sera assortie d'une réalisation obligatoire d'un bilan de santé **et de prévention**, pris en charge par l'assurance maladie.
- **Ce bilan est réalisé, dès le début de la mesure, pour tous les enfants accompagnés par l'aide sociale à l'enfance ou par la protection judiciaire de la jeunesse.**

Après l'article 35

- **Dans le cadre de l'amélioration des bilans de santé chez les enfants de 3 et 4 ans, la mesure prévoit la mise en place d'un protocole national de coopération entre les médecins et les infirmiers puériculteurs des services départementaux de protection maternelle infantile (PMI).**
- **Le protocole sera rédigé par les professionnels concernés et soumis à la HAS. Il devra inclure :**
 - les populations à inclure (cas les plus simples)
 - les actes délégués
 - l'arbre décisionnel à suivre
 - les formations éventuelles nécessaires.

Article 36 : Amélioration de l'installation des jeunes médecins

- Mise en place d'un contrat unique ouvert à l'ensemble des médecins s'installant dans une zone sous-dense :
 - ce contrat regroupe les quatre contrats incitatifs déjà existants : praticien territorial de médecine générale (PTMG), praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA), praticien territorial médical de remplacement (PTMR) et enfin praticien isolé à activité saisonnière (PIAS)
 - ce contrat est assorti d'une obligation d'inscription dans un dispositif d'exercice coordonné
 - **une révision du contrat est prévue par voie réglementaire** et l'entrée en vigueur est prévue dès le 1er janvier 2020.
- Cette nouvelle aide permet la prise en charge de la totalité des cotisations sociales dues par un médecin libéral sous conditions d'absence de dépassement d'honoraire et d'installation en zones sous-denses dans les trois années suivant l'obtention de son diplôme.
- **Afin d'encourager l'installation définitive en zone sous-dense, la mesure prévoit que le contrat de début d'exercice de l'activité médicale prévoyant une exonération des cotisations des médecins ne peut être renouvelé.**
- **Dans l'hypothèse où le médecin installé dans un territoire sous-dense cesserait son activité dans ce territoire, sans pour autant s'installer dans un autre territoire sous-dense, le bénéfice de l'aide serait suspendu à compter du premier jour du mois suivant la fin de l'exercice.**

- Les agences régionales de santé doivent être consultées en amont de la délimitation du périmètre des zones sous-denses par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- Possibilité de choix pour les médecins entre la cotisation forfaitaire ou une cotisation proportionnelle à l'assiette de revenu.
- Possibilité de verser une cotisation complémentaire en cas de dépassement de seuil, pour les médecins remplaçants relevant du dispositif des cotisations et contributions sociales conformément à l'article 47 de LFSS pour 2019.

Article 37 : Engagement maternité

- Création d'un dispositif spécifique d'accompagnement pour les femmes enceintes résidant à plus de 45 minutes d'une maternité.

Après l'article 37

- Dans le cadre de l'amélioration des conditions de l'expérimentation prévu par la LFSS pour 2019, la mesure propose d'assouplir la date de début de la reprise partielle d'activité et sa durée, afin que les travailleuses indépendantes puissent dans toutes les situations bénéficier de cette expérimentation dans les meilleures conditions.
- La date maximale de report des indemnités journalières (IJ) maternité serait fixée à dix semaines, pour permettre de poursuivre une reprise à temps partielle de l'activité dans la foulée du congé maternité. Une entrée en application est prévue à compter du 1^{er} juillet 2020.
- Dans le cadre de l'évaluation de l'expérimentation proposée, un questionnaire pourrait être mis dans le cahier des charges de l'expérimentation.

Article 38 : Financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) des établissements à l'étranger accueillant des adultes handicapés français

- Financement par la CNSA des établissements belges accueillant les personnes en situation de handicap venant de France, en vue d'encadrer, améliorer et sécuriser la prise en charge.
- Un rapport d'évaluation sera remis par le Gouvernement au Parlement, à la fin de l'année 2020.

Après l'article 38

- L'activité d'un établissement social ou médico-social ne peut être appréciée au regard du seul indicateur de taux d'occupation.

Article 39 : Recentralisation de la lutte contre la tuberculose

- Recentralisation des leviers organisationnels et financiers de lutte contre la tuberculose aux agences régionales de santé (ARS).

Après l'article 39

- En vue de renforcer la couverture la couverture vaccinale, à l'occasion de la vaccination du voyageur par les professionnels de santé des centres de vaccinations internationales (CVI), possibilité de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, pour la part obligatoire, des vaccins remboursables du calendrier vaccinal lorsqu'ils sont administrés dans ces centres.

Article 40 : Mise en place d'un forfait pour un parcours global post traitement aigu du cancer

- Mise en place d'un forfait d'accompagnement pour les personnes touchées par un cancer, sous réserve d'une évaluation préalable des besoins. Les modalités d'évaluation des besoins feront l'objet des travaux par l'Institut national du cancer (INCa) à partir de fin 2019.
- La mise en place du forfait se fera sur la base d'un cahier de charges par les acteurs sélectionnés par les ARS.
- L'agence régionale de santé élaborera le parcours de soin global en concertation avec tous les acteurs concernés, dont l'INCa, mais également avec les établissements et professionnels de santé, ainsi que les associations.
- Un dispositif spécifique est proposé pour les cancers pédiatriques.
- Les modalités d'application seront déterminées par décret.
- Un rapport d'évaluation sera transmis par le Gouvernement au Parlement, au plus tard douze mois deux ans après la promulgation de la présente loi.
- Le financement prévu par le fonds d'intervention régional est d'environ 10 M€ la première année.

Après l'article 40

- L'État peut autoriser, pour une durée de trois ans et à titre expérimental, le financement d'un accompagnement psychologique dédié à des patients atteints de sclérose en plaque :
 - ces consultations seront réalisées par des psychologues dédiés
 - un arrêté précise la liste des territoires retenus pour les expérimentations
 - un décret précise les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de ces expérimentations
 - un rapport d'évaluation sera réalisé par le Gouvernement au terme de l'expérimentation et transmis au Parlement.
- L'État peut autoriser à titre expérimental et pour une durée de trois ans, le financement par le fonds d'intervention régional (FIR), de la mise en place, par certaines agences régionales de santé, d'un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les personnes bénéficiant d'un traitement contre un diabète de type 2 ou une hypertension artérielle. Un décret fixe les modalités d'application.

Article 41 : Simplification des certificats médicaux de non-contre-indication au sport

- En vue de faciliter l'accès à la pratique sportive et libérer du temps médical, il est prévu une suppression d'obligation de production de certificats médicaux excepté en cas de doute sur l'état de santé. Un décret précise les modalités de mise en œuvre de ces dispositions.
- La mesure prévoit la suppression de la notion « d'auto-évaluation », au profit du renseignement d'un questionnaire de santé dont le contenu sera fixé par voie réglementaire.
- Mise en place d'un nouveau questionnaire au bénéfice des mineurs qui pratiquent une activité physique et sportive, dans une fédération.

Article 42 : Contrat de l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) et adaptation du dispositif du financement à la qualité

- Recentrage du CAQES autour d'un nombre limité de priorités axées sur la pertinence, en renforçant le dispositif d'intéressement des établissements aux économies réalisées pour l'assurance maladie et en les ciblant sur les établissements à plus fort enjeux.

- Renforcement des leviers des ARS : elles pourront fixer des volumes cibles attendus pour certains des actes, prestations et prescriptions concernés dans les établissements identifiés.
- En cas de persistance des écarts avec les volumes cibles, à l'issue des deux ans, l'ARS pourra appliquer un abattement sur les tarifs nationaux, dans la limite de 50% en deçà de ce tarif.
- Les spécificités des besoins de la population des territoires concernés seront prises en compte par l'ARS.
- **Un décret précise les modalités d'application du dispositif et els critères utilisés par les ARS.**

Article 43 : Pertinence des prescriptions de médicaments

- Prise en charge des tests d'orientation diagnostique (TROD) au sein des pharmacies d'officine :
 - **la liste des tests est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale**
 - les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent arrêter le prix de cession maximal auquel peuvent être vendus les TROD.
- Possibilité d'appliquer une pénalité financière à l'encontre des laboratoires exploitant certains médicaments dont le conditionnement n'est pas adapté.
- Incitation des établissements de santé à l'achat de médicaments efficaces tels que les médicaments biosimilaires en vue de favoriser le recours aux médicaments efficaces en intra-hospitaliers.
- Assouplissement des conditions de mises en œuvre des demandes d'accord préalable (DAP) via la mise en place par les ministres d'une DAP à l'arrivée d'un biosimilaire et la possibilité de déroger à l'obligation d'homologation de certains formulaires. Une révision des conditions de mises en œuvre de DAP est prévue.
- Suppression de la condition imposant que « le professionnel de santé doit juger indispensable le recours à l'alternative thérapeutique disposant d'une RTU ».
- Pénalité financière graduée et dissuasive à l'encontre des professionnels de santé, en vue de limiter l'hyper-prescription.
- **Les modalités d'application du présent article sont définies par un décret en Conseil d'État.**
- **Pour favoriser le développement des nouvelles missions du pharmacien en officine, modification du support de leur rémunération pour permettre un paiement plus rapide. Ces missions pourront être payées sous forme de rémunération forfaitaire, et feront l'objet d'encadrement.**

Article 44 : Mesures diverses pour le secteur des transports de patients et extension des dérogations prévues à l'article 51 de la LFSS 2018

- Renforcement des moyens d'organisation du secteur des transports de patients :
 - le transport partagé de patients est envisageable dès lors que le médecin prescrit un transport de malade
 - la mise en service des ambulances de secours et de soins d'urgence (ASSU) est possible sans limite de quotas.
- Poursuite des projets expérimentaux en matière de garde ambulancière.
- **Possibilité d'expérimenter et de financer via le dispositif 51 la participation de dentistes libéraux aux centres régulant les appels d'urgence médicale (SAMU-Centres 15).**

Après l'article 44

- **Élargissement du cadre de la pratique de la biologie délocalisée (le cas échéant, en ville) pour limiter le recours aux urgences pour des besoins d'examen de biologie de « routine » et favoriser des alternatives aux passages aux urgences telles que l'accès à des examens de biologie dans le cadre d'explorations non programmées.**

TITRE II : PROMOUVOIR LA JUSTICE SOCIALE

Chapitre 1^{er} : Protéger les Français contre les nouveaux risques

Article 45 : Indemnisation du congé de proche aidant

- Indemnisation du congé de proche aidant sous forme d'allocation journalière pendant 3 mois ouvrés, sur l'ensemble de la carrière du proche aidant. La date d'entrée en vigueur sera fixée par décret d'ici au 1^{er} octobre 2020.
- Suppression de la condition d'ancienneté pré-requise pour bénéficier du congé proche aidant, aujourd'hui fixé à un an.
- Un rapport d'évaluation du recours à cette allocation sera remis au parlement au plus le 1^{er} janvier 2022 :
 - ce rapport étudie le nombre de bénéficiaires concernés, le nombre de jours consommés ainsi que les éventuelles modifications, en termes de durée, montant ou conditions d'attribution des allocations
 - ce rapport dresse un état des lieux et établit des recommandations concernant la situation des jeunes aidants en prenant en compte l'ensemble des répercussions dans leur vie quotidienne en matière d'emploi ou d'études, ainsi que sur leur vie sociale et leur état de santé.

Article 46 : Création d'un fonds d'indemnisation des victimes de produits pesticides

- Création d'un dispositif d'indemnisation des victimes de produits pesticides, centralisant l'indemnisation des victimes professionnelles (régime général, agricole).
- Le fonds garantira en parallèle l'indemnisation des enfants exposés durant la période prénatale dans un environnement professionnel.
- Le financement du fonds reposera à la fois sur les cotisations accidents du travail, maladies professionnelles du régime général et des régimes agricoles et sur l'affectation des ressources fiscales assises sur les ventes de produits phytopharmaceutiques.
- Possibilité pour les victimes couvertes de saisir la juridiction en vue d'obtenir une réparation complémentaire intégrale auprès du responsable présumé.

Article 47 : Modernisation des structures de réadaptation des accidentés de la route (élargissement du FMESPP au secteur médico-social)

- Financement par le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), à compter de 2020, des dépenses d'investissement des établissements médico-sociaux, dans la limite des crédits alloués au fonds dans le cadre de l'engagement du Comité interministériel de la sécurité routière (CISR).

Chapitre 2 : Lutter contre la reproduction des inégalités sociales territoriales

Article 48 : Création du service public de versement des pensions alimentaires

- Extension progressive des missions de l'Agence de recouvrement des impayés des pensions alimentaires (ARIPA), lui permettant de collecter les pensions alimentaires auprès du patient débiteur pour les reverser au patient créancier.

- Renforcement des moyens de recouvrement de l'ARIPA. Possibilité d'effectuer le recouvrement directement sur les prestations gérées par la caisse d'allocation familiale (CAF) et les caisses MSA.

Article 49 : Amélioration de l'information sur l'accès aux modes d'accueil des jeunes enfants

- Transmission par les gestionnaires des établissements d'accueil de jeunes enfants (EAJE) des disponibilités d'accueil à un rythme hebdomadaire. Ces données seront transmises aux CAF.
- Transmission par les assistants maternels des places disponibles pour l'année sur le site dédié.
- **Compte tenu du rôle central qui sera dans ce dispositif confié au site www.mon-enfant.fr, la seule caisse nationale des allocations familiales est mentionnée comme destinataire de ces informations.**
- **En vue de clarifier l'objectif de la mesure, il est confié à la caisse nationale d'allocations familiales la création du service unique d'information des familles sur la disponibilité des places en accueil individuel ou collectif pour les jeunes enfants.**
- Un travail d'accompagnement et de sensibilisation des professionnels de la petite enfance à la pratique de l'accueil occasionnel est prévu.

Après l'article 49

- **En vue de promouvoir l'équité vis-à-vis des jeunes engagés dans un service civique et la reconnaissance de cet engagement social, élargissement au droit au complément mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant (CMG) aux bénéficiaires d'un contrat de service civique, en complétant les situations de dérogations à l'exigence d'une activité professionnelle prévue par la législation du CMG.**

Article 50 : Mesure de convergence des prestations familiales à Mayotte

- Extension à compter de la rentrée scolaire 2020, d'une allocation de rentrée scolaire réduite, pour les ménages dépassant légèrement le seuil de bénéfice de cette prestation. Le versement de l'allocation se fera au plus tard le 31 décembre 2020.
- Extension du bénéfice de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) aux enfants avec un taux d'incapacité entre 50 et 79 %. **La date d'application sera fixée par décret,** au plus tard le 1^{er} décembre 2020.

Article 51 : Élargissement des possibilités de créer des caisses communes de sécurité sociale

- Suppression dans le code de la sécurité sociale de la référence départementale permettant la création des caisses communes de sécurité sociale sous l'initiative des conseils. Le caractère d'expérimentation de 5 ans préalable à toute pérennisation est aussi supprimé.

Après l'article 51

- **Les organismes nationaux des différents régimes conçoivent et mettent en place un programme de lutte contre la fraude adossé au plan de contrôle interne de ces organismes.**

Chapitre 3 : Prendre en compte les parcours, les situations et les transitions

Article 52 : Revalorisation des prestations sociales

- Réindexation sur l'inflation des pensions de retraite et d'invalidité des assurés lorsque le montant total des pensions se situe autour d'un seuil fixé à 2 000 € brut.

- Revalorisation des minimas sociaux (revenu de solidarité active, allocation de veuvage, allocation supplémentaire d'invalidité, revenu de solidarité outre-mer, et allocation de solidarité spécifique) au niveau de l'inflation. Les autres prestations sociales incluant les régimes spéciaux seront revalorisées de 0,3 % au titre de l'année 2020.
- Revalorisation exceptionnelle de la minimum vieillesse à 903,20 € au 1er janvier 2020, conformément aux engagements du Président de la République en faveur des retraités les plus modestes.
- Maintien des compétences de la caisse nationale des barreaux français (CNBF) en matière de revalorisation des pensions.
- Mise en place de la revalorisation différenciée des prestations sociales pour les pensions servies par le régime de retraite de base des avocats, par l'assemblée générale de la CNBF.

Article 53 : Simplification de la transition vers la retraite des bénéficiaires des minimas sociaux (AAH et RSA)

- Substitution de la retraite à l'allocation adulte handicapé (AAH) à l'âge légal (62 ans) pour les salariés du régime général, les salariés agricoles, les travailleurs indépendants et les non-salariés agricoles.
- Report de l'âge auquel la condition de subsidiarité du RSA par rapport à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) doit être remplie (65 ans).

Article 54 : Suppression du dispositif de rachat de rentes d'accident du travail (AT) ou de maladie professionnelle (MP) et simplification de la notification du taux AT/MP des employeurs

- Suppression du dispositif aux victimes d'un AT/MP de recourir à la capitalisation partielle de leur rente en vue de sécuriser l'indemnisation au long cours des assurés et de simplifier la gestion.
- Une mesure de systématisation de notification dématérialisée de l'ensemble des taux AT/MP est prévue, avec une entrée en vigueur progressive selon la taille des entreprises. L'entrée en vigueur de ces mesures est prévue au 1^{er} janvier 2020 pour les entreprises dont l'effectif est supérieur ou égal à 150 salariés, 2021 pour les autres 2022 pour les petites entreprises.
- Les modalités respectives des taux de cotisations reposant déjà sur une logique de prise en compte progressive du risque individuel (conformément à la loi PACTE), la règle spécifique applicable à la tarification des AT-MP relevant du régime général de la sécurité sociale et régime agricole est confirmée.

Article 55 : Renovation des politiques d'indemnisation de l'incapacité de travail longue durée

- Clarification des conditions médicales d'ouverture de droit à la pension d'invalidité afin d'assurer une meilleure égalité de traitement entre assurés en matière d'appréciation de la mise en invalidité par les médecins conseils.
- La mesure encourage la reprise d'activité pour les personnes invalides en assouplissant les règles de cumul entre pension d'invalidité et revenu d'activité.
- Revalorisation exceptionnelle des montants mensuels de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), portant réglementairement le plafond d'éligibilité à 750 € à compter des allocations versées au titre d'avril 2020.
- Calcul des pensions sur la base des revenus professionnels antérieurement perçus pour tous les assurés y compris ceux du régime agricole.
- Afin de lutter contre la stigmatisation, une réforme globale du dispositif d'invalidité est prévue. Ces mesures feront l'objet d'une expérimentation de six mois dans deux organismes de service médical de la CNAM de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA).

Article 56 : Assouplissement des conditions de recours au travail aménagé ou à temps partiel et évolution des modalités de versement des indemnités journalières

- Suppression de l'obligation préalable d'arrêt de travail à temps plein pour bénéficier du dispositif d'indemnisation ouvert aux personnes victimes d'un arrêt de travail ou une maladie professionnelle, pour tous les salariés.
- Suppression du délai de carence applicable aux indemnités journalières servies dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique, pour tous les salariés.
- Le taux de remplacement de 50 % sera applicable à tous les assurés et quelle que soit la durée de leur arrêt de travail.
- Une instauration des indemnités journalières maladie et maternité-paternité pour les ministres des cultes est prévue.
- Ces mesures feront l'objet d'une expérimentation via la mise en place d'une plateforme départementale pluridisciplinaire afin de prévenir la désinsertion professionnelle :
 - l'expérimentation proposée a pour ambition de créer des plateformes départementales de compétences mutualisées animées par la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) et associant tant les acteurs internes et externes de l'assurance maladie, afin de cibler précocement les assurés en risque de désinsertion professionnelle
 - l'expérimentation mobilisera les budgets de gestion administrative des caisses d'assurance maladie, et le fonds national d'action sanitaire et sociale de l'assurance maladie si besoin
 - les plateformes auront pour vocation de réaliser un diagnostic précoce de la situation administrative, sociale et médicale de l'assuré et de définir le parcours d'accompagnement pluridisciplinaire approprié à sa situation. Ces plateformes permettront également aux professionnels de la santé au travail une meilleure coordination de la prise en charge de l'assuré.

TITRE III : DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DEPENSE DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES REGIMES OBLIGATOIRES

Article 57 : Dotation AM au FMESSP, à l'ONIAM, de la CNSA aux ARS

- Montant de la dotation de l'assurance maladie au FMESSP pour l'année 2020 : 649 millions d'euros. Dans le cadre des engagements pris dans le cadre du plan Ma santé 2022, l'accompagnement supplémentaire des opérations d'investissement et de modernisation des établissements de santé est fixé hauteur de 250 millions d'euros.
- Montant de la contribution de la CNSA aux ARS au titre de l'exercice 2020 : 139 millions d'euros.

Après l'article 57

- Unification des procédures applicables aux contestations des décisions de nature médicale des organismes de sécurité sociale.
- L'entrée en vigueur sera fixée par décret en Conseil d'État, et au plus tard au 1^{er} janvier 2022.

Article 58 : Objectifs des dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

- Objectif des dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale : 223,8 milliards d'euros

- Objectif des dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour le régime général de la sécurité sociale : 222,3 milliards d'euros.

Article 59 : Fixation à 205,3 milliards d'euros de l'ONDAM pour 2020 et sa ventilation (+2,3 %)

- Dépenses de soins de ville : 93,6 milliards d'euros.
- Dépenses relatives aux établissements de santé : 84,2 milliards d'euros.
- Contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées : 9,9 milliards d'euros.
- Contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées : 11,7 milliards d'euros
- Dépenses relatives au fonds d'intervention régional : 3,5 milliards d'euros
- Autres prises en charge : 2,4 milliards d'euros.
- Total : 205,3 milliards d'euros.
- Objectif national des dépenses d'assurances maladie : +2,3 %.

Article 60 : Dotation 2020 de la branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP)

- Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) : 414 millions d'euros.
- Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) : 260 millions d'euros.
- Transfert à l'assurance maladie au titre de la sous-déclaration : 1 milliard d'euros.

Article 61 : Objectif de dépense de la branche ATMP pour 2020

- Objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : 13,6 milliards d'euros.
- Objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour le régime général de la sécurité sociale : 12,2 milliards d'euros.

Article 62 : Objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2020 (2,4 %)

- Objectif de dépenses de la branche vieillesse pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : 247,3 milliards d'euros.
- Objectif de dépenses de la branche vieillesse pour le régime général de la sécurité sociale : 141,7 milliards d'euros.

Article 63 : Objectif de dépense de la branche famille pour l'année 2020 : 50,3 milliards d'euros (+0,1 Md€)

Article 64 : Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)

- Contribution du fonds de solidarité vieillesse au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale : 18,2 milliards d'euros.