

ANNEXE 3
MISE EN ŒUVRE DE
LA LOI DE
FINANCEMENT DE
LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2019

PLFSS 2020

SOMMAIRE

PLFSS 2020 - Annexe 3

Présentation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019

Mise en œuvre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019

1. Dispositions relatives à l'exercice 2018	11
2. Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale pour l'exercice 2019.....	11
2.1. Titre 1er : Dispositions relatives aux recettes, au recouvrement et à la trésorerie	11
2.2. Titre 2 : Conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale.....	21
3. Dispositions relatives aux dépenses pour l'exercice 2019	24
3.1. Titre 1 ^{er} : Transformer le système de soins	24
3.2. Titre 2 : Amélioration de la couverture des besoins de santé	29
3.3. Titre 3 : Moduler et adapter les prestations aux besoins.....	35
3.4. Titre 4 : Dotations et objectifs de dépense des branches et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires.....	40

L'article LO. 111-4- III-3° du code de la sécurité sociale prévoit qu'est joint au projet de loi de financement de la sécurité sociale une annexe « rendant compte de la mise en œuvre des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale de l'année en cours ». La présente annexe vise ainsi à présenter les articles de la LFSS 2019, leur origine, ainsi les mesures d'applications prises, notamment par voie réglementaire. Elle a été dissociée de l'annexe relative aux mesures de simplifications prévue au même alinéa, depuis le PLFSS 2017.

Présentation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019

Ce tableau établit la correspondance entre les articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale et les articles finaux de la loi de financement, en indiquant également quels articles ont été créés par amendement.

Numéro de l'article de la LFSS	Numéro de l'article du PLFSS ou numéro d'amendement	Objet
PREMIERE PARTIE: DISPOSITIONS RELATIVES A L'EXERCICE 2017		
1	1	Approbation des tableaux d'équilibre, de l'ONDAM et des éléments relatifs au FRR, au FSV et à la CADES
2	2	Approbation du rapport annexé sur les excédents ou déficits de l'exercice 2017 et le tableau patrimonial (annexe A)
DEUXIEME PARTIE: DISPOSITIONS RELATIVES A L'EXERCICE 2018		
3	3	Rectification des dotations 2018 de la branche maladie pour le financement de l'ONIAM
4	4	Simplification du mode de financement des médicaments remboursés par la suppression du FFIP
5	5	Rectification des tableaux d'équilibre 2018
6	6	Rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM
TROISIEME PARTIE: DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET A L'EQUILIBRE DE LA SECURITE SOCIALE POUR L'EXERCICE 2019		
Titre 1^{er} : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET A LA TRÉSORERIE		
Chapitre I/ Mesures en faveur du soutien à l'activité économique et des actifs		
7	7	Exonération de cotisations salariales sur le recours aux heures supplémentaires et complémentaires
8	8	Mise en œuvre de la transformation en 2019 du CICE et du CITS en baisse pérenne de cotisations sociales pour les employeurs
9	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°1382	Mesures en faveur des cotisants victimes de l'Ouragan Irma
10	9	Prolongation de la durée de l'exonération ACCRE pour les exploitants relevant du micro-bénéfice agricole
11	Amendement au Sénat en 1 ^{ère} lecture n°611	Alignement progressif du tarif de la cotisation sociale applicable sur les alcools en outre-mer au niveau de celui en vigueur dans l'hexagone
Chapitre II/ Des règles de cotisations plus claires et plus justes		

12	10	Rendre plus équitable la cotisation subsidiaire d'assurance maladie
13	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°1598	Rapport sur les effets des cotisations minimales pour les travailleurs indépendants applicables à une activité saisonnière de courte durée ou le paiement de cotisations par des personnes ayant déjà liquidé leur pension de retraite
14	11	Atténuation du franchissement du seuil d'assujettissement de la CSG au taux normal sur les revenus de remplacement
15	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°1040	Exonération de taxe sur les salaires au profit de l'établissement français du sang
16	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°1496	Mesures d'encouragement de dispositifs d'épargne salariale dans les entreprises de moins de 50 salariés et de conclusions d'accords d'intéressement pour les entreprises de 50 à 250 salariés.
17	12	Sécurisation de la participation des organismes complémentaires au financement des nouveaux modes de rémunération
18	13	Poursuivre la simplification de la déclaration et du recouvrement des cotisations
19	Amendement au Sénat en 1 ^{ère} lecture n°264	Prolongation de la procédure contradictoire sur demande du cotisant reçue par l'organisme avant l'expiration du délai initial
20	14	Simplification de la procédure de dépôt des demandes de modifications mineures d'AMM auprès de l'ANSM
21	15	Simplifier et homogénéiser les mécanismes de sauvegarde pour les produits de santé
22	16	Mesures en faveur des travailleurs indépendants (1/2) : clarification des modalités de calcul des cotisations sociales des travailleurs indépendants
23	17	Modulation des sanctions
24	Amendement au Sénat en 1 ^{ère} lecture n°509	Rapport sur la fraude patronale aux cotisations sociales.
25	18	Mesure d'efficacité de la gestion financière des organismes de sécurité sociale
Titre 2 : CONDITIONS GENERALES DE L'EQUILIBRE FINANCIER DE LA SECURITE SOCIALE		
26	19	Transfert de recettes entre la sécurité sociale et l'Etat et entre régimes de sécurité sociale
27	20	Reprise par la CADES des déficits portés en trésorerie par l'ACOSS
28	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°1334	Mesure d'harmonisation du régime des élèves et étudiants marins

29	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°1330	Exclusion de l'ensemble des experts judiciaires du statut de collaborateur occasionnel du service public
30	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°1256	Ratification des ordonnances n° 2018-470 du 12 juin 2018 procédant au regroupement et à la mise en cohérence des dispositions du code de la sécurité sociale applicables aux travailleurs indépendants et n° 2018-474 du 12 juin 2018 relative à la simplification et à l'harmonisation des définitions des assiettes des cotisations et contributions de sécurité sociale
31	21	Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l'annexe V
32	22	Approbation des prévisions de recettes(état C) , et du tableau d'équilibre des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV
33	23	Approbation des prévisions de recettes,(état C) et du tableau d'équilibre du régime général et du FSV
34	24	Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du FRR et du FSV
35	25	Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes
36	26	Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)
QUATRIEME PARTIE: DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES POUR L'EXERCICE 2019		
Titre 1^{er} : TRANSFORMER LE SYSTEME DE SOINS		
37	27	Extension du dispositif de paiement à la qualité des établissements de santé
38	28	Financement forfaitaire de pathologies chroniques
39	29	Amplifier la portée du dispositif d'innovation du système de santé (art. 51 LFSS 2018)
40	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°1610	Améliorer la pertinence des soins réalisés par les établissements de santé
41	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°1081	Sécurisation de la dette toxique des établissements de santé
42	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°1611	Ouverture des négociations conventionnelles sur les assistants-médicaux et les CPTS

43	Amendement à l'Assemblée Nationale en nouvelle lecture n°87	Expérimentation sur 3 ans du forfait de réorientation aux urgences pris en charge par l'assurance maladie
44	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°381	Récupérer les frais engagés par des établissements de santé pour des actes et séjours non autorisés
45	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°384	Autoriser des expérimentations sur l'éducation thérapeutique dans le cadre de l'article 51
46	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°1080	Suppression du principe de contribution financière des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux relevant de la fonction publique hospitalière à l'EHESP et au CNG
47	30	Simplification de l'exercice libéral à titre accessoire pour les médecins remplaçants
48	31	Etendre l'objet des Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (SISA) aux pratiques avancées
49	32	Renforcer l'usage du numérique et le partage d'information pour améliorer la qualité de la prise en charge
50	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°1607	Obligation de prescription dématérialisée des arrêts de travail pour l'ensemble des professionnels de santé et simplification des procédures de recours au temps partiel thérapeutique
51	33	Une santé sans frais en optique, aides auditives et prothèses dentaires (RAC0)
Titre 2 :- AMELIORATION DE LA COUVERTURE DES BESOINS DE SANTE		
Chapitre I/ Lever les obstacles financiers à l'accès aux droits et aux soins		
52	34	Amélioration du recours aux dispositifs d'aide à la couverture complémentaire santé
53	35	Exonération du TM sur les soins de ville pour les personnes modestes à Mayotte
54	36	Gestion et financement des dispositifs de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie
55	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°1618	Autoriser le versement d'une pension d'invalidité aux victimes d'actes de terrorisme qui ne rempliraient pas les conditions d'ouverture de droit.
Chapitre II/ Renforcer la prévention		
56	37	Modification du calendrier des examens de santé obligatoires des enfants de moins de dix-huit ans
57	38	Création d'un fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives

58	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°396	Rapport relatif aux dépenses de prévention des addictions, notamment concernant la prévention de l'alcoolisme
59	39	Généralisation de l'expérimentation portant sur la vaccination antigrippale par les pharmaciens
60	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°1493	Expérimentation de projets régionaux pour le développement de la vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains chez les jeunes filles et garçons.
61	Amendement à l'Assemblée Nationale en nouvelle lecture n°313	Expérimentation pour l'amélioration de la couverture vaccinale des soignants
Chapitre III/ Améliorer les prises en charge		
62	40	Prise en charge de l'intervention précoce pour l'autisme et les troubles du neuro développement
63	Amendement au Sénat en 1 ^{ère} lecture n°141	Permettre par expérimentation de déroger aux règles tarifaires pour les établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés
64	41	Accélérer la convergence tarifaire des forfaits soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
Chapitre IV/ Améliorer les conditions de l'accès aux produits de santé		
65	42	Renforcer l'accès précoce à certains médicaments innovants, tout en assurant la pérennité du système de prise en charge
66	43	Favoriser le recours aux médicaments génériques et bio similaires
67	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°1084	Encadrer les prescription médicaments pour des raisons de santé publique ou dépenses injustifiées
Titre 3 : Moduler et adapter les prestations aux besoins		
68	44	Ajustement exceptionnel de la revalorisation des prestations sociales
69	45	Majoration du montant maximum du complément de mode de garde pour les familles au titre de l'enfant en situation de handicap
70	46	Accompagnement de l'abaissement de l'instruction obligatoire à trois ans par les prestations familiales
71	47	Harmonisation des modalités d'indemnisation du congé maternité

72	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°1624	Allongement du congé de paternité lorsque le nouveau-né est hospitalisé dans une unité de soins spécialisée immédiatement après l'accouchement.
73	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°1620	Eviter aux travailleuses indépendantes de consacrer une partie de leurs indemnités journalières aux appels de cotisations sociales pendant leur congés maternité
74	Amendements à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°411	Obligation d'information des travailleuses indépendantes sur leurs droits au report des cotisations sociales pendant les congés maternités
75	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°1619	Expérimentation pendant trois ans d'une possibilité de reprise progressive d'activité des travailleuses indépendantes pendant leur congé maternité.
76	48	Mesures en faveur des travailleurs indépendants (2/2) : convergence des règles en matière d'IJ vers le régime général
77	49	Amélioration du recouvrement de diverses sommes par les organismes de sécurité sociale
78	50	Modernisation de la délivrance des prestations sociales
Titre 4 : Dotations et objectifs de dépense des branches et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires		
79	51	Dotation de l'assurance maladie au FMESPP (FAST) et à l'ONIAM et contribution la CNSA aux ARS
80	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°1085	Gratuité pour les assurés des frais de consultation et d'expertise médicale engagés devant les juridictions dans le contentieux de la sécurité sociale et le contentieux du handicap
81	52	Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès
82	53	ONDAM et sous-ONDAM
83	54	Dotation au FIVA, au FCAATA et transfert compensation sous-déclaration ATMP
84	Amendements à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°1325	Report à 2022 de l'application à Mayotte de taux mixtes ou individuels de cotisations ATMP
85	55	Objectif de dépenses de la branche ATMP
86	56	Objectif de dépenses de la branche vieillesse
87	57	Objectif de dépenses de la branche famille
88	58	Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)

La présente annexe rend compte des dispositions de la dernière loi de financement de la sécurité sociale. Sont notamment présentés les articles impliquant des mesures de suivi.

1. Dispositions relatives à l'exercice 2018

Article 3 : Rectification des dotations 2018 de la branche maladie pour le financement de l'ONDAM

En application du 1° de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) est financé par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour sa mission d'indemnisation des accidents médicaux et des préjudices résultant de contaminations par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites B et C (VHB et VHC) et du virus T-lymphotropique humain (HTLV).

La dotation initiale pour l'année 2018 était fixée à 105 millions d'euros. Les prévisions d'exécution pour l'année 2018 ont fait apparaître un besoin de financement complémentaire de 20 millions d'euros au regard des prévisions initiales, les dépenses d'intervention au titre des accidents médicaux ayant connu une progression importante. Cette progression tenait en premier lieu à une augmentation significative des demandes amiables et des contentieux liés à une hausse de la sinistralité en matière d'accidents médicaux constatée en 2017. Par ailleurs, les efforts de redressement engagés suite au contrôle de la Cour des comptes de 2016 sur la gestion de l'ONIAM ont engendré un effet de rattrapage sur les dépenses d'indemnisation et de déstockage de dossiers restant en attente de décision. La disposition prévoyait en conséquence une dotation rectificative de 125 millions d'euros.

Cette disposition ne nécessitait pas de mesure d'application.

Article 4 : Simplification du mode de financement des médicaments remboursés par la suppression du FFIP

L'article simplifie le circuit de remboursement des médicaments pris en charge par l'assurance maladie. Depuis l'année 2017, les médicaments remboursés sont en effet pris en charge pour partie directement par l'assurance maladie, et pour partie par le fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP). Ce double circuit de prise en charge complexifiait la lisibilité du système de remboursement, sans pour autant modifier les capacités financières disponibles pour la prise en charge des médicaments. En outre, les règles de mobilisation des crédits du fonds ainsi que celles relatives à la reconstitution de ses marges de manœuvre ne lui permettaient pas d'amortir les fluctuations des dépenses de médicament, ce qui était pourtant sa vocation. Pour simplifier ces circuits de prise en charge, l'article supprime le FFIP et permet un remboursement des médicaments directement par l'assurance maladie. Cette évolution est sans conséquence sur l'accès aux thérapies innovantes ou sur la dynamique de l'ONDAM.

Cette disposition ne nécessitait pas de mesure d'application.

2. Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale pour l'exercice 2019

2.1. Titre 1er : Dispositions relatives aux recettes, au recouvrement et à la trésorerie

2.1.1. Chapitre I : Mesure en faveur du soutien à l'activité économique et des actifs

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

Dans le cadre des mesures visant à renforcer le pouvoir d'achat des actifs et à améliorer l'attractivité du travail, afin de stimuler la croissance et l'activité, le Président de la République avait annoncé la mise en œuvre dès 2019 d'un dispositif d'exonération de cotisations salariales sur les heures supplémentaires et

complémentaires, permettant un gain net de pouvoir d'achat des salariés tout en incitant à une augmentation de la durée travaillée.

Une exonération de la part salariale des cotisations sociales sur les rémunérations dues au titre des heures supplémentaires et complémentaires a donc été instituée, initialement pour les heures réalisées à compter du 1^{er} septembre 2019. Cette mesure s'inscrivait dans la continuité de la suppression des cotisations salariales d'assurance maladie et d'assurance chômage en deux étapes au 1^{er} janvier et au 1^{er} octobre 2018 pour l'ensemble des salariés.

La mesure permet d'exonérer totalement la part salariale des cotisations d'assurance vieillesse de base et complémentaire sur les heures supplémentaires et complémentaires, sans effet sur les droits sociaux des assurés. Seules la CSG et la CRDS, contributions applicables sur l'ensemble des revenus, restent dues. Cette exonération bénéficie à l'ensemble des salariés du secteur privé, ainsi qu'aux agents des trois versants de la fonction publique, qu'ils soient titulaires ou non. Pour un salarié relevant du secteur privé, cette mesure permet un gain de pouvoir d'achat équivalent à 11,31 % de la rémunération brute perçue au titre de chaque heure supplémentaire, soit un gain annuel moyen de pouvoir d'achat de l'ordre de 190 €.

L'article 2 de la loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales a anticipé l'entrée en vigueur de cette mesure, afin qu'elle s'applique aux heures supplémentaires et complémentaires réalisées dès le 1^{er} janvier 2019. Cet article a également prévu une exonération d'impôt sur le revenu, portant le gain annuel moyen de pouvoir d'achat à environ 455 €.

Le décret n° 2019-40 du 24 janvier 2019 relatif à l'exonération de cotisations salariales des heures supplémentaires et complémentaires est venu préciser les modalités d'application de cette mesure, en précisant notamment le taux de réduction applicable dans le cas général (11,31 %), ainsi que dans les cas d'application de taux spécifiques de cotisations ou d'affiliation à un régime spécial de sécurité sociale. Une instruction interministérielle¹ a également été publiée en mars 2019 à la demande des employeurs pour préciser les modalités d'application dans un certain nombre de cas particuliers.

Article 8 : Transformation en 2019 du CICE et du CITS en baisse pérenne de cotisations sociales pour les employeurs

Conformément à l'engagement du programme présidentiel, cet article transforme, à compter de 2019, le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) ainsi que le crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (CITS) en baisse de cotisations sociales pérennes pour les entreprises et les associations. Cette mesure répond à un double objectif de réduction du coût du travail et de simplification, dans la mesure où les employeurs peuvent désormais bénéficier de façon immédiate des réductions du coût du travail.

En outre, le Gouvernement a souhaité encourager encore davantage l'embauche de nouveaux salariés, en renforçant le dispositif des allègements généraux. Au niveau du SMIC, les cotisations et contributions sociales acquittées par toutes les entreprises sont désormais totalement exonérées. Ce renforcement orienté vers les plus bas salaires porte sur les cotisations patronales dues au titre du risque chômage et de la retraite complémentaire et représente ainsi un renforcement d'un tiers des exonérations sociales au niveau du SMIC. De ce fait, le coût total pour l'employeur d'un emploi se rapproche fortement de son coût brut, en particulier pour les petites entreprises, ces dernières n'étant par ailleurs pas soumises à plusieurs contributions sociales. Ces évolutions sont sans effet sur les droits des salariés.

Cette transformation et ce renforcement se matérialisent par deux dispositifs :

- Depuis le 1^{er} janvier 2019, un allègement permanent de cotisations d'assurance maladie de 6 points est entré en vigueur pour les rémunérations n'excédant pas 2,5 SMIC et se substitue au CICE et au CITS, dans une absolue neutralité pour les employeurs. Afin d'assurer également une compensation intégrale du CICE et un gain immédiat par rapport au CITS pour les employeurs de salariés bénéficiant déjà d'exonérations de cotisation sociales portant sur les cotisations d'assurance maladie, les cotisations sociales patronales exonérées dans le cadre des allègements généraux de cotisations sociales comprennent désormais, à compter de la même date, les cotisations de retraite complémentaire

¹ Instruction interministérielle n° DSS/5B/2019/71 du 29 mars 2019 portant diffusion d'un « questions-réponses » relatif à la mise en œuvre de la réduction des cotisations salariales sur les heures supplémentaires et complémentaires.

obligatoire (soit une majoration de 6,01 points du taux maximum d'exonération assurant la neutralité par rapport au CICE) ;

- Dans un second temps, pour les rémunérations dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} octobre, les allègements généraux de cotisations sociales sont à nouveau renforcés et portent en outre sur l'équivalent des cotisations patronales d'assurance chômage (soit une majoration de 4,05 points au-delà de la seule compensation de la perte du CICE). Ainsi, la totalité des cotisations et contributions patronales qui sont dues par l'ensemble des employeurs sont exonérées au niveau du SMIC, ce qui représente un allègement du coût du travail total équivalent à 40% de la rémunération brute. Le bénéfice de cette majoration s'étend à l'ensemble des rémunérations bénéficiant des allègements généraux soit jusqu'à 1,6 SMIC.

Au titre de l'année 2019, les entreprises voient par ailleurs ces mesures se cumuler avec le bénéfice du CICE versé au titre de l'année 2018, offrant ainsi un apport en trésorerie sans précédent aux employeurs.

Ces baisses de cotisations sont très favorables aux employeurs de l'économie sociale et solidaire, secteur qui ne bénéficiait pas du CICE mais du crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (CITS), également supprimé mais dont le niveau était inférieur à celui du CICE (4 % au lieu de 6%).

Ce renforcement très significatif pour la très grande majorité des entreprises a conduit par ailleurs à un réexamen des dispositifs d'exonérations ciblées et spécifiques dès lors que certains deviennent à droit constant, pour la plupart des bénéficiaires, moins favorables que les allègements généraux. Les exonérations au titre des contrats de formation en alternance et des contrats aidés, ainsi que celles en faveur des structures d'insertion par l'activité économique sont supprimées, à l'exception des exonérations applicables aux employeurs publics. Les exonérations en outre-mer, instituées en 2009 par la LODEOM, et celles au titre des contrats dans le secteur des services à la personne ont quant à elles été révisées afin d'aligner le champ des cotisations et contributions exonérées sur celui des allègements généraux renforcés et de modifier les points de sortie de ces dispositifs. Enfin, l'exonération au titre des travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi, dit TO-DE, est modifiée pour les années 2019 et 2020, avant la suppression de ce dispositif en 2021.

L'article vise également à mettre en conformité le dispositif d'exonération de cotisations sociales pour les entreprises d'armement maritime avec la législation européenne : l'extension des exonérations aux équipages qui sont embarqués sur des navires battant pavillon d'un autre État-membre de l'Union européenne ou de l'espace économique européen ou de la Suisse a été adoptée.

Par ailleurs les textes qui définissent le champ des cotisations et contributions à prendre en compte dans le cadre des exonérations et ceux qui définissent le champ de celles pouvant être remises en cause en cas de travail dissimulé ont été mis en cohérence.

Enfin, cet article précise les modalités déclaratives en matière d'allègements généraux et ouvre la possibilité de recourir à l'arbitrage de l'ACOSS en cas de divergence d'interprétations entre les organismes de recouvrement concernant les allègements généraux pour les entreprises mono-établissements. Ceci vise à faciliter la mise en œuvre de la réforme pour les entreprises.

Les décrets n° 2018-1356 et n° 2018-1357 du 28 décembre 2018 relatifs à la mise en œuvre de la réduction générale des cotisations et contributions sociales à la charge des employeurs et aux modalités d'application de certains dispositifs d'exonérations ciblées de cotisations sociales ont permis de communiquer aux employeurs l'ensemble des dispositions d'application juridiquement requises dès la publication de la loi.

A la suite du recueil des questions des professionnels et après plusieurs réunions de concertation avec les éditeurs de logiciels de paie, les modalités pratiques de mise en œuvre de l'ensemble des mesures d'exonération ont fait l'objet d'une instruction publiée le 19 juin 2019 et portant diffusion d'un "questions-réponses" relatif à la mise en œuvre de la baisse du taux de cotisations d'assurance maladie et du renforcement de la réduction générale des cotisations et contributions sociales à la charge des employeurs,

Enfin, par une instruction du 28 février 2019, il a été demandé aux organismes de recouvrement des cotisations sociales de n'appliquer aucune majoration de retard ou pénalité en cas d'erreur de déclaration, pour l'ensemble des mesures entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2019, dès lors que les déclarations des cotisations et le versement afférent seront effectués, au titre des échéances de février et mars 2019, jusqu'à cinq jours après la date d'exigibilité légale. De plus, aucune sanction pour erreur déclarative ne sera appliquée

pour l'ensemble des erreurs commises lorsque celles-ci portent sur le calcul des exonérations sociales ayant fait l'objet de modifications au 1^{er} janvier 2019 au titre des six premiers de l'année 2019.

Par ailleurs, le décret n° 2019-199 du 15 mars 2019 relatif à l'exonération de cotisations sociales applicable aux employeurs implantés en outre-mer a précisé les modalités d'application de cet article pour les employeurs ultra-marins. Les modalités d'application en outre-mer ont également été précisées par une instruction interministérielle du 22 mai 2019 relative à l'exonération de cotisations et contributions patronales dans les départements d'outre-mer, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin.

Enfin, afin d'accompagner les entreprises dans la mise en œuvre de ces réformes majeures, le Gouvernement a assoupli de manière spécifique les modalités déclaratives applicables pour les employeurs en outre-mer. Ainsi, l'instruction du 20 juin 2019 a demandé aux organismes d'accepter la déclaration des montants d'exonération au titre des premiers mois de l'année sur une seule période de référence, la déclaration sociale nominative portant cette régularisation pouvant être effectuée jusqu'aux échéances de septembre 2019.

Article 9 : Mesures en faveur des cotisants victimes de l'ouragan « Irma »

Dans le cadre de l'article 16 de la LFSS du 30 décembre 2017, un dispositif permettant un sursis à poursuite et la conclusion d'un plan d'apurement pour les cotisants de Saint-Barthélemy et Saint-Martin a été mis en œuvre à la suite de l'ouragan « Irma ».

En septembre 2018, le Président de la République a pris l'engagement de prolonger les moratoires sur les cotisations et contributions sociales jusqu'au 30 juin 2019 afin de donner davantage de temps aux acteurs économiques locaux pour demander le bénéfice des dispositions. Environ 1200 entreprises avaient déjà bénéficié à cette date du moratoire prévu par la LFSS du 30 décembre 2017.

Par ailleurs, pour les employeurs installés dans la collectivité d'outre-mer de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy, le Président de la République s'était alors engagé à ce que les organismes puissent procéder à l'annulation totale ou partielle des cotisations et contributions patronales pour les entreprises dont l'activité est « durablement diminuée ».

Si l'abandon partiel des créances était déjà prévu par le dispositif issu de la LFSS pour 2018, l'abandon total constituait un engagement nouveau pour les cotisants du régime général et agricole de Saint-Martin et Saint-Barthélemy dont l'activité a été interrompue à la suite de l'ouragan « Irma ». C'est cet abandon total que l'article 9 de la LFSS du 22 décembre 2018 a exceptionnellement autorisé. Pour bénéficier de ce dispositif, la mesure prévoyait l'envoi par le cotisant d'une attestation de son chiffre d'affaire dont le modèle devait être fixé par arrêté.

L'arrêté du 26 avril 2019 fixant le modèle de demande d'abandon de créances de cotisations et contributions sociales pour les cotisants d'outre-mer de Saint-Barthélemy et Saint-Martin et ayant subi une baisse de leur chiffre d'affaires à la suite des événements climatiques exceptionnels survenus entre le 5 et le 7 septembre 2017 a été publié au Journal officiel le 2 mai 2019. Par tolérance, les organismes de sécurité sociale ont été autorisés à accepter de prendre en compte les demandes conformes à l'arrêté jusqu'au 31 juillet 2019. L'abandon total de la dette de cotisations et contributions patronales est accordé, si l'entreprise rapporte la preuve d'une baisse de son chiffre d'affaire, dès lors que celle-ci est avérée, significative et manifestement corrélée aux conséquences de l'ouragan. L'article 9 de la LFSS du 22 décembre 2018 a permis à près de 200 entreprises supplémentaires de bénéficier de cette mesure.

Article 10 : Prolongation de la durée de l'exonération ACCRE pour les exploitants relevant du micro-bénéfice agricole

Afin de promouvoir l'entrepreneuriat, et en lien avec les engagements pris par le Président de la République, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a mis en place un dispositif généralisé d'exonération de l'ensemble des cotisations de sécurité sociale dont sont redevables les travailleurs indépendants qui créent ou reprennent une activité (et non plus uniquement les demandeurs d'emploi), prenant ainsi la forme d'un élargissement du champ des bénéficiaires de l'exonération, à compter de 2019. Ainsi, une « année blanche » de cotisations est accordée à tous les créateurs et repreneurs d'entreprises, afin d'encourager la création d'activité, de faciliter l'amorçage des nouvelles entreprises et de soutenir les modèles économiques encore fragiles.

Pour les travailleurs indépendants relevant du régime micro-fiscal (micro-BIC, micro-BNC) et optant pour le régime micro-social, l'exonération permet un accompagnement dégressif sur trois ans du développement de leur activité.

Cet article a procédé à l'extension du bénéfice de la prolongation de cette exonération aux travailleurs indépendants soumis au régime des micro-bénéficiaires agricoles (micro-BA). Le décret n° 2018-1357 du 28 décembre 2018 relatif aux modalités d'application de certains dispositifs d'exonérations ciblées de cotisations sociales a procédé à la modification des dispositions réglementaires existantes pour prendre en compte cette extension.

Article 11 : Alignement progressif du tarif de la cotisation sociale applicable sur les alcools en outre-mer au niveau de celui en vigueur dans l'hexagone

Cet article vise à aligner progressivement, à partir de 2020 et sur 6 ans, la cotisation de sécurité sociale applicable aux alcools forts produits et consommés dans les territoires ultra-marins par rapport au tarif en vigueur en métropole. En outre, elle aligne dès 2020 le mode de calcul de cette cotisation sur celui de la métropole en l'appliquant à une quantité d'alcool pur et non plus une quantité de boisson alcoolisée. L'usage nocif d'alcool constitue une problématique de santé publique importante dans les territoires d'outre-mer. La pratique d'alcoolisation ponctuelle importante est en hausse chez les jeunes dans ces territoires et la consommation quotidienne d'alcool est plus importante sur ces territoires qu'en métropole.

En 2016, la Cour des Comptes a souligné, dans son rapport sur les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool, la grande accessibilité des rhums produits et vendus localement. Cette accessibilité, liée à une fiscalité très avantageuse et permettant de proposer des prix de vente très bas, a pour conséquence de favoriser les consommations à risque chez les populations vulnérables.

Fixé à 557,90 € par hectolitre d'alcool pur en métropole, le montant de la cotisation de sécurité sociale sur les alcools est de 40 € par hectolitre pour les tafias, rhums et spiritueux composés à base d'alcool de cru produits et consommés en Guadeloupe, en Martinique, en Guyane, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin. Cet écart considérable de fiscalité n'est pas justifié.

L'article permet d'uniformiser, de manière progressive, le montant de cette cotisation de sécurité sociale dans tous les territoires français.

Cet article ne nécessitait pas de dispositions réglementaires d'application.

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

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

Cette mesure ajuste les critères d'assujettissement et les modalités d'assiette de la cotisation subsidiaire d'assurance maladie afin de rendre celle-ci plus équitable.

La cotisation subsidiaire d'assurance maladie, qui a succédé en 2016 à la cotisation à la couverture maladie universelle de base (CMU-b), vise à assurer une juste contribution de l'ensemble des assurés au financement de l'assurance maladie, y compris ceux qui ne justifient pas de l'exercice d'une activité professionnelle ou d'un rattachement au titre de la perception d'une pension d'assurance vieillesse mais disposent de revenus du capital suffisamment importants pour acquitter une contribution au financement de leur couverture santé. 60 000 personnes étaient redevables de la cotisation en 2017 pour un rendement estimé à 130 millions d'euros.

Dans le cadre de la dernière campagne de recouvrement relatif à la cotisation due au titre de 2017 des ajustements de certains paramètres de la cotisation sont apparus opportuns.

La mesure ainsi que les modifications intervenues par voie réglementaire (*cf.* ci-dessous) modifient ainsi les modalités de calcul de la cotisation : l'abattement d'assiette, correspondant actuellement à 25 % du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS), est porté à 50 % du PASS, ce qui permet de circonscrire l'assujettissement aux personnes disposant de revenus du capital importants et représentant une part prépondérante de leurs revenus. Le taux de la cotisation est pour sa part ramené par décret de 8 % à 6,5 % afin de l'aligner sur le taux de la cotisation acquittée par les travailleurs indépendants au titre des prestations en nature d'assurance maladie.

La dégressivité de la cotisation due – fonction du montant de revenus d'activité perçu par le redevable – est par ailleurs renforcée. Dans le même temps, le seuil de revenus d'activité au-delà duquel la cotisation n'est plus due est doublé par décret (cf. ci-dessous) pour s'établir à 20 % du PASS. Enfin, l'assiette de la cotisation est plafonnée à huit fois la valeur du PASS.

Au total, ces modifications ont pour effet d'une part de réduire d'un tiers le nombre des redevables de la cotisation actuelle en excluant les personnes dont les revenus du capital sont les plus faibles, et d'autre part de mieux proportionner le montant de cotisation acquitté par les assurés qui demeurent assujettis. Ces nouvelles dispositions s'appliquent à compter des cotisations dues au titre de 2019. Ainsi, ces modifications produiront leurs effets lors de la prochaine campagne de recouvrement à la fin de l'année 2019.

Le décret n°2019-349 du 23 avril 2019 relatif aux modalités de calcul de la cotisation prévue à l'article L. 380-2 du code de la sécurité sociale est venu préciser les modalités d'application de cet article.

Article 13 : Rapport sur les effets des cotisations minimales pour les travailleurs indépendants applicables à une activité saisonnière de courte durée ou le paiement de cotisations par des personnes ayant déjà liquidé leur pension de retraite

La question des cotisations acquittées par des personnes exerçant une activité indépendante et affiliées à d'autres régimes ou qui ont déjà liquidé leurs droits à l'assurance vieillesse fait régulièrement l'objet d'interrogations sur leur bien fondé, notamment dans le cadre du débat parlementaire.

Applicable à des situations très différentes et souvent construite de manière ponctuelle, régime par régime, l'obligation de cotisation minimale dans certains cas sans contrepartie en termes de droits est parfois mal comprise et mal acceptée par les travailleurs indépendants qui y sont soumis.

L'article prévoit donc que le Gouvernement réalise un bilan complet de l'ensemble des dispositifs qui engendrent ces situations et qu'il dessine quelques pistes d'évolutions raisonnables pour éclairer la représentation nationale. Ce rapport sera remis au Parlement à la fin de l'été, afin de permettre au parlementaire de l'étudier avant l'examen du prochain projet de loi de financement.

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

Conformément aux engagements pris par le Gouvernement, cette mesure a permis d'atténuer la hausse de la CSG pour les foyers dont les revenus sont à la limite du seuil de revenu déclenchant le taux normal de CSG et qui, pour des variations limitées et parfois ponctuelles de revenus, peuvent basculer au taux normal. Le problème que rencontrent ces foyers, dont les allers-retours sont fréquents entre le taux réduit (3,8%) et le taux plein (8,3%) de CSG, n'est pas nouveau, mais il a été amplifié par la hausse du taux plein de CSG de 1,7 point au 1er janvier 2018, qui creuse l'écart entre les deux taux.

Le franchissement du seuil de déclenchement du taux plein, pour les retraités modestes en particulier, conduit ainsi à une hausse importante des prélèvements dus, alors que l'accroissement de revenu peut être limité, voire temporaire ; par ailleurs, la hausse de prélèvement s'applique deux ans plus tard alors que les revenus ont pu dans l'intervalle se réduire de nouveau.

Aussi, afin d'éviter que les titulaires de revenus de remplacement ne soient pas assujettis à la CSG au taux plein pour des hausses parfois limitées et temporaires de revenu, l'article 14 a permis de n'appliquer le taux plein de CSG que lorsque les revenus de référence des assurés excèdent le seuil défini au titre de deux années consécutives.

La mesure, qui évite, selon les estimations, chaque année l'entrée d'environ 350 000 foyers de retraités dans le taux plein de CSG, s'applique aux revenus de remplacement dus à compter du 1er janvier 2019.

Cette disposition ne nécessitait pas de mesure réglementaire d'application.

Toutefois, la mise en œuvre a été affectée par l'introduction d'un taux supplémentaire de CSG (6,6%) par la loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales.

En pratique, au 1er janvier 2019, les titulaires de revenus de remplacement n'ont été assujettis au taux plein (8,3 %) ou au taux intermédiaire (6,6 %) que lorsque leurs revenus de référence excédait le seuil défini au titre

des deux années consécutives précédentes. Cette mesure est donc entrée en vigueur sur les revenus de remplacement attribués au titre des périodes courant à compter du 1er janvier.

Toutefois, afin de tenir compte des différentes contraintes techniques inhérentes à l'implémentation des nouvelles règles de taux de CSG dans les systèmes d'information, l'entrée en vigueur effective du taux de 6,6 % issu de la loi MUES pour les personnes dont les revenus de l'avant dernière année sont compris entre 14 549 € et 22 579 € (à condition que leur RFR 2016 ne leur permette pas d'être assujettis au taux de 3,8 % en 2019) n'a été réalisée que pour les versements intervenant à partir de mai 2019.

Le trop-perçu au titre de la période courant du 1er janvier au mois d'avril 2019 a donné lieu à un remboursement en mai et juin 2019.

Article 15 : Exonération de taxe sur les salaires au profit de l'établissement français du sang

L'Établissement français du sang (EFS) est l'opérateur civil unique de la transfusion sanguine en France. Il a pour mission d'assurer l'autosuffisance de la France en produits sanguins dans des conditions de sécurité et de qualité optimales. L'EFS est chargé du prélèvement de sang, de la préparation des produits sanguins, de la qualification biologique des dons et de la distribution des produits sanguins aux établissements de santé.

Afin de soutenir cet établissement dans l'exercice de ses missions, qui présentent un enjeu essentiel en matière de santé publique, une exonération de la taxe sur les salaires (TS) a été prévue par la LFSS. Cette mesure est justifiée par le fait qu'en application d'un arrêt récent de la CJUE (affaire C-412/15 « TMD »), ses droits à déduction en TVA seront obérés et, corrélativement, sa charge de TS serait, en l'absence de cette mesure, significativement augmentée.

Article 16 : Mesures d'encouragement de dispositifs d'épargne salariale dans les entreprises de moins de 50 salariés et de conclusions d'accords d'intéressement pour les entreprises de 50 à 250 salariés

Le mesure vise à encourager la diffusion des dispositifs d'épargne salariale dans les entreprises de moins de 50 salariés et à développer la conclusion d'accords d'intéressement pour les entreprises de 50 à 250 salariés. L'assujettissement au forfait social des sommes versées dans le cadre des dispositifs d'épargne salariale, et notamment le passage depuis 2012 de 8 % à 20 % du taux de cette contribution, a pu constituer en effet un frein plus marqué pour les entreprises de moins de 50 salariés. Afin d'accompagner le développement de ces dispositifs la mesure a conduit ;

- à supprimer le forfait social pour les entreprises de moins de 50 salariés sur les versements issus des primes d'intéressement et de participation ainsi que sur les abondements des employeurs ;
- à supprimer également le forfait social pour les entreprises de 50 à 250 salariés qui disposent ou concluent un accord d'intéressement ;
- à diminuer de moitié le forfait social (10 %) sur l'abondement des employeurs sur les fonds d'actionnariat salarié.

L'insertion de cette mesure, initialement portée par la loi « PACTE », en loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a permis son entrée en vigueur de ces dispositions au 1er janvier 2019.

Cette disposition ne nécessitait pas de mesure réglementaire d'application.

Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2019, les entreprises de moins de 50 salariés qui ne sont pas soumises à l'obligation de mettre en place un dispositif de participation ne sont pas assujetties au forfait social pour les sommes qu'elles versent au titre de la participation, de l'intéressement, ainsi que pour celles versées sur un plan d'épargne salariale quel que soit le support (PEE, PEI, PEG, PERCO, PERCO-I).

Les entreprises qui emploient au moins 50 salariés et moins de 250 salariés ne sont plus assujetties à la même date au forfait social pour les sommes versées au titre de l'intéressement.

Ces mesures s'appliquent au 1er janvier 2019 pour les accords en cours et pour les accords conclus depuis cette date.

La condition d'effectif s'apprécie sur 12 mois consécutifs ou non, au cours des 3 derniers exercices. Toutefois, la loi PACTE prévoit, à partir du 1^{er} janvier 2020 que le seuil d'effectif serait franchi uniquement lorsque celui-ci a été atteint pendant cinq années consécutives.

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

La mesure sécurise la participation des organismes complémentaires (OC) au financement du « forfait patientèle » des médecins traitants par la transformation de la contribution adoptée chaque année en LFSS en une contribution fiscale. Ce dispositif, assis sur le montant des primes et cotisations versées au profit des organismes complémentaires au titre des contrats d'assurance maladie complémentaires, représente un rendement de 300 M€ au titre de 2019 conforme à l'engagement des organismes complémentaires, initié en 2012, et renouvelé dans la convention médicale du 25 août 2016. Afin de tenir compte de cet engagement, le taux de la contribution pourra être ajusté en cas d'évolution de l'assiette.

Cette disposition ne nécessitait pas de mesure réglementaire d'application.

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

Le Gouvernement poursuit la démarche de modernisation des dispositifs de recouvrement des cotisations sociales, afin de les rendre plus accessibles, plus simples et plus efficaces. La mesure adoptée déploie cette orientation selon trois modalités.

D'une part, les dispositifs du TESE (titre emploi service entreprise) et du CEA (chèque emploi associatif) sont ouverts depuis le 1^{er} janvier 2019 à toutes les entreprises et associations quelle que soit leur taille, et non plus aux seules structures de moins de 20 salariés. Ces dispositifs prennent en charge, pour le compte des employeurs, les démarches liées au prélèvement à la source de l'impôt de leurs salariés.

D'autre part, cette mesure visait à renforcer la dématérialisation des démarches des particuliers employeurs, en lien avec les chantiers de transformation de l'action publique lancés par le Gouvernement et l'objectif fixé dans ce cadre d'une administration « 100% dématérialisée ». L'utilisation de supports papier pour réaliser les déclarations de salaires dans le cadre du CESU est désormais réservée aux seules personnes qui n'étant pas soumises à l'obligation de dématérialisation pour la souscription de leur déclaration fiscale de revenus.

Les décrets n° 2019-198 du 15 mars 2019 relatif aux dispositifs simplifiés de déclaration et de recouvrement de cotisations et de contributions sociales et n° 2019-613 du 19 juin 2019 relatif à la simplification des déclarations sociales des employeurs ont précisé les modalités d'application de cette mesure.

Pour les petites entreprises et les associations, les formalités sociales qui peuvent être réalisées par le biais du TESE, du TESA et du CEA, ont été étendues renforçant ainsi leur caractère de guichet unique, et offrant aux employeurs les mêmes fonctionnalités que celles ouvertes par la DSN. Concrètement, les dispositifs TESE, TESA et CEA se chargent désormais pour leurs utilisateurs de déclarer l'attestation de salaires versés à leurs employés pour le calcul des indemnités journalières maladie et d'envoyer l'attestation d'emploi destinée à l'assurance chômage, sur la base d'un simple signalement des employeurs, sans nécessiter de re-calcul.

Par ailleurs, en application de la LFSS pour 2017, les nouveaux services dits « tout-en-un » Pajemploi+ et CESU+ ont été ouverts depuis le 25 mai 2019. Les particuliers employeurs peuvent désormais payer leurs salariés par l'intermédiaire d'un service de paiement mis à disposition par les dispositifs du CESU+ et de Pajemploi+. Ces services optionnels et gratuits permettent à un particulier employeur de confier au dispositif l'intégralité du processus de rémunération. La déclaration des éléments de salaire entraîne le prélèvement du salaire à l'employeur et le versement de la rémunération au salarié par Pajemploi+ ou CESU+, en plus du prélèvement des cotisations. Ces services simplifieront également la gestion du prélèvement à la source prévue à compter de janvier 2020 par les particuliers employeurs.

Pajemploi + a été rendu disponible simultanément à la mise en place du Complément mode de garde (CMG) rénové. Ce dernier permet de prendre en charge une partie du salaire et tout ou partie des cotisations selon le mode de garde choisi. Si le droit au CMG est toujours accordé par la CAF ou la MSA, le calcul et le versement sont opérés par le centre Pajemploi. grâce à ce dispositif, le parent employeur bénéficie d'un interlocuteur

unique, dispose immédiatement du coût de la garde, voit les délais de traitement et de versement de l'aide raccourcis.

Au cours de la première échéance à la suite de l'ouverture de Pajemploi+ près de 47 000 employeurs ont choisi d'utiliser l'offre « + » ce qui représente plus de 7% des déclarations effectuées pour ce public.

Par ailleurs, depuis la déclaration sociale de revenus des travailleurs indépendants, qui était déjà réalisée très majoritairement par voie dématérialisée, est réalisée exclusivement par ce moyen depuis 2019, ce qui facilite les travaux de simplification de cette démarche et d'intégration de cette déclaration à la déclaration de revenus à l'administration fiscale comme le Gouvernement s'y est engagé.

Enfin, cette mesure visait à renforcer la dématérialisation des documents utilisés dans les relations entre les organismes de recouvrement et les cotisants, avec en particulier l'envoi électronique des mises en demeure et la possibilité de conserver des pièces justificatives susceptibles d'être examinées lors d'un contrôle sur support informatique.

Concernant cette dernière possibilité, comme en matière fiscale, la loi de financement de la sécurité sociale a renvoyé à un arrêté les modalités de numérisation des justificatifs, afin de garantir qu'ils ne soient ni altérés, ni modifiés pendant le délai légal de conservation. L'arrêté du 23 mai 2019 fixant les modalités de numérisation des pièces et documents établis ou reçus sur support papier en application de l'article L. 243-16 du code de la sécurité sociale a été publié au Journal officiel du 29 mai 2019. Il fait référence aux conditions prévues en matière fiscale dans un souci de simplification pour les redevables.

La disposition relative à l'envoi électronique des mises en demeure était d'application directe.

Article 19 : Prolongation de la procédure contradictoire sur demande du cotisant reçue par l'organisme avant l'expiration du délai initial

Cette mesure permet aux cotisants de demander la prolongation de la procédure contradictoire lui permettant de répondre à la lettre d'observations transmise par l'Urssaf. Le délai est fixé à 30 jours par le code de la sécurité sociale (art R 243-59 III al 3). En matière fiscale, le livre des procédures fiscales prévoit une possibilité de demander une prolongation de 30 jours (art L 57) portant ainsi la durée de la période contradictoire à 60 jours en cas de prolongation.

A la date de réalisation de la présente annexe, le décret d'application est en cours d'examen au Conseil d'Etat.

Article 20 : Simplification de la procédure de dépôt des demandes de modifications mineures d'AMM auprès de l'ANSM

En cohérence avec les propositions formulées dans le cadre du Conseil stratégique des industries de santé, cet article a simplifié la procédure de dépôt de demande de modification d'autorisation de mise sur le marché (AMM) d'un médicament auprès de l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM) afin que les redevables n'aient plus à s'acquitter d'un droit d'enregistrement lorsque les modifications demandées à une AMM sont des modifications simples, à savoir celles qui portent sur des informations purement administratives ou l'emballage sans contact avec le produit. Au regard de la baisse de droits d'enregistrement qu'implique cette simplification, des augmentations des montants des droits pour les demandes initiales d'AMM ou pour des modifications majeures devaient être prévues par décret.

Le décret n° 2019-388 du 30 avril 2019 relatif aux modifications mineures de type IA des termes d'une autorisation de mise sur le marché qui ne sont pas subordonnées au paiement du droit prévu à l'article 1635 *bis* AE du code général des impôts identifie les modifications mineures de type IA qui demeurent subordonnées au paiement d'un droit d'enregistrement, les autres modifications appartenant à cette catégorie étant désormais exonérées. Le décret n° 2019-389 du 30 avril 2019 pris pour l'application de l'article 1635 *bis* AE du code général des impôts relatifs aux droits perçus à l'occasion de demandes déposées à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé adapte les tarifs des montants des droits pour compenser la perte induite par l'exonération de l'essentiel des modifications mineures de type IA.

Article 21 : Simplifier et homogénéiser les mécanismes de sauvegarde pour les produits de santé

Le conseil stratégique des industries de santé, qui s'est tenu le 10 juillet 2018, a notamment affirmé l'objectif d'un cadre de dialogue plus stable et plus lisible avec les industries de santé. Cet article constitue l'une des traductions importantes de cet objectif, en faisant évoluer la clause de sauvegarde pour les médicaments. Il s'agissait de simplifier les règles de ce mécanisme, dont l'objectif reste de permettre à la sécurité sociale de faire face à l'évolution des dépenses de médicaments.

Cet article permet de rendre la clause de sauvegarde plus cohérente avec son objectif : son assiette est élargie à l'ensemble des médicaments, alors que le dispositif précédant permettait de nombreuses exonérations ; elle intègre également les remises déjà versées par les laboratoires pour que son assiette corresponde mieux aux dépenses suivies dans le cadre de l'ONDAM. La clause de sauvegarde devient également plus lisible, puisqu'elle consistera en un seul agrégat, mettant ainsi fin à la distinction entre la régulation spécifique en ville (taux « Lv ») et à l'hôpital (taux « Lh »). Pour l'année 2019, le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde est fixé à un niveau qui équivaldrait à une progression de 0,5 % du chiffre d'affaires net des médicaments remboursables par rapport à celui de 2018.

Cette disposition ne nécessitait pas de mesure d'application.

Article 22 : Mesures en faveur des travailleurs indépendants (1/2) : clarification des modalités de calcul des cotisations sociales des travailleurs indépendants

Dans la poursuite de l'objectif de simplification du droit applicable aux travailleurs indépendants, cet article vise à clarifier les dispositions relatives à l'assiette des cotisations des travailleurs indépendants.

L'article procède en premier lieu à une réécriture des dispositions relatives à l'assiette des cotisations dues par les travailleurs indépendants, afin d'en préciser les modalités de calcul. Elle fixe désormais les modalités de réalisation de ce calcul visant à déterminer le montant des cotisations sociales personnelles à déduire de cette assiette. Il s'agit cependant uniquement d'une clarification de l'écriture même de la loi sans impact sur sa mise en œuvre et avec des conséquences nulles sur le niveau des cotisations dues.

Par ailleurs, pour faciliter ces calculs, cet article prévoit également la mise en place par l'ACOSS avec les caisses et sections professionnelles des professions libérales, à compter de 2020, d'un simulateur qui permettra aux travailleurs indépendants (artisans, commerçants et professions libérales) ne relevant pas des régimes micro-fiscaux de procéder à tout moment au calcul des cotisations et contributions dues. L'objectif est de faciliter l'unification de la déclaration sociale des revenus et de la déclaration de revenus aux impôts à terme. Ce

Toutefois, avant l'entrée en œuvre de ces dispositifs au 1^{er} janvier 2020, d'autres modifications sont envisagées à terme dans le cadre de la préparation de la réforme des retraites qui peuvent rendre complexe la mise en œuvre de cette mesure de simplification sous forme d'aide au calcul alors que ce calcul évoluera prochainement tel qu'il sera présenté dans la loi de réforme des retraites. En outre, d'autres simplifications sont envisagées, notamment dans le cadre de cette loi, qui modifieront de manière plus substantielle les modalités de réalisation de ces calculs. Dans ce contexte, un travail est engagé avec les organismes sur les modalités de mise en œuvre de ce dispositif en 2020 ou son report au profit d'une intégration avec les travaux sur les futures dispositions de la loi créant un système universel de retraite.

Par ailleurs, l'expérimentation, introduite par l'article 15 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, permettant aux travailleurs indépendants volontaires d'acquitter leurs cotisations et contributions sociales provisionnelles sur une base mensuelle ou trimestrielle établie à partir des informations communiquées par ces travailleurs indépendants en fonction de leur activité ou de leurs revenus mensuels ou trimestriels, qui devait, aux termes de la loi, être interrompue le 30 juin 2019 a été prolongée jusqu'à la fin de l'exercice civil soit jusqu'au 31 décembre 2019.

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

Les sanctions applicables en matière de travail dissimulé étaient les mêmes entre les employeurs quelle que soit leur taille ou la gravité des infractions constatées.

L'article vise à permettre de moduler les annulations de réductions de cotisations de sécurité sociale lorsque le manquement relève d'une dissimulation d'activité partielle et non d'une dissimulation totale, lorsqu'il s'agit

d'un cas de requalification de la relation de travail en relation salariée dans une relation de prestation sans intention évidente ou enfin lorsque l'ampleur de l'infraction (proportion des heures de travail ou des salaires non-déclarés) représente une proportion très faible à l'échelle de l'entreprise, et procède manifestement d'une infraction à caractère isolé.

A la date de réalisation de la présente annexe, le décret d'application de cette disposition est en cours d'examen au Conseil d'Etat.

Enfin, dans l'objectif d'assurer un meilleur acquittement par les employeurs des sommes dont ils sont redevables en cas de redressement faisant suite à un constat de travail dissimulé, l'article autorise une réduction des majorations de retard lorsque le paiement des sommes dues intervient rapidement. En contrepartie, ces majorations sont accrues en cas de répétition des faits.

Cette disposition ne nécessitait pas de mesure réglementaire d'application.

Article 24 : Rapport sur la fraude patronale aux cotisations sociales.

La fraude aux cotisations sociales est estimée par l'ACOSS entre somme récupérée suite aux interventions des agents de contrôle des URSSAF s'établit à 1,5 milliard d'euros d'après le rapport d'activité 2016 de l'ACOSS. Sur cette somme, 555 millions d'euros sont redressés au titre du travail dissimulé.

Le rapport vise à disposer d'une évaluation gouvernementale récente du montant de la fraude patronale aux cotisations sociales et de formuler des recommandations pour mieux lutter contre ce type de fraude.

A la date de réalisation de la présente annexe, le rapport est en cours dépôt.

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

La mesure traduit la volonté de modernisation et de transformation publique, selon deux logiques convergentes. En premier lieu, elle vise à adapter le contrôle interne et la fonction comptable et financière des organismes de sécurité sociale, pour renforcer, d'une part, la maîtrise des risques d'erreurs de liquidation des prestations, et d'autre part, la capacité d'analyse des comptes pour un meilleur pilotage des finances publiques. La responsabilité conjointe du directeur et du directeur comptable et financier dans la mise en œuvre du plan de contrôle interne et d'actions permettant de remédier aux déficiences constatées est ainsi réaffirmée au niveau législatif. L'agent comptable, renommé directeur comptable et financier, se voit confier un rôle de coordination dans le suivi comptable et budgétaire, et la synthèse des résultats du contrôle interne.

En second lieu, afin de gagner en efficience en matière de gestion de trésorerie et du recouvrement, la mesure a étendu de manière optionnelle le champ de gestion de trésorerie de l'ACOSS à l'ensemble des régimes obligatoires de sécurité sociale et à la CNSA. Elle autorise l'ACOSS à accorder, sous certaines conditions, des avances de trésorerie à des organismes tiers pour lesquels elle effectue déjà une mission de recouvrement. Enfin, elle permet au pouvoir réglementaire d'élargir le champ du recouvrement par l'ACOSS aux cotisations dues au titre d'un régime obligatoire dans les cas où cela permettrait une gestion plus efficiente.

Cette disposition ne nécessitait pas de mesure réglementaire d'application.

2.2. Titre 2 : Conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale

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

Cet article procède à des transferts de recettes entre branches et organismes de sécurité sociale ou pour lesquels des recettes sont recouvrées ou centralisées par la sécurité sociale.

En premier lieu, il organise la répartition des recettes affectées à la sécurité sociale en contrepartie de la réduction de 6 points des cotisations d'assurance maladie sous 2,5 SMIC, du renforcement des allègements généraux et de l'effet en année pleine de la baisse des cotisations salariales d'assurance chômage. Une fraction de CSG est affectée à l'UNEDIC au titre des cotisations salariales supprimées, conformément aux engagements pris par le Gouvernement. Les pertes de recettes liées à l'intégration des cotisations patronales d'assurance chômage et de retraite complémentaires dans le calcul des allègements généraux renforcés ont été compensées à dans le cadre d'une prise en charge par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, qui se voit affecter des recettes à ce titre. Comme dans la LFSS pour 2018, les branches du régime

général équilibrent l'ACOSS au titre de sa mission de prise en charge des cotisations patronales d'assurance chômage. Pour les cotisations d'assurance vieillesse complémentaire, à titre transitoire, afin de maintenir inchangé le niveau des ressources des régimes complémentaires dans la perspective de la réforme des retraites, un mécanisme similaire est mis en place, reposant sur un équilibrage par la seule branche d'assurance vieillesse de base du régime général.

En deuxième lieu, l'article a modifié l'affectation des prélèvements sociaux sur les revenus du capital, de manière à simplifier les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale. Les prélèvements sociaux hors CSG et CRDS sont remplacés par un prélèvement de solidarité, affecté au budget général. La réaffectation permet ainsi de fusionner plusieurs prélèvements qui se sont sédimentés à raison d'affectataires historiquement différents, mais qui n'ont plus lieu d'être distingués compte tenu de leur unicité d'assiette et d'affectation.

En troisième lieu, l'article introduit une exonération de CSG et de CRDS assises sur les revenus du capital perçus par les personnes qui ne relèvent pas de la sécurité sociale en France mais qui sont affiliées au sein d'un autre Etat membre de l'Union européenne (UE), de l'Espace économique européen (EEE) ou en Suisse. Cette exonération, qui s'applique indépendamment de l'Etat de résidence de la personne, garantit la bonne application du droit de l'Union et s'articule avec l'existence, au sein de l'espace européen, d'un système coordonné de sécurité sociale. L'exonération ne s'applique pas, en revanche, aux personnes affiliées en dehors de l'espace européen, dès lors qu'elles ne relèvent d'un régime soumis aux dispositions du droit de l'Union. Conformément aux dispositions de la loi, un décret d'application a précisé les conditions de mise en œuvre de cette exonération en ce qu'elle concerne la CSG et la CRDS assises sur les produits de placement, qui sont précomptées par les établissements payeurs (décret n° 2019-633 du 24 juin 2019 relatif aux obligations fixées pour le bénéfice des dispositions prévues au 1^{er} de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale).

En quatrième lieu, l'article opère une compensation à la branche vieillesse du régime général afin de neutraliser pour la branche l'absence de compensation systématique des exonérations et baisses de cotisations, s'agissant particulièrement des exonérations de cotisation pour les heures supplémentaires.

En cinquième lieu, l'article affecte 50 M€ au financement de la transformation des services d'aide à domicile, conformément aux engagements de la feuille de route présentée le 30 mai par la ministre des Solidarités et de la Santé.

L'ensemble des dispositions réglementaires d'application ont été prises.

Article 27 : Reprise par la CADES des déficits portés en trésorerie par l'ACOSS

Le Gouvernement s'est engagé dès le début du quinquennat à poursuivre le rétablissement des comptes de la sécurité sociale. Si la part la plus importante de la dette sociale a été transférée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), dont la date d'extinction demeure fixée à 2024, les déficits des derniers exercices restent à ce jour portés par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Cette mesure visait à permettre le transfert de 15 Md€ de dette résiduelle de l'Acoss à la CADES et à le financer par l'affectation d'une fraction de contribution sociale généralisée (CSG), pour un montant de près de 1,5 milliard d'euros en 2020, augmenté de 2 Md€ en 2021 et d'1,5 milliard d'euros en 2022 soit 5 Md€ en cumul.

Ce transfert était rendu possible par une trajectoire de retour à l'équilibre des comptes sociaux, qui a été révisée début 2019 compte tenu de la dégradation des conditions macroéconomique et du financement des mesures introduites par la loi 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales. Le PLFSS 2020 procède à l'abrogation de ces dispositions, dont les dispositions d'applications devaient être publiées courant 2020.

Article 28 : Mesure d'harmonisation des règles d'affiliation au régime des élèves et étudiants marins avec les règles de droit commun

L'article 11 de la loi n° 2018-166 du 8 mars 2018 relative à l'orientation et à la réussite des étudiants a supprimé le « régime étudiant » de sécurité sociale, ainsi que la cotisation spécifique y afférente. A compter du 1^{er} septembre 2019, les jeunes qui poursuivent des études sans avoir la qualité de travailleur restent ainsi affiliés au régime de leurs parents jusqu'à l'âge de 24 ans. Au-delà de cet âge, ils sont affiliés au régime

général s'ils n'ont pas débuté d'activité professionnelle. Cette réforme avait notamment pour objet d'éviter les mutations entre régimes de sécurité sociale et le retard dans l'accès au droit en résultant parfois.

Les élèves et étudiants des lycées professionnels maritimes (LPM) et de l'École nationale supérieure maritime (ENSM) ne relevaient pas du « régime étudiant » de sécurité sociale. Jusqu'à la LFSS pour 2019, les articles L. 421-21 et L. 757-1 du code de l'éducation prévoyaient en effet que les intéressés étaient affiliés au régime spécial des marins, géré par l'établissement national des invalides de la marine (ENIM). Une cotisation *ad hoc* du même montant que celle des étudiants de droit commun était également due.

A compter de la LFSS pour 2019, ces articles du code de l'éducation ont été modifiés, afin qu'à l'instar des étudiants des autres filières, les élèves et étudiants de l'enseignement maritime restent affiliés au régime de leurs parents et soient exonérés du paiement de toute cotisation étudiante. Comme dans le dispositif de droit commun, ces dispositions prennent effet à la rentrée scolaire 2019-2020, la cotisation ayant toutefois été supprimée dès la rentrée 2018-2019.

Article 29 : Exclusion des experts judiciaires affiliés à un régime de travailleurs non-salariés du statut de collaborateur occasionnel du service public

Par une décision du 17 mars 2017, le Conseil d'État a annulé l'article 1er du décret n° 2015-1869 du 30 décembre 2015 relatif à l'affiliation au régime général de sécurité sociale des personnes participant de façon occasionnelle à des missions de service public en tant qu'il ne faisait pas figurer les experts désignés par le juge judiciaire pour accomplir des expertises médicales, psychiatriques ou psychologiques, autres que les médecins et psychologues exerçant des activités d'expertises médicales, psychiatriques ou psychologiques rémunérés en application des dispositions de l'article R. 91 du code de procédure pénale et qui ne sont pas affiliés à un régime de travailleurs non-salariés, sur la liste, fixée à l'article D. 311-1 du code de la sécurité sociale, des collaborateurs occasionnels du service public au sens du 21° de l'article L. 311-3 du même code.

Cette mesure tire les conséquences de la décision du Conseil d'Etat en excluant du statut de collaborateur occasionnel du service public les experts judiciaires déjà affiliés à un régime de travailleurs non-salariés. Avec cette disposition, les experts en question sont donc considérés comme des travailleurs indépendants, qui doivent s'affilier au régime social des indépendants pour cette activité accessoire sans rattachement à leur activité principale.

Cette disposition ne nécessitait pas de mesure réglementaire d'application.

Article 30 : Ratification des ordonnances n° 2018-470 du 12 juin 2018 procédant au regroupement et à la mise en cohérence des dispositions du code de la sécurité sociale applicables aux travailleurs indépendants et n° 2018-474 du 12 juin 2018 relative à la simplification et à l'harmonisation des définitions des assiettes des cotisations et contributions de sécurité sociale

L'ordonnance n° 2018-470 du 12 juin 2018 procédant au regroupement et à la mise en cohérence des dispositions du code de la sécurité sociale applicables aux travailleurs indépendants est venue tirer les conséquences rédactionnelles, dans l'ensemble des codes, de la suppression du régime social des indépendants.

L'ordonnance n° 2018-474 du 12 juin 2018 relative à la simplification et à l'harmonisation des définitions des assiettes des cotisations et contributions de sécurité sociale a procédé à la simplification de la législation applicable en matière de définition des assiettes sociales. Cet article a procédé à la ratification de ces deux ordonnances et à la correction de deux erreurs matérielles dans le code de la construction et de l'habitation et dans le code de la sécurité sociale.

Cette disposition ne nécessitait pas de mesure réglementaire d'application.

3. Dispositions relatives aux dépenses pour l'exercice 2019

3.1. Titre 1^{er} : Transformer le système de soins

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

Le développement d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins associant les usagers est un axe central de la stratégie nationale de santé 2018-2022. En France, l'introduction de la rémunération sur objectifs de santé publique pour la médecine de ville et du programme Incitations Financières à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ) pour le secteur hospitalier en 2012, et la généralisation de ce programme en 2016 ont constitué des étapes importantes.

Dans le prolongement de ces premières étapes, la mesure a progressivement étendu le dispositif de rémunération à la qualité en établissement de santé aux établissements psychiatriques, dans un délai de trois ans. En outre, le dispositif évolue de manière à prendre mieux en compte, pour l'ensemble des établissements, les résultats et expériences rapportés par les patients.

Les modalités de mise en œuvre de cette mesure ont été précisées par le décret n° 2019-121 du 21 février 2019 portant modification de dispositions réglementaires du code de la sécurité sociale relatives à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Article 38 : Financement forfaitaire de pathologies chroniques

Le système actuel de rémunération, qui dans le domaine des soins de ville et des soins hospitaliers repose majoritairement sur la quantité de soins produits, est particulièrement peu adapté à la prise en charge des pathologies chroniques. En effet, il finance essentiellement les soins curatifs et peu les soins préventifs, et n'incite pas à la coordination entre acteurs.

C'est pourquoi cet article prévoyait d'engager la transition vers un modèle de rémunération forfaitaire pour la prise en charge de certaines pathologies chroniques en vue d'inciter les professionnels à prévenir la survenue des complications des maladies chroniques et à en freiner l'évolution.

La publication du décret d'application, qui a déjà été examiné par le Conseil d'Etat, est imminente, de même que celle des arrêtés qui détermineront le périmètre et le montant des forfaits, et la liste des établissements expérimentateurs.

Article 39 : Amplifier la portée du dispositif d'innovation du système de santé (art. 51 LFSS 2018)

La transformation de notre système de santé nécessite de tester des modes d'organisation et de financement innovants, à l'initiative, notamment, des acteurs de terrain. C'est l'objet de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, qui prévoit un cadre unique d'expérimentation pour l'innovation du système de santé.

Les dérogations ouvertes en LFSS pour 2018 visaient essentiellement à promouvoir des modes de financement innovants (financement à l'épisode de soins, paiement en équipes de professionnels...). Moins d'un an après l'ouverture de ce droit à expérimentation, près de 370 porteurs de projets avaient déjà manifesté leur intérêt pour ce dispositif et formulé des premières propositions de projets dans le cadre de projets nationaux (réponses aux appels à manifestation d'intérêt) ou à l'initiative des acteurs. Ces résultats, obtenus en quelques mois, résultent d'une importante mobilisation des pouvoirs publics et des acteurs de la santé.

La concrétisation de la stratégie de transformation du système de santé, annoncée par le Président de la République le 18 septembre, nécessitait d'amplifier la portée de ces expérimentations pour permettre aux acteurs qui le souhaitent de s'engager plus franchement dans la transformation de leurs organisations.

Le champ de l'article 51 a ainsi été élargi pour permettre d'intégrer des projets plus ambitieux, notamment en ce qui concerne les établissements de santé, ce qui nécessite de déroger aux conditions techniques de fonctionnement relevant du droit des autorisations des activités de soins. Cet élargissement permet également d'accompagner le plan d'égal accès aux soins, en permettant aux praticiens hospitaliers qui le souhaitent d'exercer leur activité libérale « hors les murs », dans le cadre d'une activité mixte ville / hôpital.

Amplifier ainsi la portée de l'article 51 permet d'accompagner un nombre plus importants de projets expérimentaux et d'accélérer la transformation du système de santé en mobilisant l'ensemble des acteurs dans le sens d'une meilleure prise en charge du patient et d'une plus grande efficacité des dépenses de santé.

Le décret n° 2019-600 du 17 juin 2019 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé a été publié et précise les dérogations soumises à avis de la Haute Autorité de santé.

Article 40 : Améliorer la pertinence des soins réalisés par les établissements de santé

L'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins est une priorité de l'action du Gouvernement et il convenait de dynamiser les actions conduites par les établissements de santé et les professionnels y exerçant pour que les pratiques se rapprochent plus rapidement des recommandations. Cette mesure avait pour objet de renforcer les incitations à prendre des mesures correctrices pour les établissements dont les pratiques s'écarteraient significativement des recommandations relatives à la pertinence des actes, prestations et des prescriptions et des parcours de soins ou dont l'activité serait significativement en écart par rapport aux établissements ayant une activité comparable.

Cette disposition ne nécessitait pas de mesure réglementaire d'application.

Article 41 : Sécurisation de la dette toxique des établissements de santé

Avant l'intervention de cette mesure, les établissements publics de santé ne pouvaient pas, contrairement aux collectivités locales, accélérer la sécurisation de leur dette : ils ne bénéficiaient pas de conditions dérogatoires à l'application du taux d'usure, lors des opérations de désensibilisation des emprunts structurés conduites avec les établissements bancaires. Cet article a permis de transposer pour les établissements publics de santé (EPS) une disposition législative introduite par la loi de finances n°2013-1278 du 29 décembre 2015 pour 2016, pour les collectivités territoriales leur permettant de faciliter le processus de sécurisation de certains types d'emprunts toxiques auprès des opérateurs bancaires.

L'arrêté du 15 avril 2019 a fixé les catégories d'emprunts concernés par la sécurisation des contrats de prêts structurés souscrits par les établissements publics de santé.

Article 42 : Ouverture des négociations conventionnelles sur les assistants-médicaux et les CPTS

Dans le cadre du plan « Ma santé 2022 » présenté le 18 septembre 2018, la transformation du système de soins poursuit plusieurs grands objectifs : améliorer la qualité des prises en charge pour tous les patients sur tous les territoires, créer un collectif de soins au service des patients, adapter les métiers et les formations aux enjeux de demain. Dans cette logique, l'organisation des professionnels de santé de ville renouvelée et plus collective constitue la condition première pour mettre en place des organisations de soins de proximité, faire travailler ensemble la ville, l'hôpital et le médico-social et ainsi faciliter l'accès aux soins et améliorer leur qualité.

L'exercice coordonné doit ainsi devenir le cadre d'exercice de référence pour l'ensemble des professionnels de santé. C'est pourquoi le présent article a inscrit, parmi les dispositions communes aux différentes conventions, la définition des conditions de modulation de la rémunération des professionnels de santé en fonction de leur participation à un cadre d'exercice coordonné.

Cet exercice coordonné a notamment vocation à être exercé par des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). L'objectif de déployer ces CPTS à l'échelle nationale, dans le but de couvrir tout le territoire dans un délai de trois ans, implique qu'une négociation soit engagée, dans le mois suivant la promulgation de la loi, par les partenaires conventionnels dans le cadre d'un accord conventionnel interprofessionnel afin de pouvoir créer à cette fin un cadre de financement pérenne.

L'article a donc inclus les CPTS dans le champ des accords-cadres interprofessionnels ainsi que les équipes de soins primaires (ESP) qui en étaient jusqu'à présent absentes.

Un des leviers pour améliorer l'accès aux soins passe par la nécessité de redonner du temps médical aux médecins, afin de leur permettre de se concentrer sur le cœur de leur expertise, la prise en charge médicale des patients. Le recours à des personnels salariés ayant vocation à les assister dans le quotidien de leur exercice, notamment dans la préparation et le suivi de leurs consultations ou dans l'aide au parcours des

patients, dans le but d'augmenter le nombre de patients suivis et de raccourcir les délais de rendez-vous dans les spécialités et les territoires où ils sont devenus aujourd'hui trop importants. Les conditions de déploiement et d'accompagnement financier de ce nouveau dispositif susceptible de concerner plusieurs milliers de cabinets médicaux ou de structures de soins seront définies dans les cadres conventionnels correspondant aux différentes structures concernées (cabinets médicaux, maisons et pôles de santé, centres de santé). L'article prévoit donc que les modalités d'accompagnement et de participation financière au recrutement des assistants médicaux soient désormais prévues dans le cadre conventionnel.

La création de ces postes d'assistants médicaux devra contribuer à l'objectif de développement de l'exercice coordonné, ambition majeure du plan « ma santé 2022 ». A cet égard, l'adhésion des médecins, généralistes comme spécialistes, à une structure d'exercice coordonné doit devenir la norme et l'exercice isolé, l'exception. C'est pourquoi le présent article prévoit également l'ouverture, dans le mois suivant la promulgation de la loi, d'une négociation avec les médecins portant sur la mise en œuvre de mesures incitatives au déploiement de l'exercice coordonné. Les conditions d'éligibilité au financement de ces assistants médicaux seront triples : exercer en cabinet de groupe, être inscrit dans un exercice coordonné (notamment CPTS), apporter un bénéfice mesurable à la population en termes d'accès aux soins et de qualité des soins, notamment en augmentant le nombre de patients suivis. Cette mesure aura vocation à s'appliquer également aux centres de santé dans le cadre de la procédure de transposition dans l'accord national des centres de santé, des mesures autres que le paiement à l'acte défini dans les conventions mono catégorielles.

Enfin, afin de permettre la mise en œuvre rapide des futurs accords conventionnels ainsi conclus, l'article prévoit une suspension exceptionnelle de la disposition du code de la sécurité sociale imposant un délai de 6 mois entre l'approbation de toute convention et l'entrée en vigueur de ses effets.

Cet article a permis l'ouverture et la conclusion rapide des deux négociations. L'avenant 7 à la convention médicale et l'accord national interprofessionnel applicable aux communautés professionnelles territoriales de santé ont ainsi été signés le 20 juin 2019.

Article 43 : Expérimentation sur 3 ans du forfait de réorientation aux urgences pris en charge par l'assurance maladie

La mesure visait à expérimenter un forfait permettant d'inciter les services d'urgences à réorienter les patients ayant besoin d'une consultation simple vers une consultation de ville, une maison médicale de garde ou une consultation hospitalière spécialisée.

L'expérimentation fait actuellement l'objet d'une concertation avec les représentants des établissements de santé, dans le cadre expérimental prévu par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Article 44 : Récupérer les frais engagés par des établissements de santé pour des actes et séjours non autorisés

En cas de facturation par des établissements non autorisés à pratiquer les activités en question, sauf cas d'urgence et découverte fortuite, ceux-ci se voient dans l'obligation de rembourser les sommes indûment perçues à l'assurance maladie. Le **décret n° 2019-719 du 8 juillet 2019 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé a précisé les modalités de récupération de ces indus.**

Article 45 : Autoriser des expérimentations sur l'éducation thérapeutique dans le cadre de l'article 51 **Les dispositions ont été déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2018-776 DC du 21 décembre 2018.**

Article 46 : Suppression du principe de contribution financière des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux relevant de la fonction publique hospitalière à l'EHESP et au CNG

Cet article constituait une mesure de simplification administrative pour les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux relevant de la fonction publique hospitalière.

Il s'agit en effet de supprimer le principe de contribution directe de ces établissements au financement de deux opérateurs, l'école des hautes études en santé publique et le centre national de gestion des praticiens

hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, au profit d'un financement directeur de ces opérateurs par l'assurance maladie.

Cette disposition ne nécessitait pas de mesure réglementaire d'application.

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

Le présent article visait à simplifier l'exercice mixte (salarié et libéral) des médecins souhaitant effectuer des remplacements en libéral. Il s'inscrit dans le cadre des priorités déterminées par le plan d'accès aux soins du 13 octobre 2017 et constitue ainsi l'un des leviers retenus par le Gouvernement pour renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients. La mesure s'inscrit également dans la continuité des actions déjà engagées à destination des étudiants et jeunes médecins qui visent notamment à favoriser les remplacements dans les zones sous-denses et à répondre aux problèmes de démographie spécifiques aux médecins.

La mesure a créé un nouveau régime simplifié pour les professionnels médicaux conventionnés (RSPM) inspiré du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC). Ce nouveau régime doit permettre de simplifier la déclaration et le paiement des cotisations sociales des médecins salariés exerçant une activité de remplacement libéral à titre secondaire et dont les revenus n'excèdent pas un plafond qui sera fixé par décret à environ 19 000 € brut par an, soit environ 7 à 8 semaines de remplacement. Il reposera notamment sur un taux global (somme des taux dus dans l'ensemble des régimes après prise en charge par l'assurance maladie), une assiette simple et facile à appréhender (les honoraires rétrocedés) et une logique de déclaration / paiement simultanés, sur un rythme mensuel à l'initiative du médecin.

Cette mesure, dans la continuité de l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 relatif à la suppression de la condition de délai d'activité préalable pour être affilié au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, permettra de favoriser les remplacements notamment dans les zones sous-denses et contribuera ainsi au renforcement de l'accès aux soins dans les territoires. Elle permettra également aux étudiants de 3^e cycle de se familiariser avec l'exercice en médecine de ville et de renforcer l'attractivité de l'exercice mixte (salarié / libéral).

Le décret d'application est en cours d'élaboration. Des échanges complémentaires avec les syndicats représentatifs de médecins et des échanges techniques avec les différentes caisses d'assurance maladie sont encore nécessaires avant une publication prévue pour la fin d'année 2019.

Article 48 : Etendre l'objet des Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (SISA) aux pratiques avancées

Le développement des pratiques avancées des auxiliaires médicaux en ville constituera un puissant levier d'amélioration de l'accès aux soins. Les maisons de santé, dont il est prévu de doubler le nombre d'ici 2022, constituent un support utile pour le développement d'équipes coordonnées de professionnels de santé dans le cadre d'exercice offert par ces pratiques avancées. Or, si les centres de santé peuvent d'ores et déjà « exercer » ces nouvelles pratiques et ainsi salarier des auxiliaires médicaux à cette fin, tel n'est pas le cas des maisons de santé. Il existe aussi un souhait des professionnels de santé de diversification dans leur mode de rémunération, au sein des structures libérales. Cet obstacle au développement de ces pratiques dans les maisons de santé constitue un frein au développement des prises en charge dans le champ des soins primaires, qu'il convenait de lever.

En effet, les maisons de santé conventionnées avec l'assurance maladie sont constituées en société interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) et leur objet est ainsi limité, par la loi, à la mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité professionnelle des associés ainsi qu'à l'exercice d'activités en commun limitativement définies (coordination thérapeutique / éducation thérapeutique du patient / coopération entre professionnels) qui n'incluent pas l'exercice en pratique avancée. Cet article a donc élargi l'objet des SISA aux pratiques avancées et offert ainsi à ce nouveau mode d'exercice un cadre particulièrement adapté.

Cette disposition ne nécessitait pas de mesure réglementaire d'application.

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

Les solutions numériques, employées en combinaison avec les autres outils disponibles, peuvent appuyer efficacement la transformation de notre système de santé.

Cet article visait donc à améliorer le recours aux outils numériques disponibles pour les professionnels de santé. Il renforce tout d'abord les incitations à recourir à des logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation certifiés pour les médecins et les pharmaciens, qu'ils exercent selon un exercice libéral ou au sein d'un établissement de santé. Les logiciels d'aide à la prescription, qui pourront continuer à être certifiés par la Haute Autorité de santé, constituent en effet un outil quotidien très utile pour faciliter certaines tâches répétitives ou repérer de potentiels risques liés à certaines prescriptions.

L'article renforce également les modalités de connaissance du système de santé, et notamment de certaines prescriptions. Il rend possible, comme cela existe déjà pour les établissements de santé publics, le fait de mieux connaître les prescriptions provenant des établissements de santé privés, en reportant cette information sur les supports de prescription. Pour que l'information de l'ensemble des acteurs soit effectivement renforcée, l'article prévoit l'obligation de transmission de ces données par le pharmacien. Surtout, il permettra aux organismes d'assurance maladie de mieux informer les prescripteurs sur les modalités qui permettraient d'améliorer la prise en charge de certains de leurs patients, en mettant à profit les données déjà détenues par l'assurance maladie, comme par exemple la date de la dernière vaccination.

Le décret d'application relatif aux logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation est publié.

Article 50 : Simplification des procédures de recours au temps partiel thérapeutique

Le temps partiel thérapeutique (TPT) constitue un levier majeur de prévention de la désinsertion professionnelle pour les assurés malades. Ainsi, le TPT doit permettre d'adapter le temps de travail du patient à la pathologie dont il est atteint jusqu'à sa réintégration dans son emploi à temps complet, voire dans un autre emploi adapté à ses capacités, évitant ainsi un éloignement durable et définitif du monde du travail. Cet article vise à simplifier les conditions d'accès au TPT afin d'inciter au recours à ce dispositif. Ainsi:

- l'obligation d'arrêt de travail à temps plein préalable au TPT est supprimée pour tous les types d'arrêt de travail, supprimant un frein au recours à ce dispositif ;
- les règles de calcul de l'indemnité sont renvoyées à un décret en Conseil d'Etat afin d'être clarifiées pour assurer une incitation au maintien partiel de l'activité ou à sa reprise et garantir une application homogène par les caisses d'assurance maladie.

Le décret d'application du présent article n° 2019-856 a été publié 22 août 2019

Article 51 : Une santé sans frais en optique, aides auditives et prothèses dentaires (RAC0)

Donner à tous les Français un accès à des soins pris en charge à 100 %, dans le domaine de l'optique, de l'audiologie et du dentaire constitue l'un des engagements du Président de la République pendant la campagne. Après une large concertation pour définir le panier « 100 % santé », comprenant des équipements et des soins de qualité, cette réforme majeure pour le quotidien des Français se met progressivement en place. Cette offre sera accessible à tous les assurés et prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, et donc sans reste à charge pour les patients.

Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2019, la base de remboursement des aides auditives a été relevée de 200 à 300 euros et des prix limites de vente ont été instaurés réglementairement à hauteur de 1 300 euros sur le panier 100 % santé. La convention dentaire, fixant des honoraires limite de facturation sur près de 70 % des soins prothétiques dentaire, est entrée en vigueur au 1^{er} avril 2019.

Les décrets n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires et n° 2019-65 du 31 janvier 2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés prévoient l'obligation de couverture par les contrats responsables individuels et collectifs des dispositifs d'optique médicale et des bridges et couronnes dentaires du panier « 100 % santé » à compter de 2020 et de l'ensemble du panier 100 % santé à compter de 2021.

Enfin, pour assurer la disponibilité de ce panier de soins et la bonne information des assurés sur son existence, les opticiens et les audioprothésistes seront tenus de proposer ces offres et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement sans frais, l'arrêté fixant le nouveau modèle à compter du 1^{er} janvier 2020 étant en cours de publication. Le décret n° 2019-147 du 27 février 2019 relatif aux obligations des fabricants et distributeurs d'équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires et aux pénalités financières afférentes permet d'inciter au respect des exigences de qualité requises.

3.2. Titre 2 : Amélioration de la couverture des besoins de santé

3.2.1. Chapitre I : Lever les obstacles financiers à l'accès aux droits et aux soins

Article 52 : Amélioration du recours aux dispositifs d'aide à la couverture complémentaire santé

Dans le cadre des mesures engagées par le Gouvernement en faveur de la facilitation de l'accès aux droits, l'amélioration du taux de recours à la CMU-c et à l'ACS constitue un objectif prioritaire. C'est pourquoi a été portée cette mesure ambitieuse de refonte de l'ACS et de modernisation de la CMU-c.

La CMU-c sera étendue aux personnes jusqu'ici éligibles à l'ACS à compter du 1^{er} novembre 2019, moyennant une participation financière. La CMU-c demeurera ainsi gratuite jusqu'aux plafonds de ressources actuels de la CMU-c et sera soumise à participation financière, variable en fonction de l'âge du bénéficiaire, pour les personnes disposant de revenus compris entre les plafonds actuels de la CMU-c et de l'ACS. Les modalités de gestion du nouveau dispositif ont été définies par le décret n° 2019-621 du 21 juin 2019 relatif à la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale.

Cet élargissement du public éligible à la CMU-c permettra d'assurer à ses nouveaux bénéficiaires la prise en charge complémentaire de la totalité des frais de soins sur un très large panier pour un niveau de prime maîtrisé, qui a été défini par l'arrêté du 21 juin 2019 fixant les montants de la participation financière à la protection complémentaire en matière de santé et la majoration applicable aux organismes complémentaires au titre des frais de gestion.

La mesure s'inscrit aussi dans un objectif de simplification en gagnant en lisibilité, avec un dispositif unifié, mais aussi en allégeant les démarches à entreprendre. Les personnes éligibles à l'ACS n'auront plus, lorsqu'ils font leur demande, à faire un choix entre trois niveaux de couverture potentielle. La personne pourra choisir librement le gestionnaire de sa couverture, notamment parmi les organismes d'assurance complémentaire qui se verront remboursés à l'euro l'euro du montant des dépenses constatées au titre de la couverture complémentaire.

En outre, les conditions d'accès ont été facilitées pour les allocataires du revenu de solidarité active (RSA) grâce à l'instauration d'un renouvellement automatique de la CMU-c pour ces publics qui n'ont plus à effectuer chaque année une demande en ce sens depuis le 1^{er} avril 2019.

Enfin, le présent article redéfinit le cadre de prise en charge des frais de santé des pensionnés résidant à l'étranger, d'une part, en tenant compte de situations différentes selon que les règles internationales ou européennes s'appliquent ou non et, d'autre part, en étendant cette prise en charge à leurs ayants droit mineurs. Ainsi par souci d'équilibre et tel que le préconise le récent rapport sur la mobilité des Français, lorsque la prise en charge des frais de santé des soins reçus en France par ces personnes n'est pas déjà régie par des accords internationaux ou des règlements européens, l'assurance maladie française prendra en charge ces frais à condition que la pension française de l'assuré rémunère une durée minimum d'assurance.

La mise en œuvre de cette mesure a requis uniquement la rédaction d'une instruction (instruction n° DSS/DACI/2019/173 du 1^{er} juillet 2019 relative à la prise en charge des frais de santé lors des séjours temporaires en France des pensionnés résidant à l'étranger).

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

Conformément au plan annoncé par le Gouvernement au printemps 2018 en faveur du département de Mayotte, le présent article a instauré à compter du 1^{er} mai 2019 une prise en charge intégrale par l'assurance maladie du ticket modérateur pour les assurés sociaux sous conditions de ressources à Mayotte.

Cette mesure, en garantissant à ces populations la gratuité des soins, facilite l'accès aux soins de ville et dans les pharmacies. Elle concourt aussi, par la solvabilisation d'une partie de la patientèle des professionnels de santé libéraux, au développement d'une offre de soins de ville, au même titre que les dispositions qui seront mises en œuvre pour renforcer l'attractivité des métiers de la santé dans le territoire.

Cette disposition ne nécessitait pas de mesure réglementaire d'application.

Article 54 : Gestion et financement des dispositifs de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie

Malgré un haut niveau général de couverture du risque maladie dans notre pays, des dispositifs de prise en charge particuliers doivent ponctuellement être mis en place afin de lever tout frein financier éventuel à l'accès aux soins ou à la prévention via la suppression ou la diminution du reste à charge des assurés dans certaines situations graves et exceptionnelles, lorsque la protection de la santé publique le justifie. Ces situations appellent en effet une prise en charge diversifiée et adaptée aux besoins des victimes. Ces dispositifs particuliers visent à permettre à tous les assurés concernés d'avoir recours, sans frein et le plus rapidement possible, aux soins ou aux actes de prévention nécessaires à limiter l'impact du risque sur leur santé mais également à protéger le reste de la population d'une propagation de ce risque dans le cadre des épidémies par exemple. Compte tenu des différents risques survenus ces dernières années ayant conduit pour des raisons de santé publique à la prise en urgence de mesures exceptionnelles dérogatoires de prise en charge (épidémie de Zika, de chikunguya, contamination par le coronavirus) la mise en place d'un dispositif législatif et réglementaire sécurisé et transparent permettant de répondre de manière adaptée à des situations graves, imprévues et urgentes est apparu nécessaire.

Cette mesure n'a pas nécessité de décret en 2019, en l'absence de situations justifiant la mobilisation du dispositif prévu par cet article.

Article 55 : Autoriser le versement d'une pension d'invalidité aux victimes d'actes de terrorisme qui ne rempliraient pas les conditions d'ouverture de droit

Suite aux attentats ayant frappé la France en 2015 et 2016, les lois de financement de la sécurité sociale pour 2015 et 2016 ont élaboré un cadre juridique permettant une prise en charge rapide et coordonnée des victimes d'actes de terrorisme. Ce dispositif prévoit notamment la possibilité de bénéficier d'indemnités journalières (IJ) maladie même si les conditions d'ouverture du droit (minimum d'heures travaillées) ne sont pas remplies.

En revanche, aucune disposition ne permettait de déroger aux conditions d'ouverture du droit (durée d'affiliation et quotité de travail préalable) à la pension d'invalidité. Il était donc légitime de compléter le dispositif existant d'une dérogation aux conditions d'ouverture du droit à pension d'invalidité : cette dérogation permet d'assurer la continuité de la prise en charge au profit des victimes d'actes de terrorisme qui, à l'issue de la durée maximale de perception des IJ maladie (trois ans), sont toujours dans l'incapacité de reprendre une activité professionnelle.

A court terme, cette mesure a bénéficié à certaines victimes des attentats du 13 novembre 2015 qui, lors de l'examen au Parlement du PLFSS pour 2019, n'avaient pas encore pu reprendre une activité professionnelle. En tant que de besoin, cette dérogation bénéficiera aux victimes d'autres attentats, sans qu'il soit nécessaire de prévoir de dispositions réglementaires, la mesure étant d'application directe.

3.2.2. Chapitre II : Renforcer la prévention

Article 56 : Modification du calendrier des examens de santé obligatoires des enfants de moins de dix-huit ans

Dans le cadre de la refonte du carnet de santé de l'enfant intervenue en 2018, le Haut conseil de la santé publique (HCSP) a émis des recommandations dans un avis rendu le 25 mai 2016. Parmi celles-ci, figurait une nouvelle grille des âges-clés de consultation pour les nourrissons et les enfants que le HCSP recommandait de redéployer jusqu'à l'âge de 18 ans au lieu de 6 ans. Le HCSP proposait ainsi de renforcer le suivi de la

santé, d'une part, au cours de la première année, en prévoyant un examen lors de la deuxième semaine et un examen à 12 mois, notamment pour prendre en compte les sorties précoces de maternité et l'extension de l'obligation vaccinale ; d'autre part, après l'âge de 6 ans, en prévoyant que trois des vingt consultations soient réalisées après cet âge. Le calendrier retenu a ainsi prévu une consultation entre 8 et 9 ans, une autre entre 11 et 13 ans et une dernière entre 15 et 16 ans.

Le présent article a modifié en conséquence les dispositions du code de la santé publique afin de relever de 6 à 18 ans l'âge en-dessous duquel les enfants bénéficient de ces examens de prévention. Le décret n° 2019-137 du 26 février 2019 relatif aux examens médicaux obligatoires de l'enfant et au contrôle de la vaccination obligatoire a fixé le contenu de ces examens ainsi que les professionnels pouvant les réaliser. Il est entré en vigueur le 1^{er} mars 2019. L'arrêté du 26 février 2019 relatif au calendrier des examens médicaux obligatoires de l'enfant a fixé le calendrier de ces vingt examens médicaux obligatoires en tenant compte du calendrier des vaccinations du nourrisson lié à l'extension des obligations vaccinales entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2018. Afin de maintenir la prise en charge à 100 % des frais liés à ces examens et en tiers payant, qu'ils relèvent d'un financement par l'assurance maternité ou par l'assurance maladie, le décret n°2018-1257 du 27 décembre 2018 relatif à la participation de l'assuré aux frais liés à divers actes et prestations a prévu l'absence de ticket modérateur sur ces examens.

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

La consommation de substances psychoactives, souvent multiple pour un même individu, est responsable en France de plus de 120 000 décès évitables par accidents et par maladies, dont près de 60 000 par cancers. Les consommations de tabac et d'alcool interviennent ainsi dans environ 30 % des cas de mortalité prématurée, c'est-à-dire des décès survenus avant l'âge de 65 ans.

Il est nécessaire de lutter de façon cohérente contre ces usages en déployant une stratégie qui intègre aussi bien les différents produits concernés (en particulier tabac, alcool, cannabis) que les diverses modalités d'intervention : information ; communication ; intervention précoce ; réduction des risques et des dommages ; renforcement des compétences psychosociales.

Les facteurs de risque étant généralement multiplicatifs, il est nécessaire de favoriser une stratégie globale en matière de politique de santé visant l'ensemble des usages nocifs et des comportements addictifs liés à ces substances.

La présente mesure visait donc à remplacer le fonds actuel de lutte contre le tabac par un fonds dédié plus largement à la lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives, doté de la contribution spécifique sur les fournisseurs agréés de produits du tabac ainsi que d'un montant correspondant au produit des amendes forfaitaires sanctionnant la consommation de cannabis.

Ce nouveau fonds contribuera notamment au renforcement des consultations jeunes consommateurs annoncé dans le plan Priorité prévention, présenté le 26 mars 2018 en comité interministériel pour la santé.

Le décret n° 2019-622 du 21 juin 2019 relatif au fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives est venu organiser la gouvernance du fonds.

Article 58 : Rapport relatif aux dépenses de prévention des addictions, notamment concernant la prévention de l'alcoolisme

Cet article visait à prévoir la mise en place d'un dispositif d'évaluation rigoureux et adapté de la loi en proposant une évaluation de l'impact de l'ensemble des mesures prises visant à prévenir les addictions de la présente loi à horizon 2020, trouvant sa place au sein des missions du Parlement en matière d'évaluation et le contrôle de l'action du Gouvernement.

Les travaux sur le rapport sont en cours.

Article 59 : Généralisation de l'expérimentation portant sur la vaccination antigrippale par les pharmaciens

L'expérimentation de la vaccination antigrippale par les pharmaciens, mise en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, a été conduite dans deux régions (Auvergne Rhône Alpes et Nouvelle

Aquitaine) pour la campagne vaccinale 2017-2018. Le bilan de la campagne pour la saison 2017-2018 montre que près de 160 000 personnes ont été vaccinées dans les deux régions, majoritairement des personnes âgées de 65 ans et plus. Le nombre de pharmacies participantes dans les deux régions est de 2 696 (57 % des pharmacies inscrites dans les deux régions).

Le présent article prévoyait une généralisation de la vaccination antigrippale par le pharmacien, en cohérence avec le Plan Priorité Prévention et les annonces du Premier ministre lors du Comité interministériel de la santé du 26 mars dernier.

Cette généralisation sera effective pour la campagne de vaccination antigrippale organisée d'octobre 2019 à janvier 2020.

Avant cette date, l'expérimentation a été étendue à deux nouvelles régions pour la prochaine campagne de vaccination d'octobre 2018 à janvier 2019.

Le décret d'application a été publié.

Article 60 : Expérimentation de projets régionaux pour le développement de la vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains chez les jeunes filles et garçons.

L'article visait à mettre en place l'expérimentation sur trois ans d'un dispositif d'accompagnement non pérenne dans plusieurs régions sanitaires afin d'éprouver un mécanisme de soutien à tous les professionnels de santé pouvant intervenir dans la prise en charge sanitaire des jeunes filles et garçons de 11 à 14 ans.

Pour rappel, le caractère cancérogène de ces virus a été mis en évidence, en particulier chez les femmes dans le cas du cancer du col de l'utérus. Les HPV sont le principal facteur de risques de ces cancers avec 3000 nouveaux cas par an, qui entraînent environ 1 100 décès chaque année. Mais les HPV peuvent aussi être à l'origine de cancers de l'anus, de cancers ORL, voire de cancers du pénis. En France, la vaccination contre les HPV est recommandée chez les jeunes filles (entre 11 et 14 ans, avec rattrapage possible entre 15 et 19 ans), ainsi que chez les jeunes hommes ayant des relations avec d'autres hommes. Mais la couverture vaccinale reste bien trop faible puisqu'environ 20 % des jeunes filles sont vaccinées, alors même que le Plan Cancer 2014-2019 fixait un objectif de 60 %.

Le décret d'application a été publié.

Article 61 : Expérimentation pour l'amélioration de la couverture vaccinale des soignants

Comme discuté lors d'échanges avec la Ministre Buzyn en octobre 2017, l'ambition d'une plus grande couverture vaccinale des soignants est une nécessité, le ministère ayant répondu en juillet 2017 à une question écrite que « Le rétablissement de l'obligation de vaccination contre la grippe n'est pas envisagé à ce stade mais pourra être étudié ».

Afin à développer la couverture vaccinale antigrippale notamment avec la généralisation de l'expérimentation de la vaccination par les pharmaciens, il apparaît opportun de revenir sur le sujet de la couverture vaccinale des soignants. Pour l'instant, au niveau national, les vaccins obligatoires pour les soignants concernent la diphtérie, le tétanos, la polio et l'hépatite B. Toutefois la réflexion depuis quelques années porte sur une obligation vaccinale antigrippale chez les soignants en contact avec des patients.

Cet article permet la mise en place d'une expérimentation destinée à améliorer les pratiques des professionnels et établissements de santé pour le développement de la vaccination contre la grippe des professionnels de santé.

Le décret d'application définissant les modalités de mise en œuvre ainsi que les conditions d'évaluation de cette expérimentation a été publié.

3.2.3. Chapitre III : Améliorer les prises en charge

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

Dans le cadre de la stratégie pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement 2018-2022, le gouvernement a fixé comme objectif la mise en place d'un parcours de bilans et soins précoces des jeunes enfants, en amont du diagnostic, afin de prendre en charge de façon précoce les enfants atteints de troubles du neuro-développement et ainsi répondre aux problèmes d'errance diagnostique et de sur-handicap.

Il s'agit de garantir par cette disposition l'accès aux bilans et interventions précoces, effectués par les psychologues, ergothérapeutes et psychomotriciens qui doivent être réalisés dans le cadre d'un parcours coordonné conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles sans attendre une confirmation de diagnostic.

La mesure définit le contenu de la prestation prise en charge par l'assurance maladie, les modalités de sa mise en œuvre et les conditions de son financement, qui ont été précisées dans le **décret n° 2018-1297 du 28 décembre 2018 relatif au parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement**. Les tarifs des interventions des professionnels concernés ont été définis par l'**arrêté du 16 avril 2019 relatif au contrat type pour les professionnels de santé mentionnés aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 du code de la santé publique et les psychologues pris en application de l'article L. 2135-1 du code de la santé publique**. **Le déploiement local des dispositifs, à l'initiative des agences régionales de santé, est actuellement en cours.**

Article 63 : Permettre par expérimentation de déroger aux règles tarifaires pour les établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés

Dans le rapport présenté à la commission des affaires sociales du Sénat sur le financement de l'accompagnement du handicap, le cofinancement de certaines structures médico-sociales a été identifié comme l'un des principaux obstacles au virage inclusif. Le cofinancement est en effet sources d'importantes difficultés gestionnaires et stratégiques, qui empêchent le bon redéploiement de l'offre d'établissements en services.

C'est pourquoi cet article permet, à titre expérimental et pour une durée de 5 ans, un conventionnement entre les différentes autorités tarifaires des structures cofinancées afin d'organiser la délégation de la compétence tarifaire au profit de l'une d'entre elles uniquement, ce qui pourrait s'inscrire notamment dans le cadre du déploiement de la démarche des territoires 100 % inclusifs. Le cadre budgétaire et financier de la structure continuera cependant d'être celui de droit commun.

La mesure est d'application directe mais son évaluation est à ce stade prématurée.

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

Dans le cadre de la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), l'article 58 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit une période transitoire de convergence vers le forfait « soins » cible d'une durée de sept ans (2017-2023). La mesure réduit le délai de convergence tarifaire de sept à cinq ans afin de permettre aux EHPAD présentant un niveau de financement inférieur à celui du tarif soins cible de bénéficier plus rapidement de moyens complémentaires pour renforcer les équipes soignantes auprès des résidents afin d'améliorer la qualité des soins et des accompagnements. Cette disposition est d'application directe.

Par ailleurs, l'article prévoit un renforcement du médecin coordonnateur dans les EHPAD, qui est en vigueur depuis la publication du décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

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

Article 65 : Renforcer l'accès précoce à certains médicaments innovants, tout en assurant la pérennité du système de prise en charge

La transformation de l'innovation intervenue ces dernières années sur le marché des médicaments, avec des produits – comme certaines immunothérapies – disposant au fil du temps et des résultats des études cliniques de plus en plus d'indications thérapeutiques, nécessite de faire évoluer le système d'accès précoce aux médicaments les plus innovants pour l'adapter à ces nouvelles réalités.

Ainsi l'article prévoit notamment d'étendre le dispositif des autorisations temporaires d'utilisation aux extensions d'indications thérapeutiques de certains médicaments, avant même leur autorisation de mise sur le marché dans cette indication.

L'article prévoit également que les ministres puissent autoriser l'accès précoce d'un produit qui n'aurait pas reçu une autorisation temporaire d'utilisation avant l'octroi de son autorisation de mise sur le marché, mais qui remplirait néanmoins toutes les conditions pour un accès précoce.

La réforme de l'accès précoce, et le dynamisme récent des dépenses de produits de santé, supérieur à celui observé les années précédentes, conduit à faire évoluer les conditions de fixation de prix de ces médicaments, pendant la phase temporaire d'accès et à prévoir de nouvelles modalités de négociation de la prise en charge des produits de santé.

Le décret d'application visant à préciser les conditions d'octroi de l'accès précoce de certains produits de santé ainsi que les prises en charge associées a été publié.

L'article permet en outre de clarifier le cadre d'évaluation par la Haute Autorité de santé (HAS) de la prise en charge des médicaments homéopathiques par l'assurance maladie.

Le décret d'application relatif aux conditions d'évaluation et de prise en charge par l'assurance maladie de certains médicaments homéopathiques a été publié.

Article 66 : Favoriser le recours aux médicaments génériques et bio similaires

Le développement des médicaments génériques constitue un enjeu essentiel pour notre système de santé.

Parmi les freins identifiés permettant d'assurer un niveau élevé de substitution du princeps par le générique, on peut constater un niveau élevé – et en augmentation – du recours à la mention « non substituable » sur près de 9 % des ordonnances, sans que cela corresponde à une nécessité médicale.

Le présent article vise donc à encourager la substitution par le pharmacien en faisant reposer la justification d'une mention « non-substituable » sur des critères médicaux objectifs, définis en lien avec l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Pour faciliter cette information par le prescripteur, l'obligation de la mention manuscrite est supprimée.

Par ailleurs, dans un contexte où les prix des médicaments sont de plus en plus élevés, et où la France souhaite pouvoir disposer le plus rapidement possible des meilleures innovations, il n'y a pas de justification pour l'assurance maladie à rembourser plus cher un soin qui n'apporte aucun bénéfice supplémentaire. En conséquence, le remboursement d'un assuré qui ne souhaiterait pas, sans justification médicale, la substitution que doit proposer le pharmacien se fera sur la base du prix du générique. Il s'agit ainsi de reconnaître un même niveau de prise en charge pour des soins de même qualité.

Le présent article vise également à permettre aux médicaments hybrides de bénéficier de la substitution, quand les situations le permettent, par le pharmacien.

La publication du décret d'application relatif aux hybrides est imminente.

La publication de l'arrêté précisant notamment les cas de non substituables est imminente.

Article 67 : Encadrer les prescriptions médicaments pour des raisons de santé publique ou dépenses injustifiées

Dans le cadre de la diffusion de l'innovation, le code de la santé publique permet déjà d'encadrer de manière spécifique la pratique d'actes ou la prescription de certains dispositifs médicaux pour des raisons de santé publique ou lorsqu'elles sont susceptibles d'entraîner des dépenses injustifiées pour l'assurance maladie.

Or, certains médicaments innovants demandent également un haut niveau d'encadrement : ils nécessitent d'être soumis à des règles relatives à la formation et la qualification des professionnels pouvant les prescrire, aux conditions techniques de leur réalisation ou encore à des règles de bonnes pratiques. Tel est le cas par exemple des médicaments de thérapie innovante. Cet article avait ainsi pour objet d'encadrer et de sécuriser l'utilisation de certains médicaments innovants dans l'intérêt des patients.

Le décret d'application a été publié.

3.3. Titre 3 : Moduler et adapter les prestations aux besoins

Article 68 : Ajustement exceptionnel de la revalorisation des prestations sociales

Le présent article prévoyait, pour les années 2019 et 2020, une revalorisation de certaines prestations sociales de 0,3 % par an. Les minima sociaux n'étaient pas concernés par cette disposition et ont évolué en fonction de l'inflation. Certaines prestations ont bénéficié en outre d'une revalorisation exceptionnelle, conformément aux engagements du Président de la République. C'est le cas notamment du minimum vieillesse, qui aura augmenté de 100 € par mois d'ici la fin du quinquennat dont 30 € en avril 2018, puis 35 € en janvier 2019 et en janvier prochain. C'est aussi le cas de l'allocation adulte handicapé qui a augmenté de 90 € par mois d'ici novembre 2019.

A la suite de la décision du Conseil constitutionnel n° 2018-776 du 21 décembre 2018, la portée de cette mesure, qui ne nécessitait pas de mesure d'application, a été restreinte à l'année 2019.

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

La présence d'un handicap chez un enfant induit souvent des difficultés dans l'accès à une solution d'accueil, préjudiciable aussi bien à sa socialisation et à son intégration en milieu ordinaire qu'à la reprise ou à la poursuite d'une activité professionnelle dans des conditions satisfaisantes pour ses parents. De fait, les enfants en situation de handicap accèdent moins que les autres aux différents modes formels d'accueil des jeunes enfants, en particulier aux crèches et aux assistants maternels.

En ce qui concerne l'accueil collectif, la nouvelle Convention d'objectifs et de gestion (COG) pour 2018-2022 de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) prévoit des dispositifs destinés à favoriser l'accès des jeunes enfants handicapés aux structures d'accueil, à la crèche notamment, en ajoutant à la réduction du coût de l'accueil pour les familles une prise en charge majorée des coûts de fonctionnement des structures qui accueillent des enfants en situation de handicap, qui prend en compte le surcoût induit pour les structures par l'accueil de ces enfants.

Il n'existait en revanche pas d'aide complémentaire lorsque la famille recourait ou souhaitait recourir à un mode d'accueil individuel – assistant maternel ou garde à domicile.

Pour répondre à ces difficultés et à côté d'autres mesures visant à améliorer la qualité de l'accueil par les assistants maternels, l'article 69 de la LFSS 2019 a prévu d'augmenter la solvabilisation du coût lié à la garde par un assistant maternel, une garde à domicile, ainsi que par une crèche familiale ou une micro-crèche ayant opté pour un financement par le CMG, pour les parents d'enfants en situation de handicap. Les montants plafonds du complément de libre choix du mode de garde seront ainsi majorés de 30 % pour les familles ouvrant droit à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, pour les gardes réalisées à compter du 1^{er} novembre 2019. Le décret fixant le taux de cette majoration sera publié en septembre.

Article 70 : Accompagnement de l'abaissement de l'instruction obligatoire à trois ans par les prestations familiales

Le président de la République a annoncé l'avancée à trois ans de l'âge de l'instruction obligatoire à compter de la rentrée scolaire 2019, mesure prévue par l'article 11 de la loi n° 2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance. Les dispositions de l'article 70 de la LFSS pour 2019 ont pour objet de tirer les conséquences de cette mesure sur deux prestations familiales : le complément de libre choix du mode de garde (CMG) de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) et l'allocation de rentrée scolaire (ARS).

A compter du 1^{er} janvier 2020, le droit au complément de libre choix de mode de garde (CMG) à taux plein sera prolongé jusqu'à leur entrée effective à l'école pour les enfants qui n'ont pas pu être accueillis en école maternelle alors qu'ils ont atteint l'âge de trois ans entre le 1^{er} janvier et le 31 août d'une année civile, à l'instar de ce qui est prévu pour les établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE) financés par la prestation de service unique versée par les CAF dans le cadre de leur action sociale, qui est maintenue jusqu'à la scolarisation effective de l'enfant. Cette mesure se justifie par le fait que le besoin d'accueil reste inchangé en termes de durée pour la famille tant que l'enfant n'est pas scolarisé. Elle supprime une inégalité de traitement existant aujourd'hui entre les familles au regard de la transition vers l'école maternelle selon la date de naissance de leur enfant en évitant aux familles concernées d'avoir à assumer un reste à charge beaucoup plus important ou de maintenir une réduction ou une interruption de leur activité professionnelle. Le décret d'application de cette mesure sera publié en septembre 2019.

L'avancée de l'âge de l'obligation scolaire de six à trois ans nécessitait par ailleurs de toilettier les dispositions relatives aux conditions d'accès à l'ARS, qui font référence à la notion d'obligation scolaire, qui n'est plus adaptée pour la fixation d'une ouverture du droit aux 6 ans des enfants. L'article 70 de la LFSS a donc modifié l'article L. 543-1 du code de la sécurité sociale pour faire référence à la notion d'« âge déterminé », fixé conformément à l'article L. 584-1 en décret en Conseil d'Etat (actuel article R. 543-2).

Enfin, à l'instar du CMG versé pour solvabiliser l'emploi direct par les familles d'une assistante maternelle ou d'une garde à domicile depuis mai 2019, l'article 70 prévoit que le CMG auquel les familles peuvent prétendre lorsqu'elles ont recours à un service de garde à domicile, certaines crèches familiales ou micro-crèche pour la garde de leur enfant (CMG « structure ») puisse être versé en tiers payant, directement de la CAF ou de la Caisse de MSA au service d'accueil, dans un souci de simplification des démarches des allocataires et de gain en trésorerie pour les familles entrant dans le dispositif. L'ensemble des aides à la garde financées par la branche famille pourront ainsi être versées en tiers payant, ce qui donnera aux familles une lisibilité immédiate du coût réel de l'accueil de leur enfant et leur évitera l'avance des frais. La mise en œuvre de cette mesure permettra d'accroître l'effet de levier de cette prestation, la complexité des processus actuels et leur éclatement ayant pour effet de minorer la perception du montant des aides publiques mobilisées. Cette mesure nécessite des travaux d'adaptation de leurs systèmes d'information par les organismes débiteurs de cette prestation familiale (CAF et MSA), justifiant sa mise en œuvre en 2022. Le projet de décret d'application sera préparé et publié en 2021.

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

Le Président de la République a pris l'engagement d'harmoniser les règles relatives au congé maternité entre régimes, tout en maintenant celles qui permettent de répondre aux contraintes propres à chaque type d'activité professionnelle et donc aux besoins réels des assurées. Il importait en effet d'harmoniser et de renforcer les règles d'indemnisation pour permettre aux femmes, quel que soit leur statut ou leur activité professionnelle, de cesser leur activité dans les meilleures conditions à l'occasion d'une naissance.

Ainsi, cet article a aligné à compter du 1^{er} janvier 2019 la durée du congé de maternité pour les travailleuses indépendantes sur celle des salariées, le portant de 74 à 112 jours, comme précisé par le décret n° 2019-529 du 27 mai 2019 relatif à l'amélioration de la protection sociale au titre de la maladie et de la maternité des travailleurs indépendants.

De même, une amélioration de l'indemnisation des exploitantes agricoles en cas de maternité semblait nécessaire, dans une logique d'équité. Les cheffes d'exploitation ou d'entreprise agricole peuvent désormais percevoir des indemnités journalières en cas de maternité ou d'adoption, lorsqu'elles ne peuvent pas

bénéficiaire d'une allocation de remplacement, comme prévu par le décret n° 2019-591 du 14 juin 2019 relatif à l'amélioration de la protection maternité pour les exploitantes agricoles.

Enfin, dans un objectif de protection de la mère et de son enfant, la durée minimale d'arrêt de travail en cas de grossesse a été portée à 8 semaines, dont 2 semaines de congé prénatal, pour l'ensemble des femmes.

Article 72 : Allongement du congé de paternité lorsque le nouveau-né est hospitalisé dans une unité de soins spécialisée immédiatement après l'accouchement.

Afin de remédier aux situations particulièrement délicates rencontrées par les parents d'enfants dont l'état de santé nécessite une prise en charge à l'hôpital dans un service spécialisé (soins intensifs, réanimation), le Gouvernement a prévu un congé paternité supplémentaire pendant la période d'hospitalisation de l'enfant dans un service spécialisé d'une durée de 30 jours consécutifs depuis le 1^{er} juillet 2019. Ce congé s'applique à tous les régimes de sécurité sociale afin d'assurer une stricte équité entre les assurés pouvant relever de régimes distincts comme précisé par le décret n° 2019-630 du 24 juin 2019 relatif à la création d'un congé de paternité en cas d'hospitalisation de l'enfant. Les modalités d'indemnisation de ce congé sont les mêmes que celles du congé paternité de droit commun (versement d'indemnités journalières pour les salariés et les travailleurs indépendants, attribution d'une allocation de remplacement pour les exploitants agricoles).

Article 73 : Eviter aux travailleuses indépendantes de consacrer une partie de leurs indemnités journalières aux appels de cotisations sociales pendant leur congés maternité

Le Gouvernement a soutenu le travail très complet de la députée Marie-Pierre RIXAIN dans son rapport de juillet 2018 « Rendre effectif le congé maternité pour toutes les femmes. » Certaines propositions ont retenu toute l'attention du gouvernement, notamment celles présentées à l'amendement 918, qui visait à éviter aux travailleuses indépendantes de consacrer une partie de leurs indemnités journalières aux appels de cotisations sociales pendant leur congé maternité et de se retrouver par conséquent avec un reste à vivre très faible.

La mesure adoptée permet aux travailleuses indépendantes de reporter systématiquement le paiement des cotisations ou contributions pour toute la période pendant laquelle elles perçoivent une indemnité journalière et de bénéficier d'un échelonnement de leur paiement. Ce report ne donne lieu à aucune majoration ni pénalité de retard.

Cette mesure est d'application directe exceptée pour les professions libérales, pour lesquelles des développements informatiques spécifiques sont à prévoir : l'entrée en vigueur est donc différée au 1^{er} janvier 2020 pour ce public.

Article 74 : Obligation d'information des travailleuses indépendantes sur leurs droits au report des cotisations sociales pendant les congés maternités

Cette mesure a pour objectif d'informer les travailleuses indépendantes enceintes sur leurs droits au report des cotisations sociales. En effet, dans le cadre du rapport sur le congé maternité mené par Marie-Pierre Rixain pour le Gouvernement, il a été mis en évidence le manque d'information des femmes sur les dispositifs déjà proposés par la branche recouvrement (ACOSS) en matière de report, d'ajustement ou d'étalement des cotisations sociales. De fait, ces dispositifs sont peu utilisés par les femmes enceintes, sur lesquelles s'exerce pourtant une pression financière spécifique lorsque leur activité est diminuée pendant un congé maternité. L'automatisme du dispositif de report prévu par l'article 73 ainsi qu'une information plus importante faite aux femmes permettra ainsi d'alléger les contraintes financières et la pression qu'engendre un arrêt d'activité dû à un congé maternité.

La mesure est d'application directe.

Article 75 : Expérimentation pendant trois ans d'une possibilité de reprise progressive d'activité des travailleuses indépendantes pendant leur congé maternité.

Suite au rapport remis par Mme la députée Marie-Pierre Rixain sur le congé maternité, il est apparu que le congé maternité des travailleuses indépendantes pourrait être mieux adapté aux contraintes liées à leur activité. Le présent article prévoit la mise en place d'une expérimentation pendant trois ans d'une possibilité de reprise progressive d'activité des travailleuses indépendantes pendant leur congé maternité.

La date du début de cette expérimentation est fixée au 1^{er} janvier 2020 pour tenir compte des délais nécessaires d'adaptation de systèmes d'information des caisses dans le cadre contraint de la bascule de la gestion des droits des travailleurs indépendants au régime général. Les travaux de définition du cahier des charges de l'expérimentation sont en cours, aucun décret d'application n'étant requis pour la mise en œuvre de cette disposition.

Article 76 : Mesures en faveur des travailleurs indépendants (2/2) : convergence des règles en matière d'IJ vers le régime général

Les travaux menés pour préparer la reprise de la gestion des prestations de l'assurance maladie des travailleurs indépendants par la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) ont mis en lumière la nécessité de réduire les écarts entre les règles applicables aux travailleurs indépendants et aux salariés, afin d'éviter une complexité excessive dans l'accès aux droits pour les travailleurs indépendants.

Ainsi, la présente mesure a supprimé la condition d'être à jour du paiement des cotisations annuelles pour bénéficier des indemnités journalières maladie et maternité depuis le 1^{er} janvier 2019, comme prévu par le décret n° 2019-529 du 27 mai 2019 relatif à l'amélioration de la protection sociale au titre de la maladie et de la maternité des travailleurs indépendants. La contributivité inhérente aux prestations maladie et maternité en espèces est conservée puisque les indemnités journalières seront calculées dès 2020 à partir du revenu sur lequel l'assuré aura effectivement acquitté des cotisations. En outre, la présente mesure a étendu aux travailleurs indépendants bénéficiaires d'une pension d'invalidité l'attribution automatique de la pension de vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail, quelle que soit la catégorie de la pension d'invalidité, comme pour les salariés. Cette dernière disposition ne nécessitait pas de décret d'application.

Article 77 : Amélioration du recouvrement de diverses sommes par les organismes de sécurité sociale

Consacré au recouvrement des sommes indûment versées par les organismes de sécurité sociale, l'article 77 de la LFSS pour 2019 comporte un ensemble coordonné de mesures participant à la fois d'un versement sécurisé des prestations et de l'équilibre financier de la sécurité sociale.

• Renforcer les dispositifs permettant de lutter contre la fraude

Par les professionnels de santé

En complétant le cinquième alinéa de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale, la réforme a comblé un vide juridique en permettant la récupération des indus constitués par les professionnels de santé qui, malgré une interdiction d'exercice compte-tenu d'une procédure de liquidation judiciaire, continuent de dispenser des soins. D'application directe, cette mesure ne nécessitait pas de dispositions réglementaires.

Pour les prestations versées par les CAF et les CMSA

Une prestation indûment versée par une CAF ou une caisse de MSA peut être recouvrée sur les échéances à venir de toutes les prestations versées par cet organisme, selon un barème qui tient compte des ressources, de la composition familiale et des charges de logement. Cependant, antérieurement à l'entrée en vigueur de l'article 77 de la LFSS pour 2019, le mode de calcul de cette retenue mensuelle était identique que l'indu soit d'origine frauduleuse ou non. Il convenait donc de donner au directeur de l'organisme la possibilité de majorer cette retenue en cas de fraude, la retenue applicable dans ce cas étant en outre doublée en cas de répétition d'acte frauduleux au cours d'une période de cinq ans.

Le taux de cette majoration a été fixée à 50 % par le décret n° 2019-268 du 2 avril 2019 portant diverses mesures d'amélioration du recouvrement des indus par les organismes de sécurité sociale (cf. article 1^{er}, en son 1^o). Applicable aux prestations familiales, cette majoration s'appliquera, par jeu de renvoi, aux aides personnelles au logement, à l'allocation aux adultes handicapés, au revenu de solidarité active et à la prime d'activité (article 1^{er} en son 2^o, articles 2 et 3).

• Renforcer les dispositifs permettant à l'assurance maladie de recouvrer certaines sommes dues :

Par les bénéficiaires de la CMU-c et de l'ACS

La détection de fausses déclarations ou de fraudes à la protection complémentaire en matière de santé entraîne la perte des droits à la CMU-c, le cas échéant assortie d'une amende. Cependant, antérieurement à

l'entrée en vigueur de la LFSS pour 2019, aucune disposition ne précisait les modalités de recouvrement des sommes ainsi indûment versées.

L'article 77 de la LFSS pour 2019 a mis fin à ce vide juridique, à la fois pour la perte des droits à la CMU-c que pour les prestations versées à tort dans le cadre de la dispense d'avance des frais applicable à l'ACS.

Les dispositions d'application ont été apportées par l'article 1^{er}, en son 4^o, du décret du 2 avril 2019 précité. Le choix a été fait d'étendre à ce cas de figure les modalités applicables au recouvrement des indus de prestations d'assurance maladie, aussi bien en ce qui concerne le recouvrement amiable que le recouvrement forcé.

Par les organismes complémentaires

Les bénéficiaires de la CMU-c et de l'ACS sont dispensés de l'avance des frais pour la part de leurs dépenses prises en charge par l'assurance maladie et les organismes complémentaires. Dans un premier temps, l'assurance maladie assure un versement unique aux professionnels de santé, les organismes complémentaires remboursant ensuite à l'assurance maladie la part leur revenant.

En cas de manquement des organismes complémentaires à leurs obligations, l'article 77 de la LFSS pour 2019 a instauré une majoration de retard de 10 % des sommes dues. En outre, les organismes d'assurance maladie auront la possibilité de délivrer une contrainte lorsque le recouvrement amiable s'avèrera impossible.

Les modalités de recouvrement de la majoration de 10 %, ainsi que les modalités de délivrance de la contrainte ont été fixées par l'article 1^{er}, en son 3^o, du décret du 2 avril 2019 précité.

• Faciliter le recouvrement des prestations indûment versées par les organismes de sécurité sociale

Aucune disposition ne permettait de recouvrer l'indu constitué au titre d'une branche sur les prestations versées au titre d'une autre branche. Dès lors, lorsque les indus ne pouvaient être récupérés sur les prestations à échoir (par exemple parce que le droit à prestations a pris fin), seul le recouvrement forcé (mise en demeure de payer suivie, si cette mise en demeure est restée sans effet, de la possibilité de délivrer une contrainte) pouvait être mis en œuvre, procédure qui, par sa nature même, met nécessairement le débiteur dans une situation difficile. Il importait donc de faire évoluer la législation afin de permettre la récupération de l'indu constitué auprès d'un organisme de sécurité sociale (ex : caisse primaire d'assurance maladie) sur les prestations légales versées par un organisme relevant d'une autre branche (ex : caisse d'allocations familiales).

Entrent dans le champ de cette fongibilité interbranches les prestations de sécurité sociale (branches maladie, famille, retraite et AT-MP), et les prestations versées pour compte de tiers et financées soit par l'Etat (aides personnelles au logement, AAH, prime d'activité, ASPA), soit par les collectivités territoriales (RSA).

Cependant, la mise en œuvre de cette mesure suppose de développer des relations informatiques entre organismes de sécurité sociale, ce qui explique que son entrée en vigueur ait été différée au 1^{er} janvier 2020. Le décret d'application fera l'objet d'une concertation avec les caisses nationales concernées, en vue d'une parution à l'automne 2019.

Article 78 : Modernisation de la délivrance des prestations sociales

Le versement des prestations sociales est affecté de manière significative par des erreurs dans les données prises en compte, notamment en cas de déclarations erronées des assurés. Ces erreurs peuvent être intentionnelles, mais elles sont très généralement involontaires, relevant le plus souvent de méconnaissances ou de mauvaises appréhensions de la réglementation par les assurés sociaux.

Afin d'assurer un calcul plus réactif de l'aide tout en facilitant les démarches des assurés et en limitant les risques d'erreurs et possibilités de fraude, la modernisation de la délivrance des prestations sociales implique de préciser les conditions dans lesquelles la déclaration mise en place à effet du 1^{er} janvier 2019 pour le prélèvement à la source sur les revenus de remplacement (déclaration dite « PASRAU ») peut, à l'instar de la déclaration sociale nominative (DSN) portant sur les revenus salariaux et sur le même modèle, constituer une déclaration sociale nominative complémentaire pour les sommes entrant également dans le champ des ressources prises en compte pour servir des prestations sociales. Cette déclaration concerne essentiellement les organismes de protection sociale.

Le Gouvernement a décidé de mettre en œuvre cette réforme de modernisation du versement des prestations sociales par étapes, en commençant par les aides personnelles au logement (APL), qui verront leurs modalités de calcul réformées à compter de janvier 2020.

La mise en œuvre de cette réforme imposait, pour des raisons techniques, de mettre en place des bases dans lesquelles seront regroupées directement les données issues des déclarations sur les revenus d'activité et de remplacement et qui seront interrogées, dans un premier temps, par les CAF et caisses de MSA pour apprécier les ressources des demandeurs et allocataires des aides personnelles au logement puis, progressivement, par les organismes servant d'autres droits et prestations sociales. Un premier décret d'application, qui prévoit également la création des traitements de données nécessaires au fonctionnement du dispositif, doit intervenir dans le courant de l'été, un deuxième portant spécifiquement sur l'adaptation des règles de gestion des aides personnelles au logement avant la fin de l'année 2019.

3.4. Titre 4 : Dotations et objectifs de dépense des branches et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 79 : Dotation de l'assurance maladie au FMESPP (FAST) et à l'ONIAM et contribution la CNSA aux ARS

Cette mesure fixe le montant de la dotation de l'assurance maladie au FMESPP pour l'année 2019 à hauteur de 647 M€. Cette dotation permet d'accompagner à hauteur de 200 M€ dès 2019 des opérations d'investissement et de modernisation des établissements de santé conformément aux engagements pris dans le cadre du plan « Ma santé 2022 ».

La présente mesure fixe également à 137 M€ le montant de la contribution de la CNSA aux ARS au titre de l'exercice 2019, montant qui se décline comme suit :

- 40,7 M€ au titre des groupements d'entraide mutuelle (GEM) ;
- 96,6 M€ au titre des maisons pour l'intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer (MAIA).

Enfin, en application du 1° de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) est financé par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour sa mission d'indemnisation des accidents médicaux et des préjudices résultant de contaminations par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites B et C (VHB et VHC) et du virus Tlymphotrope humain (HTLV).

Les dépenses pour 2019 afférentes aux missions relevant du périmètre de l'assurance maladie sont estimées à 189 millions d'euros dont :

- 161,7 millions d'euros au titre des indemnisations (dont dotations aux provisions) ;
- 8,3 millions d'euros de dépenses de personnel ;
- 19 millions d'euros de dépenses de fonctionnement dont 6 millions d'euros de frais d'avocats et 9 millions d'euros d'expertises médicales.

Il est proposé une dotation de l'assurance maladie pour 2019 de 155 422 676 euros. Les autres produits de l'office (hors dotation de l'État) sont estimés pour 2019 à 44,5 millions d'euros (16,5 millions d'euros au titre des reprises sur provisions et 28 millions d'euros au titre des ressources propres).

Cette disposition ne nécessite pas de mesure d'application.

Article 80 : Gratuité pour les assurés des frais de consultation et d'expertise médicale engagés devant les juridictions dans le contentieux général de la sécurité sociale et le contentieux du handicap

Dans le cadre du transfert des contentieux des juridictions spécialisées en matière de sécurité sociale aux tribunaux de grande instance à compter du 1er janvier 2019, programmé par la loi du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXIe siècle, la mesure proposée consiste à maintenir le principe de la prise en charge des frais liés aux mesures d'instructions judiciaires concernant les assurés dans le cadre du contentieux général ainsi que ceux des personnes en situation de handicap dans le cadre du contentieux des décisions

rendues à leur égard par les Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées et les présidents des conseils départementaux. La charge financière demeurera imputée à l'assurance maladie comme c'est le cas actuellement, avec une répartition des dépenses entre les différents régimes de sécurité sociale. Le cas échéant, les dépenses qui seraient avancées par l'État dans ce cadre seront remboursées par la Caisse nationale de l'assurance maladie et réparties, de la même manière, entre les différents régimes de sécurité sociale.

La mesure ouvre la possibilité d'une avance des frais d'expertise par l'Etat, donnant lieu ensuite à un remboursement par la Caisse nationale d'assurance maladie. Un tel scénario ayant jusqu'à présent été écarté, l'adoption du décret qui en fixerait les modalités n'est pour l'instant pas prévue.

Par ailleurs, la mesure, qui ne modifie pas sur ce point le sens des précédentes dispositions du code de la sécurité sociale relatives à la prise en charge des frais d'expertise, renvoie à un arrêté le soin de définir la répartition des dépenses entre les différents régimes de sécurité sociale. La modification de l'arrêté du 27 décembre 2011 fixant la répartition des dépenses du contentieux de la sécurité sociale interviendra au premier semestre 2020 pour tenir compte, d'une part, de la loi n°2019-222 de programmation pour la justice, qui procède à la fusion du contentieux général et du contentieux technique à compter d'une date définie par décret, et au plus tard au 1^{er} janvier 2020, et, d'autre part, de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, qui étend la prise en charge des expertises au contentieux technique hors handicap.

Article 82 : ONDAM et sous-ONDAM

L'objectif national des dépenses d'assurance-maladie est fixée à 2,5 % en 2019, soit un niveau de 200,3 Md€. Le taux de progression, supérieur à celui fixé en 2018 de 0,2 point, permet notamment de mettre en œuvre les mesures prévues par le plan « Ma santé 2022 ».

Article 83 : Dotation au FIVA, au FCAATA et transfert compensation sous-déclaration ATMP

Le présent article a pour objet de fixer les montants des dotations versées en 2019 par la branche ATMP du régime général.

Concernant en premier lieu le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), la tendance à la baisse de la demande, associée à une augmentation du coût moyen des dossiers liée au regain de la fréquence des pathologies graves, conduit à une évaluation du total des dépenses de 364,9 millions d'euros pour 2019, dont 305 millions d'euros au titre des seules dépenses d'indemnisation (hors provisions et dotations aux amortissements). Compte tenu d'une dotation nette de l'Etat maintenue à 7,8 millions d'euros (après mise en réserve) et des autres produits du fonds (prévus à hauteur de 80,2 millions d'euros), une dotation de la branche AT-MP de 260 millions d'euros est nécessaire pour 2019.

En deuxième lieu, la baisse tendancielle des dépenses du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) devrait se poursuivre en 2019 : le total des charges est ainsi évalué à 552 millions d'euros, soit une diminution de 5,1 % par rapport à 2018. Dans ce contexte, marqué également par un résultat et un résultat cumulé excédentaires en 2018, il est proposé de fixer la dotation 2019 de la branche AT-MP à hauteur de 532 millions d'euros (soit une diminution de 13,3% par rapport à 2018) de manière à assurer l'équilibre du résultat cumulé.

En troisième lieu, la commission de la sous-déclaration des AT-MP qui s'est réunie au cours du deuxième trimestre 2017 a évalué le montant de cette sous-déclaration dans une fourchette comprise entre 815 et 1 530 millions. Au regard de cette estimation, il est proposé de maintenir le montant du versement pour 2019 au même niveau qu'en 2017, soit 1 milliard d'euros.

En quatrième lieu, en application de l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale, la loi de financement de la sécurité sociale détermine le montant couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et les dépenses supplémentaires engendrées par le compte professionnel de prévention.

Le montant total des dépenses au titre des deux dispositifs est évalué pour la branche AT-MP du régime général est évalué à 254,2 millions d'euros en 2019 : 93,2 millions d'euros au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et 161 millions d'euros au titre du compte professionnel de prévention.

Le montant total des dépenses au titre des deux dispositifs est évalué pour la branche AT-MP du régime des salariés agricoles à 8 millions d'euros en 2019 : 5,5 millions d'euros au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et 2,5 millions d'euros au titre du compte professionnel de prévention.

Cette disposition ne nécessite pas de mesure d'application.

Article 84 : Report à 2022 de l'alignement complet de la tarification ATMP à Mayotte sur le droit commun

Les règles spécifiques applicables à Mayotte prévoient que les règles de tarification des ATMP sont alignées sur celles applicables sur le reste du territoire au plus tard au 1er janvier 2020. Cette échéance concerne tant les règles de calcul des taux collectifs, liés à la sinistralité du secteur d'activité pour les entreprises de moins de 20 salariés, que celles des taux individuels pour les entreprises de plus de 150 salariés, permettant de tenir compte de la sinistralité réelle des entreprises. Elles affectent également les entreprises entre 20 et 149 salariés soumises à une tarification mixte, cette dernière reposant en effet sur une individualisation progressive du taux en fonction des effectifs.

Si les taux collectifs applicables à Mayotte convergent d'année en année, depuis 2016, vers ceux applicables en métropole, la perspective d'un alignement complet sur les règles de droit commun au 1er janvier 2020 pour les taux calculés (individuels et mixtes) est source de difficultés.

Dans un tel contexte, cette disposition prévoit de reporter de 2020 à 2022 l'alignement complet des règles de tarification ATMP à Mayotte sur le droit commun, en maintenant, de manière transitoire, une tarification mutualisée (taux collectifs) pour l'ensemble des entreprises.

Cette mesure nécessite la modification du décret n°2015-1679 relatif à la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles à Mayotte, qui fixe la fin de la période transitoire, pendant laquelle sont appliqués des taux collectifs à l'ensemble des entreprises, au 31 décembre 2019. Le projet de décret simple, en cours d'élaboration, maintient l'alignement des taux collectifs mahorais sur ceux applicables sur le reste du territoire, mais reporte au 31 décembre 2021 la fin de la période de la période transitoire, à compter de laquelle les taux mixtes et individuels seront appliqués aux entreprises de plus de 20 salariés.

