

ANNEXE 3
MISE EN ŒUVRE DE
LA LOI DE
FINANCEMENT DE
LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2018

PLFSS 2019

SOMMAIRE

PLFSS 2019 - Annexe 3

Présentation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018

Mise en œuvre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018

1. Dispositions relatives à l'année 2017	11
2. Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale pour 2018	12
2.1. Titre 1er : Dispositions relatives aux recettes, au recouvrement et à la trésorerie	12
2.2. Titre 2 : Conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale.....	19
3. Dispositions relatives aux dépenses pour l'exercice 2018	20
3.1. Titre 1er : Dispositions relatives à la branche famille	20
3.2. Titre 2 : Dispositions relatives à la branche vieillesse	21
3.3. Titre 3 : Dispositions relatives à la branche ATMP	22
3.4. Titre 4 : Dispositions relatives à la branche maladie.....	23
3.5. Titre 6 : Dispositions communes aux différentes branches	33

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 2018, 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 2018

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 2016		
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 2016 et le tableau patrimonial (annexe A)
DEUXIEME PARTIE: DISPOSITIONS RELATIVES A L'EXERCICE 2017		
3	3	Rectification du prélèvement sur les réserves du Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) au profit du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et prélèvement sur les réserves du Fonds CMU
4	4	Suppression de la contribution supplémentaire à la contribution sociale de solidarité des sociétés
5	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n°915	Non-compensation du crédit d'impôt de taxe sur les salaires et de l'exonération de taxe sur les salaires pour les impatriés
6	5	Rectification des tableaux d'équilibre 2017
7	6	Rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM
TROISIEME PARTIE: DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET A L'EQUILIBRE FINANCIER DE LA SECURITE SOCIALE POUR L'EXERCICE 2018		
Titre 1^{er} : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET A LA TRÉSORERIE		
Chapitre I/ Mesure relative au pouvoir d'achat des actifs		
8	7	Suppression des cotisations sociales en contrepartie de la hausse de la CSG
Chapitre II/ Mesures en faveur de l'emploi et des entrepreneurs		
9	8	Renforcement des allègements généraux et suppression du CICE
10	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n°945	Fusion de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) et de la contribution additionnelle à la C3S
11	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n°646	Fixation de la contribution patronale sur les attributions gratuites d'actions à 20%

12	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n°108	Congé de fin d'activité des conducteurs routiers
13	9	Encourager les petites activités et réforme de l'aide au chômeur créant ou reprenant une entreprise (Accre)
14	10	Allègement des démarches des petits déclarants par la modernisation des titres simplifiés
15	11	Modification du régime social des indépendants et modification des règles d'affiliation entre la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) et le RSI
16	Amendement au Sénat en 1ère lecture n°587	Mesures exceptionnelles IRMA : suspension des poursuites et plan d'apurement des créances des entreprises de Saint Martin et Saint Barthélemy
Chapitre III/ Mesures de fiscalité comportementale		
17	12	Augmentation des droits de consommation applicables au tabac
18	13	Verdissement de la taxe sur les véhicules de société
19	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n°866	Majoration progressive du barème de la taxe sur les boissons sucrées
Chapitre IV/ Recettes de la branche maladie		
20	14	Fixer les taux <i>Lv</i> et <i>Lh</i> pour 2018 et préciser les conditions d'application de la clause de sauvegarde
21	15	Prorogation et augmentation de la participation des organismes complémentaires au financement des nouveaux modes de rémunération via une taxe
22	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n°650	Clarification du calcul des marges des grossistes répartiteurs
Chapitre V/ Modernisation de la branche recouvrement		
23	16	Simplification de l'affiliation, du recouvrement et de la gouvernance du régime de sécurité sociale des artistes auteurs
24	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n° 1224	Simplification des démarches des assurés polyactifs
25	Amendement à	Faciliter les démarches d'installation des médecins libéraux

	l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n° 1202	
26	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n° 1192	Affiliation des marins résidant en France et employés sous pavillon étranger
27	17	Centralisation de la passation des marchés de services bancaires du régime général
Titre 2 : CONDITIONS GENERALES DE L'EQUILIBRE FINANCIER DE LA SECURITE SOCIALE		
28	18	Transferts entre l'Etat et la sécurité sociale et entre branches de la sécurité sociale
29	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n° 1193	Reversement des réserves financières du de compensation des cessations progressives d'activité des personnels à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL)
30	19	Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l'annexe V
31	20	Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale
32	21	Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général
33	22	Approbation des recettes (état C) et du tableau d'équilibre du FSV, de l'objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du FRR et de la section 2 du FSV
34	23	Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes
35	24	Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)
QUATRIEME PARTIE: DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES POUR L'EXERCICE 2018		
Titre 1^{er} : DISPOSITIONS RELATIVES A LA BRANCHE FAMILLE		
36	25	Majoration du choix de mode de garde pour les familles monoparentales
37	26	Elargissement des conditions d'accès à la Prestation d'accueil du jeune enfant (Paje)
38	Amendement à l'Assemblée Nationale	Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel

	en 1ère lecture n° 652	
39	27	Objectif de dépenses de la branche Famille
Titre 2 :- DISPOSITIONS RELATIVES A LA BRANCHE VIEILLESSE		
40	28	Revalorisation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et des anciennes allocations du minimum vieillesse
41	29	Décalage de la date de revalorisation des pensions et de l'ASPA
42	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n° 1183	Précisions sur la nature juridique du régime d'allocation viagère des gérants de débits de tabac
43	30	Objectif de dépenses de la branche Vieillesse
Titre 3 : DISPOSITIONS RELATIVES A LA BRANCHE ATMP		
44	31	Indemnisation des victimes de maladies professionnelles à la date de la première constatation médicale
45	32	Dotation au FIVA, au FCAATA et transfert compensation sous-déclaration ATMP
46	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n° 713	Gestion des recours contre tiers
47	33	Objectif de dépenses de la branche ATMP
48	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n° 1059	Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel
Titre 4 : DISPOSITIONS RELATIVES A LA BRANCHE MALADIE		
Chapitre I/ Promouvoir la prévention		
49	34	Vaccination obligatoire des enfants de moins de 2 ans
50	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1ère lecture n°1209	Prise en charge à 100% d'une consultation de prévention du cancer du sein et du col de l'utérus à 25 ans
Chapitre II/ Promouvoir l'innovation en santé		
51	35	Innovations organisationnelles pour la mise en place et la rémunération de parcours des patients
52	Amendement au Sénat en 1ère lecture n°14	Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel
53	Amendement à l'Assemblée Nationale	Rapport sur les dépenses d'indemnités journalières avant le 1er juin 2018

	en 1 ^{ère} lecture n°653	
54	36	Télémédecine
55	37	Accélération de la procédure d'inscription des actes à la nomenclature
56	38	Modifier les conditions de prise en charge des produits de santé de la liste en sus
Chapitre III/ Accroître la pertinence et la qualité des soins		
57	39	Renforcer l'efficacité et la pertinence des prescriptions hospitalières
58	40	Améliorer la pertinence de l'utilisation des produits de santé
59	41	Renforcer la régulation du secteur des dispositifs médicaux
60	42	Uniformisation et révision des textes sur les demandes d'accord préalable (DAP) afin de sécuriser et d'étendre le dispositif
61	43	Étendre la mise sous objectifs (MSO) et la mise sous accord préalable (MSAP) à tous les prescripteurs
Chapitre IV/ Moderniser le financement du système de santé		
62	44	Dentiste (report plafond du règlement arbitral)
63	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°1223	Suppression du tiers-payant généralisé et remise d'un rapport sur le tiers-payant généralisable pour le 31 mars 2018
64	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°136	Rapport sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité
65	45	Report de la facturation individuelle pour actes (hors consultations externes)
66	46	Suppression de la dégressivité tarifaire
67	47	Report de l'entrée en vigueur de l'intégration des dépenses de transport sanitaire dans le budget des établissements de santé
68	48	Adaptation de la réforme du financement des soins de suite et de réadaptation (SSR)
69	49	Évolution des compétences financières des ARS
70	50	Efficacité et adaptation de l'offre aux besoins du secteur médico-social
71	Amendement à l'Assemblée Nationale en 1 ^{ère} lecture n°1201	Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel
72	51	Fusion de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité

		des établissements et services sociaux et médico-sociaux et de la Haute Autorité de santé (HAS)
73	52	Dotation d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, à l'ONIAM, de la CNSA aux ARS
Chapitre V/ Articles relatifs aux dépenses de la branche		
74	53	Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès
75	54	ONDAM et sous ONDAM
Titre 5: DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES REGIMES OBLIGATOIRES		
76	55	Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires
Titre 6 : DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFERENTES BRANCHES		
Chapitre I/ Mesure relative à la gestion et aux systèmes d'information		
77	56	Mise en place d'une convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la caisse nationale des barreaux français (CNBF)
Chapitre II/ Mesure relative à la fraude		
78	57	Renforcement du dispositif de sanctions prononcées par les organismes de sécurité sociale ou les ordres professionnels ; extension aux prestations de la branche maladie de l'interdiction de remise de dettes prévue pour les prestations de la branche famille en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausse déclaration et instauration d'une sanction forfaitaire dans le cadre de l'exercice du droit de communication

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'année 2017

Article 3 : Rectification du prélèvement sur les réserves du Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) au profit du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et prélèvement sur les réserves du Fonds CMU

Le présent article porte de 70 millions d'euros à 30 millions d'euros le prélèvement sur les réserves du Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) au profit du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Ce transfert a conduit à majorer de 15 millions d'euros supplémentaires (pour un total de 59,4 millions d'euros) la participation des régimes d'assurance maladie au FMESPP pour l'année 2017.

Le Fonds CMU a par ailleurs constitué d'importants excédents, ses capitaux propres s'élevant à 285 millions d'euros fin 2016, du fait d'une affectation de recette de taxe de solidarité additionnelle (TSA) supérieure à ses besoins de financement en 2016. Les recettes du fonds ont donc été diminuées de 150 millions d'euros en 2017 afin de réduire ses excédents, au profit de la CNAM, autre affectataire de la TSA qui aurait donc dû bénéficier de cette recette fiscale si elle avait été mieux calibrée.

L'article ne nécessite pas de mesure d'application.

Article 4 : Suppression de la contribution supplémentaire à la contribution sociale de solidarité des sociétés

L'article prévoit la suppression de la contribution supplémentaire à la C3S, instituée par la loi de finances rectificative pour 2016 : cette contribution supplémentaire, partiellement acquittée sous forme d'acompte versé en fin d'année, complexifiait la fiscalité des entreprises et n'aurait conduit qu'à un gain temporaire pour les recettes de la sécurité sociale. La mise en œuvre de ces évolutions est prévue sur le plan réglementaire par le décret n° 2018-363 du 16 mai 2018 portant application de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 en matière de contribution sociale de solidarité.

Article 5 : Non-compensation du crédit d'impôt de taxe sur les salaires et de l'exonération de taxe sur les salaires pour les impatriés

La loi de finances initiale pour 2017 et la loi de finances rectificative pour 2016 ont instauré deux dispositifs fiscaux réduisant les recettes de la sécurité sociale : une exonération de taxe sur les primes d'impatriation et la création du crédit d'impôt de taxe sur les salaires. Ces pertes de recettes ne sont pas compensées par des crédits budgétaires de l'État, ce qui appelle une mention expresse en ce sens dans la loi, en application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.

L'article ne nécessite pas de mesure d'application.

2. Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale pour 2018

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

2.1.1. Chapitre I : Mesure relative au pouvoir d'achat des actifs

Article 8 : Suppression des cotisations sociales en contrepartie de la hausse de la CSG

Cet article supprime le paiement de certaines cotisations sociales dues par les actifs en contrepartie d'une hausse de la CSG sur l'ensemble des revenus.

Pour les travailleurs salariés, cette mesure supprime le paiement de la cotisation salariale d'assurance maladie (0,75 %) et les dispense du paiement des contributions d'assurance chômage (2,40 %), soit une baisse de prélèvements équivalente à 3,15 % de la rémunération brute, sans aucun impact sur les droits sociaux des intéressés. Cette mesure s'est appliquée en deux temps au cours de l'année 2018.

Pour les travailleurs indépendants, cette mesure se traduit par une quasi-suppression de la cotisation d'allocations familiales et par un accroissement de l'exonération des cotisations d'assurance maladie et maternité.

Cet ensemble de mesures est financé par l'augmentation du taux de la contribution sociale généralisée (CSG) de 1,7 point qui s'applique à l'ensemble des revenus d'activité, de remplacement et du capital, à l'exception des allocations chômage et des indemnités journalières. En outre, parmi, les retraités, la hausse de CSG ne concerne que les pensionnés dont les revenus sont supérieurs au seuil permettant l'application d'un taux normal de CSG, soit les personnes ayant un revenu fiscal de référence (RFR) au moins égal à 14 375 euros par part.

Le relèvement du taux de CSG conduit également à une hausse du taux global des prélèvements sociaux sur les revenus du capital. En ce qui concerne les produits d'épargne qui ne sont pas soumis aux prélèvements sociaux au fil de l'eau, les gains acquis ou constatés avant l'entrée en vigueur continueront à être taxés en fonction des taux de prélèvement qui étaient ceux en vigueur lorsque ces gains ont été constatés.

Le décret n° 2017-1894 du 30 décembre 2017 relatif aux modalités de calcul et aux dispositifs d'exonération des cotisations de sécurité sociale des travailleurs indépendants est venu préciser les modalités de mise en œuvre de cet article. Le décret n° 2017-1891 du 30 décembre 2017 ajuste, suite à la suppression de la cotisation maladie par l'article 8 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, les taux de cotisations salariales et adapte le taux de la cotisation salariale « maladie - vieillesse » du régime des clercs et employés de notaires et de l'établissement national des invalides de la marine.

2.1.2. Chapitre II : Mesures en faveur de l'emploi et des entrepreneurs

Article 9 : Renforcement des allègements généraux et suppression du CICE

L'article 9 prévoit la transformation à compter du 1er janvier 2019, du crédit d'impôt pour la compétitivité en allègement permanent de cotisations sociales de 6 points pour les rémunérations n'excédant pas 2,5 SMIC et renforce le dispositif des allègements généraux d'environ 10 points afin d'exonérer totalement, au niveau du SMIC, les cotisations et contributions sociales acquittées par toutes les entreprises. Ce renforcement orienté vers les plus bas salaires porte sur les cotisations patronales dues au titre du risque chômage et de la retraite complémentaire. Cela représente ainsi un renforcement d'un tiers des exonérations au niveau du SMIC rapprochant ainsi fortement le coût net d'un emploi de son coût brut en particulier pour les petites entreprises, ces dernières étant par ailleurs non soumise à plusieurs contributions sociales.

Un projet de décret fixant les conditions dans lesquelles l'octroi d'un échancier de paiement par les URSSAF ou les CGSS emporte également le bénéfice d'un échancier de paiement similaire au titre des

cotisations à la charge de l'employeur restant dues, le cas échéant, aux titres des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires est en cours de rédaction.

Article 10 : Fusion de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) et de la contribution additionnelle à la C3S

Dans un souci de simplification, la C3S actuelle et la contribution additionnelle à cette contribution, dont les modalités d'assiette, de recouvrement et d'affectation sont aujourd'hui strictement identiques mais qui constituent deux contributions juridiquement distinctes, sont fusionnées. Cette fusion, sans conséquence pour les redevables, renforce la lisibilité de la fiscalité qui leur est applicable. Par ailleurs, l'article prévoit le rétablissement de l'obligation de télé-règlement de la C3S, dans un objectif de rationalisation des modalités de recouvrement de la contribution. La mise en œuvre de ces évolutions est prévue sur le plan réglementaire par le décret n° 2018-363 du 16 mai 2018 portant application de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 en matière de contribution sociale de solidarité.

Article 11 : Fixation de la contribution patronale sur les attributions gratuites d'actions à 20%

La distribution d'action gratuite est un processus à la fois avantageux pour les entreprises (qui peuvent ainsi attirer des talents qui autrement ne seraient pas dans leurs moyens financiers) et pour les salariés, qui y trouvent un intéressement au devenir de leur structure. Ce procédé favorise une plus grande implication des salariés dans la prise des décisions stratégiques de l'entreprise. C'est un dispositif qui vise à partager le capital, qui crée un intérêt fort au développement de l'entreprise, et qui implique largement tous les acteurs autour du projet entrepreneurial.

Le régime d'attribution des actions gratuites avait été simplifié par la loi pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques de 2015, laquelle avait abaissé la contribution patronale à 20 %. Le PLF 2017 avait rehaussé ce taux à 30 %.

Cet article ramène cette contribution patronale au taux de 20 %. Une telle mesure renforce le message positif que le Gouvernement souhaite porter à l'égard des entreprises. Il leur redonne une liberté de choix et d'action, leur remet les clés de leur organisation tant salariale que managériale.

Cette mesure ne nécessite pas de décret d'application.

Article 12 : Congé de fin d'activité des conducteurs routiers

Les partenaires sociaux ont entamé une démarche de branche de réforme globale de la protection sociale intégrant notamment des évolutions structurelles du congé de fin d'activité. Ainsi, un premier accord a été conclu au sein de la branche le 20 avril 2016, concernant notamment la prévoyance et l'inaptitude, qui précise que les partenaires sociaux vont désormais entamer les négociations relatives aux évolutions des dispositifs de gestion de fin de carrière.

Dans le prolongement des dispositions de l'article 8 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, qui visaient à exclure les avantages versés au titre du CFA des conducteurs routiers de la taxation à 50 % pour les départs effectués en 2017, cet article pérennise cette exclusion pour l'ensemble des départs.

Conformément à l'accord avec les partenaires sociaux, cet article confirme l'assujettissement au forfait social au taux de 20 % de la part des avantages financés par les employeurs. Par souci de simplification, les organismes gestionnaires verseront les contributions directement aux URSSAF.

Cette mesure est d'application directe.

Article 13 : Encourager les petites activités et réforme de l'aide au chômeur créant ou reprenant une entreprise (Accre)

Conformément aux engagements du programme présidentiel, le Gouvernement a souhaité mettre en place des mesures d'allègement de charges en faveur des travailleurs indépendants qui s'engagent dans une aventure entrepreneuriale. Une « année blanche » pour tous les créateurs et repreneurs d'entreprises sera

ainsi accordée, à compter du 1^{er} janvier 2019, afin de faciliter l'amorçage des nouvelles entreprises et de soutenir les modèles économiques encore fragiles.

Cette exonération prend la forme d'un élargissement des conditions d'éligibilité à l'exonération actuellement accordée aux seuls chômeurs créateurs et repreneurs d'entreprise (exonération ACCRE). Ce dispositif bénéficiera à tous les entrepreneurs ayant un revenu annuel net inférieur à 40 000 euros au titre de la première année d'activité. Pour les micro-entrepreneurs, l'exonération permettra un accompagnement dégressif sur trois ans du développement de leur activité.

Cette mesure est d'application directe.

Article 14 : Allègement des démarches des petits déclarants par la modernisation des titres simplifiés

L'article vise à poursuivre la modernisation et l'extension des offres de titres simplifiés pour les petits déclarants, et plus particulièrement les particuliers qui exercent une activité au domicile d'autres particuliers et qui sont actuellement, en raison de leur type d'activité ou du cadre dans lequel ils exercent, non éligibles au chèque emploi service universel (CESU). Cette mesure, en facilitant les démarches sociales réalisées par les particuliers, permettra d'améliorer les droits sociaux des bénéficiaires tout en mettant à disposition de ces « petits déclarants » une offre de service adaptée facilitant la déclaration de leur activité auprès des URSSAF.

Plusieurs projets de décrets fixant les dispositions ci-dessous sont en cours de rédaction :

- la durée et activités éligibles au dispositif de déclaration simplifiée, pour les particuliers faisant appel pour leur usage personnel à d'autres particuliers pour effectuer de manière ponctuelle un service de conseil ou de formation en contrepartie d'une rémunération ;
- la date limite de déclaration, par toute personne utilisant un des dispositifs simplifiés, des rémunérations dues au titre de chaque mois au cours duquel une activité a été effectuée par le salarié, stagiaire aide familial placé au pair, l'accueillant familial ou le particulier ;
- les modalités de transmission dématérialisée du décompte des cotisations et contributions, d'une attestation fiscale et du bulletin de paie ou du relevé mensuel des rémunérations et indemnités

Article 15 : Modification du régime social des indépendants et modification des règles d'affiliation entre la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) et le RSI

Le présent article vise à confier la protection sociale des travailleurs indépendants au régime général, qui couvre déjà l'essentiel de la population française. Les travailleurs indépendants bénéficieront comme aujourd'hui des prestations prévues par les textes et conserveront leurs propres règles en matière de cotisations, justifiées par la spécificité de leur situation.

Compte tenu de l'ampleur de la transformation, une phase transitoire de l'ordre de deux ans est prévue, pendant laquelle les différentes missions du RSI (liquidation des retraites, assurance maladie, recouvrement des cotisations, etc.) seront progressivement reprises en gestion par les caisses du régime général (CPAM, CARSAT et URSSAF). Cette transition sera conduite dans des conditions permettant une évolution raisonnée des organisations de travail, une sécurisation de la construction des systèmes d'information, et un transfert de gestion sécurisé et respectueux de la gouvernance, des personnels et des relations sociales au sein du RSI. Cette période de transition sera également mise à profit pour négocier les conditions de l'intégration des personnels du RSI au sein du régime général, avec les représentants de ces salariés. L'organisation définitive sera en place au plus tard le 1^{er} janvier 2020.

Les organismes conventionnés, qui servent aujourd'hui les prestations d'assurance maladie par délégation du RSI, verront leur mission reprise par les CPAM courant 2020. Dès 2019, les travailleurs indépendants ex-salariés nouvellement établis pourront décider de continuer à être gérés par leur CPAM. Les personnels des organismes conventionnés seront repris avec leurs missions.

Plusieurs textes sont venus préciser les modalités de mise en œuvre de la réforme :

- Le décret n° 2017-1894 du 30 décembre 2017 relatif aux modalités de calcul et aux dispositifs d'exonération des cotisations de sécurité sociale des travailleurs indépendants ;

- Le décret n° 2018-162 du 6 mars 2018 relatif aux taux particuliers des cotisations d'assurance maladie des personnes visées à l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale ;
- Le décret n° 2018-174 du 9 mars 2018 relatif à la mise en œuvre de la réforme de la protection sociale des travailleurs indépendants prévue par l'article 15 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.
- Le décret n° 2018-533 du 27 juin 2018 permettant la mise en œuvre d'une expérimentation relative aux modalités de déclaration et de paiement des cotisations et contributions sociales provisionnelles dues par les travailleurs indépendants auprès des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF).
- 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
- L'arrêté du 24 avril 2018 portant approbation du schéma de transformation
- L'arrêté du 21 mars 2018 portant nomination des membres du comité de surveillance de la réforme de la protection sociale des travailleurs indépendants
- L'arrêté du 3 mai 2018 relatif à la procédure de candidature des organisations en vue de la désignation des membres du Conseil de la protection Sociale des Travailleurs indépendants
- Le décret n° 2018-363 du 16 mai 2018 portant application de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 en matière de contribution sociale de solidarité.
- L'arrêté du 25 juillet 2018 fixant le modèle de statuts des caisses locales déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants

Par ailleurs, plusieurs projets de décrets et arrêtés sont ou seront prochainement en cours de rédaction pour une publication prévue au 2ème semestre 2018 :

- un décret organisant la mise en cohérence des dispositions réglementaires applicables aux travailleurs indépendants (« décret balai »)
- un décret fixant la liste des organisations professionnelles représentatives devant procéder aux premières désignations de représentants des travailleurs indépendants, ainsi que le nombre de membres à désigner, au Conseil de la protection Sociale des travailleurs indépendants
- un décret instaurant les taux spécifiques tenant compte des différences existant entre les montants totaux des cotisations et des contributions sociales dues par les travailleurs indépendants selon qu'ils relèvent ou non des dispositions de l'article L. 640-1 ;
- un décret fixant la modalité de calcul du montant de la pension de base pour les périodes antérieures au changement d'affiliation ;
- un décret fixant les modalités de conversion des points acquis dans le régime complémentaire d'assurance vieillesse de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse et les conditions particulières de réversion de certains points en fonction des cotisations précédemment versées à ce titre ;
- Un arrêté désignant les membres de l'assemblée générale du conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants
- Un arrêté désignant les membres des instances régionales du conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants
- Un arrêté fixant le montant et la répartition de la dotation annuelle de gestion administrative du CPSTI et de l'action sanitaire et sociale

Enfin, les textes suivants seront préparés pour une publication prévue au 1^{er} semestre 2019 :

- Un arrêté de nomination du directeur du conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants (qui fera l'objet d'une concertation avec le CPSTI une fois ce dernier installé)

- Une convention conclue entre le CPSTI et la CNAM précisant les conditions de délégation aux CPAM du service des prestations supplémentaires
- Une convention conclue entre le CPSTI et la CNAM précisant les conditions de délégation aux CPAM du service des prestations invalidité-décès
- Une convention conclue entre le CPSTI et la CNAV précisant les conditions de délégation aux CARSAT du service des prestations de retraite complémentaire
- Une convention, entre les directeurs d'organismes concernés, fixant les conditions de transfert des droits et obligations liés à la gestion administrative des caisses déléguées (sauf contrats de travail).

Article 16 : Mesures exceptionnelles IRMA : suspension des poursuites et plan d'apurement des créances des entreprises de Saint Martin et Saint Barthélemy

Cet article instaure des mesures exceptionnelles pour les entreprises des territoires de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy pour faire face aux graves difficultés économiques qu'elles traversent à la suite du cyclone Irma. Ces mesures renforcent les facilités de paiement octroyées depuis septembre 2017 aux entreprises concernées, à la suite d'une instruction ministérielle. L'objectif est d'accompagner sur une période longue, allant jusqu'à décembre 2018, ces entreprises dans leur démarche de redémarrage de leurs activités et de garantir leur pérennité, vitale pour la vie économique de ces territoires.

Les entreprises peuvent demander à leur organisme de recouvrement, depuis la publication de la présente loi, une suspension des poursuites jusqu'au 30 novembre 2018 et la conclusion d'un plan d'apurement d'une durée maximale de 5 ans pour leur permettre de régler leurs cotisations et contributions sociales patronales dues entre le 1^{er} août 2017 et le 31 décembre 2018. Ces plans pourront prévoir une remise des cotisations dues pour les périodes comprises entre le 1^{er} août 2017 et le 30 novembre 2018 jusqu'à 50% des créances.

Le texte ne nécessite pas de mesure d'application.

2.1.3. Chapitre III : Mesures de fiscalité comportementale

Article 17 : Augmentation des droits de consommation applicables au tabac

Les prix des produits vendus aux consommateurs sont librement fixés par les fabricants. Leur niveau est cependant fortement corrélé à celui de la fiscalité sur les tabacs. Le présent article a donc pour but d'augmenter progressivement les droits d'accise sur les produits de tabac dans l'objectif, d'atteindre au 1^{er} novembre 2020, le prix de 10 euros pour un paquet de cigarettes.

Afin de diminuer les risques de substitution par d'autres produits, une hausse de la fiscalité relativement plus élevée que celle appliquée aux cigarettes est proposée pour l'ensemble des autres produits de tabac.

Article 18 : Verdissement de la taxe sur les véhicules de société

Dans un objectif de lutte contre la pollution atmosphérique et le réchauffement climatique, cet article vise à adapter la taxe sur les véhicules de société pour renforcer son caractère incitatif vis-à-vis de l'acquisition de véhicules moins polluants. Le barème évolue, en modifiant les seuils d'assujettissement de certaines de ses tranches, encourageant notamment l'achat de véhicules électriques ou hybrides. Ces mesures ont permis d'adapter des barèmes datant respectivement de 2011 et 2014, en cohérence avec les mesures récentes, adoptées pour accélérer le développement des véhicules à faibles émissions qui s'articulent pour les véhicules de tourisme autour de deux seuils de 20 g de CO₂/km et de 60 g de CO₂/km.

Cet article ne nécessite pas de mesure d'application.

Article 19 : Majoration progressive du barème de la taxe sur les boissons sucrées

Cet article substitue à la contribution actuelle sur les boissons sucrées une taxation dont le niveau s'élève à proportion de la quantité de sucres ajoutés contenue dans la boisson considérée pour inciter les industriels à réduire la quantité de ces sucres dispensables dans leurs produits. La taxe déploiera ainsi deux effets vertueux :

- Une redistribution de la taxation en faveur des boissons les moins sucrées ;
- Une véritable incitation à réduire tous les niveaux de sucre puisque toute diminution d'au moins 1 gramme de sucres ajoutés pour 100mL conduira à une diminution de la taxation marginale de la boisson.

Cet article ne nécessite pas de mesure d'application.

2.1.4. Chapitre IV : Recettes de la branche maladie

Article 20 : Fixer les taux *Lv* et *Lh* pour 2018 et préciser les conditions d'application de la clause de sauvegarde

La clause de sauvegarde est un mécanisme qui permet de protéger l'assurance maladie contre une progression trop rapide des dépenses remboursées de médicaments, dans le cas où les économies prévues en construction de l'ONDAM ne seraient pas complètement réalisées. Plus spécifiquement, si les chiffres d'affaires des laboratoires pharmaceutiques progressent d'un taux supérieur à *Lv* (pour les médicaments dispensés par les officines de ville) ou à *Lh* (pour les médicaments dispensés par les hôpitaux), la clause de sauvegarde se déclenche et les laboratoires reversent à l'assurance maladie une partie du dépassement.

Le présent article fixe le taux *Lv* à 0% et le taux *Lh* à 3%, pour l'année 2018 et pour prendre en compte les dynamiques différentes des dépenses dans ces deux secteurs. Pour la fixation du taux à l'hôpital, il est également tenu compte de l'arrivée de plusieurs innovations importantes en 2018. Il précise en outre le calcul de cette contribution lorsqu'un médicament change de périmètre (ville ou hôpital). L'article simplifie enfin les conditions de la transition entre l'ancien dispositif d'application de la clause de sauvegarde (*L*) et le nouveau introduit par la LFSS pour 2017 (*Lv* et *Lh*).

Le décret n° 2018-317 du 27 avril 2018 relatif aux modalités de transmission des informations nécessaires au calcul des contributions mentionnées à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale auxquelles sont assujetties les entreprises assurant l'exploitation de spécialités pharmaceutiques est venu préciser les modalités d'application de cet article.

Article 21 : Prorogation et augmentation de la participation des organismes complémentaires au financement des nouveaux modes de rémunération via une taxe

Les organismes d'assurance maladie complémentaire ont renouvelé, dans le cadre de la convention médicale du 25 août 2016, l'engagement, initié en 2012, de participer au financement de rémunérations alternatives au paiement à l'acte, au titre du « forfait médecin traitant », à hauteur de 250 millions d'euros.

Cet engagement a été mis en œuvre entre 2013 et 2017 via la mise en place d'une taxe répartie entre les différents organismes complémentaires dont le produit correspondait globalement à l'engagement financier conventionnel. Conformément à son objet (financer une partie des dépenses de l'ONDAM assurant la rémunération des médecins), le rendement de la contribution constitue une recette venant en réduction des dépenses de l'ONDAM.

Des travaux ont été engagés entre l'assurance maladie et les représentants des complémentaires-santé pour définir un schéma cible de versement de cette contribution des organismes complémentaires aux médecins. La mise en œuvre de ce schéma ne pouvant être opérationnelle avant 2019, le prélèvement fiscal sur les organismes complémentaires a été prolongé en 2018 et son rendement a été augmenté à raison du nouvel engagement financier prévu.

Cette disposition ne nécessitait pas de mesure d'application.

Article 22 : Clarification du calcul des marges des grossistes répartiteurs

Cet article de clarification permet de sécuriser le calcul de l'assiette de la troisième part de la contribution « vente en gros » par les entreprises assujetties ainsi que son contrôle par les services en charge du recouvrement.

Cette disposition ne nécessite pas de mesure d'application.

2.1.5. Chapitre V : Modernisation de la branche recouvrement

Article 23 : Simplification de l'affiliation, du recouvrement et de la gouvernance du régime de sécurité sociale des artistes auteurs

Le présent article vise à simplifier les démarches de déclaration et de paiement des cotisations sociales dues par les artistes auteurs ou par leurs diffuseurs à travers la constitution, par la branche du recouvrement, d'une offre de services modernisée.

Tout en maintenant les spécificités et l'identité du régime de protection sociale actuellement géré par la Maison des artistes (MDA) et l'Association pour la gestion de la sécurité sociale des artistes auteurs (AGESSA), cet article permet de remédier aux limites actuelles des procédures de recouvrement qui s'avèrent préjudiciables pour les intéressés, et de mieux garantir à l'avenir leurs droits sociaux en assurant correctement le recouvrement des cotisations sociales.

Cette offre de services garantit l'objectif, prévu initialement dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, d'un précompte des cotisations vieillesse plafonnées d'ici à 2019, le défaut actuel de ce précompte conduisant à minorer les droits à retraite des intéressés. Le présent article s'inscrit donc la continuité de l'avancée qui a pu être réalisée en 2016 par la mise en place d'un dispositif de rachat de cotisations vieillesse, afin de reconstituer la carrière des artistes auteurs et de les rétablir équitablement dans leurs droits.

Enfin, l'article vise à affilier et à ouvrir des droits sociaux dans les mêmes conditions pour l'ensemble des personnes qui perçoivent des revenus artistiques, sans aucune condition de revenus.

Le décret n° 2018-417 du 30 mai 2018 fixant la pénalité en cas de défaut de production de la déclaration prévue au quatrième alinéa de l'article R. 382-20 du code de la sécurité sociale ou en cas d'omission ou d'inexactitude des données permettant l'identification de chaque artiste auteur est venu préciser les modalités d'application de cet article.

Plusieurs projets de décret visant à préciser les modalités de gestion du régime sont en cours de rédaction :

- Un décret fixant les conditions de désignation des représentants des artistes-auteurs et des diffuseurs au conseil d'administration et les conditions de nomination du directeur et de l'agent comptable de ces organismes ;
- Un décret fixant le montant des revenus ou rémunérations, en-dessous duquel les artistes-auteurs peuvent cotiser à leur demande sur une assiette forfaitaire correspondant à ce montant.

Article 24 : Simplification des démarches des assurés polyactifs

Le présent article ajuste les règles relatives à la définition du régime de sécurité sociale auquel l'assuré est rattaché en cas de changement d'activité professionnelle : il insère une condition relative à la quotité de travail minimale prévue par le contrat pour déclencher la mutation automatique d'un assuré, privilégiant ainsi le régime de sécurité sociale de l'activité professionnelle la plus stable. Un décret en cours de finalisation précisera la durée du contrat, ainsi que la quotité de travail déclenchant la mutation automatique de l'assuré.

Cet article étend par ailleurs la mise en œuvre de la liquidation unique des indemnités journalières aux assurés polyactifs justifiant de contrats relevant du régime général ou du régime salarié agricole (MSA) quelle que soit la durée du ou des contrat(s). Un décret en cours de finalisation précisera les modalités de calcul de l'indemnité journalière dans ces cas-là.

Article 25 : Faciliter les démarches d'installation des médecins libéraux

Le présent article vise à faciliter les démarches d'installation des médecins libéraux et celles liées au remplacement des médecins. Elle supprime la condition imposant un délai préalable d'exercice non salarié avant d'être affilié au régime des professionnels et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC). Cette clause s'avère en effet peu compréhensible pour les intéressés et largement inadaptée à la situation des remplaçants. S'agissant des conditions d'ouverture du droit aux prestations en espèces que cet article rend

nécessaire de préciser, le présent article renvoie au corpus applicable à l'ensemble des assurés du régime général.

Cet article uniformise en outre entre le risque vieillesse (géré par la CARMF) et le risque maladie (géré dans le cadre du régime des PAMC), les règles permettant d'affilier les étudiants en médecine non thésés autorisés à pratiquer des remplacements afin de faciliter là-aussi ce mode d'exercice. Les praticiens concernés pourront s'ouvrir des droits de retraite comptabilisés dans le même cadre que leur future activité.

Article 26 : Affiliation des marins résidant en France et employés sous pavillon étranger

Le présent article prévoit que les gens de mer concernés seront affiliés au régime de sécurité sociale français sauf s'ils justifient d'une protection sociale au moins équivalente.

Les gens de mer déjà affiliés à un régime français de sécurité sociale restent affiliés à ce régime, sauf demande expresse de leur part et dès lors qu'ils sont couverts par une protection sociale équivalente.

Cette disposition ne nécessitait pas de mesure d'application.

Article 27 : Centralisation de la passation des marchés de services bancaires du régime général

Le présent article sécurise la trésorerie globale du régime général en confiant à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale un rôle d'accompagnement stratégique et opérationnel des organismes du régime général dans la passation de leurs marchés de services bancaires, à travers une fonction de centrale d'achat au sens du droit de la commande publique. Ce rôle permet au régime général de renforcer ses compétences dans le domaine bancaire et d'assurer que l'attribution garantisse les conditions de sécurité nécessaires à la bonne gestion de la trésorerie et au bon déroulement des missions de la sécurité sociale. Elle permet également de renforcer le positionnement du régime général dans sa relation à ses partenaires bancaires.

Cet article est d'application directe.

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

Article 28 : Transferts entre l'Etat et la sécurité sociale et entre branches de la sécurité sociale

Cet article neutralise l'impact différencié de l'ensemble des transferts sur les différentes branches de la sécurité sociale. En effet, les transferts effectués entre l'Etat et la sécurité sociale, notamment par le biais de l'article 55 de la loi de finances initiale pour 2018, n'étaient pas neutres pour les différentes branches de la sécurité sociale. Pour rétablir cette neutralité financière, les fractions de taxe sur les salaires affectées à la CNAM et à la CNAF sont modifiées.

Par ailleurs, cet article prévoit plusieurs autres réaffectations de recettes. Conformément aux négociations conduites en 2016 pour assurer la pérennité de ce régime, la taxe sur les farines est affectée au régime complémentaire obligatoire des exploitants agricoles (RCO), dont la situation démographique difficile entraîne un épuisement des réserves. Les modalités de financement du Fonds CMU sont quant à elles modifiées afin de n'affecter à cet organisme que la part de la taxe de solidarité additionnelle nécessaire à l'équilibrage de son résultat, le solde étant attribué à la CNAM. Cette nouvelle modalité de financement n'affecte en rien les dispositifs de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et d'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) financés par le fonds mais garantit au contraire leur exact financement chaque année. La contribution additionnelle de solidarité autonome (CASA) est réaffectée à l'OGD, afin de faire face à ses besoins de financement.

Enfin, le financement des dépenses des prestations accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP) du régime de sécurité sociale des marins est transféré de la branche maladie du régime général vers sa branche AT-MP, afin de renforcer le suivi des dépenses d'accidents du travail de ce régime.

Cet article a conduit à prendre plusieurs textes d'application, notamment pour modifier les modalités de financement du Fonds CMU-C :

- Le décret n° 2017-1869 du 30 décembre 2017 modifiant le décret n° 2013-829 du 16 septembre 2013 relatif aux modalités de remboursement des organismes gestionnaires de la couverture

maladie universelle complémentaire. Ce texte modifie les modalités de revalorisation du forfait, pour qu'il évolue de la même façon que le coût moyen des dépenses de CMU-c.

- L'arrêté du 21 décembre 2017 fixant les modalités de répartition de la taxe de solidarité additionnelle perçue au titre des contrats mentionnés au II de l'article L. 862-4, qui prévoit de nouvelles modalités de répartition de la taxe de solidarité additionnelle entre la CNAM et le Fonds CMU-c ;
- L'arrêté du 30 décembre 2017 fixant pour 2018 la part forfaitaire du remboursement aux organismes gestionnaires des dépenses au titre de la couverture universelle maladie complémentaire, qui entérine les nouvelles modalités de fixation du forfait prévue par le décret.

Par ailleurs, un projet de décret relatif aux conditions et modalités de reversement par la CNAM aux départements, de la contribution annuelle, correspondant aux remboursements par les Etats membres de l'UE, de l'EEE et la Suisse, des sommes attribuées au titre de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) est en cours de rédaction.

Article 29 : Reversement des réserves financières du fonds de compensation des cessations progressives d'activité des personnels à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL)

Le dispositif de cessation progressive d'activité (CPA) permettait la réduction partielle d'activité d'agents de la fonction publique territoriale proches de la retraite. En raison de la suppression en 2010 de ce dispositif, le fonds de compensation de la cessation progressive d'activité (FCCPA) ne dispose plus à ce jour ni de recettes ni de dépenses au titre des allocations à verser à des bénéficiaires issus de la fonction publique territoriale. L'indemnisation des derniers agents bénéficiaires du dispositif du CPA a pris fin au 1^{er} avril 2017, laissant un reliquat de trésorerie de près de 30M€.

L'article 29 reverse le reliquat de trésorerie du fonds de compensation de la cessation progressive d'activité (FCCPA) à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) pour en améliorer les perspectives financières. Ce reliquat, constitué de contributions versées par les collectivités territoriales, est ainsi réemployé à leur profit à travers le financement de la CNRACL.

Cette mesure est d'application directe.

Article 34 : Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes

Cet article fixe les plafonds d'emprunt des différents régimes de sécurité sociale (ACOSS, CCMSA, CNIEG, CPRP SNCF et CANSSM), notamment celui de l'ACOSS établi à 38 milliards d'euros pour l'exercice 2018.

Le texte ne nécessite pas de mesure d'application.

3. Dispositions relatives aux dépenses pour l'exercice 2018

3.1. Titre 1er : Dispositions relatives à la branche famille

Article 36 : Majoration du complément de libre choix du mode de garde pour les familles monoparentales

Les enjeux de garde d'enfant représentent l'un des principaux freins au maintien dans l'emploi ou à la reprise d'emploi des parents de familles monoparentales.

Au regard de ce constat, le présent article permet de majorer le montant maximal du complément de libre choix du mode de garde (CMG) auquel les familles monoparentales pourront prétendre au titre de la garde de leur enfant par une garde à domicile, un assistant maternel, ou une micro-crèche.

Le décret n° 2018-312 du 26 avril 2018 relatif à la prestation d'accueil du jeune enfant (DS) a fixé à 30 % la majoration du montant maximal du complément de libre choix du mode de garde auquel les familles monoparentales peuvent prétendre pour les gardes réalisées à compter du 1^{er} octobre 2018.

Par ailleurs, le décret n° 2018-331 du 3 mai 2018 relatif à la prestation d'accueil du jeune enfant (DCE) prévoit une mesure de rétroactivité d'un mois de l'ouverture du droit au complément de libre choix du mode de garde à compter du mois de dépôt de la demande, afin de réduire l'avance des frais par les familles et faciliter ainsi l'accès aux modes d'accueil solvabilisés par le CMG. Cette réforme est applicable aux gardes réalisées à compter du 1^{er} octobre 2018.

Cette meilleure solvabilisation permet de mieux accompagner ces familles dans leurs projets de reprise ou d'accroissement d'activité professionnelle et de favoriser le recours à l'accueil individuel.

Article 37 : Harmonisation du barème et des plafonds de la PAJE et du complément familial

Cet article procède à un alignement du barème (plafonds de ressources et montant) de l'allocation de base à taux plein de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) sur celui du complément familial à compter du 1^{er} avril 2018. Les conséquences en ont été tirées sur l'allocation de base versée à taux partiel et sur la prime à la naissance et la prime à l'adoption. Cette harmonisation améliore la lisibilité de l'architecture des prestations familiales. Les droits en cours ou acquis au titre des enfants nés ou adoptés avant le 31 mars 2018 n'ont pas été modifiés par la réforme. Par ailleurs, les montants de la prime à la naissance et de la prime à l'adoption ont été dégelés au 1^{er} avril 2018.

Les modalités de mise en œuvre de ces mesures ont été définies par le décret n° 2018-331 du 3 mai 2018 relatif à la prestation d'accueil du jeune enfant. Ce décret en conseil d'Etat a aligné la structure des plafonds de ressources de l'allocation de base (AB) à taux plein et à taux partiel sur celle du complément familial (CF) définie à l'article R. 522-2 du code de la sécurité sociale. La mesure est applicable aux enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} avril 2018, et à compter du 1^{er} avril 2021 pour l'ensemble des autres enfants.

Le décret n° 2018-312 du 26 avril 2018 relatif à la prestation d'accueil du jeune enfant (DS) a fixé les montants de l'allocation de base à taux plein et à taux partiel exprimés en pourcentage de la base mensuelle de calcul des allocations familiales et les montants du plafond de ressources applicables à l'allocation de base à taux partiel, à la prime à la naissance et à la prime à l'adoption.

3.2. Titre 2 : Dispositions relatives à la branche vieillesse

Article 40 : Revalorisation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et des anciennes allocations du minimum vieillesse

Le présent article traduit l'engagement pris par le Président de la République de revaloriser de façon significative pour tous ses bénéficiaires le montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) afin de soutenir le niveau de vie des personnes âgées modestes. Le montant de l'ASPA, fixé par des dispositions réglementaires, sera progressivement porté à 903 euros par mois en 2020 pour une personne seule, ce qui représente une hausse de 30 euros par mois la première année et de 35 euros par mois les années suivantes. Le montant de l'ASPA servi à un couple sera revalorisé dans les mêmes proportions.

Plusieurs textes sont venus préciser les modalités d'application de cet article :

- Le décret n° 2018-227 du 30 mars 2018 portant revalorisation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées ;
- Le décret n° 2018-340 du 4 mai 2018 portant revalorisation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon ;
- Le décret n° 2018-349 du 14 mai 2018 portant revalorisation de l'allocation spéciale aux personnes âgées à Mayotte.

Par ailleurs, l'arrêté du 20 avril 2018 portant mise en œuvre de l'abattement sur les allocations mentionné à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 dans la prise en compte des ressources pour l'attribution de la couverture universelle complémentaire et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé a défini les modalités de calcul de l'abattement sur les montants de l'ASPA, l'AAH et l'ASI pris en compte dans l'éligibilité à la CMU-c et à l'ACS pour les allocations versées à compter d'avril 2018.

Article 41 : Décalage de la date de revalorisation des pensions et de l'ASPA

Le présent article unifie la date de revalorisation des pensions de retraite, qui intervient aujourd'hui au 1^{er} octobre, et du minimum vieillesse, qui intervient aujourd'hui au 1^{er} avril, afin de permettre aux retraités de bénéficier de règles cohérentes. A compter du 1^{er} janvier 2019, le minimum vieillesse et les pensions de retraite seront donc désormais revalorisés à la même date.

Article 42 : Précisions sur la nature juridique du régime d'allocation viagère des gérants de débits de tabac

Le présent article a précisé la nature juridique du Régime d'Allocation Viagère des Gérants de Débits de Tabacs (RAVGDT) en le qualifiant de régime additionnel obligatoire. L'objectif poursuivi était une clarification des droits acquis par les débitants de tabac au titre de ce régime.

Cette mesure est d'application directe.

3.3. Titre 3 : Dispositions relatives à la branche ATMP

Article 44 : Indemnisation des victimes de maladies professionnelles à la date de la première constatation médicale

Les dispositions législatives en vigueur fixent le point de départ de l'indemnisation des maladies professionnelles à la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical (dit certificat médical initial) du lien possible entre sa pathologie et une activité professionnelle. Cette règle conduit dans un certain nombre de cas à une indemnisation partielle des victimes selon les règles applicables aux maladies professionnelles, en particulier pour les pathologies présentant un délai de latence important et pour lesquelles l'origine professionnelle n'est pas immédiatement identifiable. Pour des raisons d'équité, le présent article vise à indemniser la victime de maladie professionnelle selon les règles applicables à ces maladies dès l'apparition des premiers symptômes de cette maladie, indépendamment de la date à laquelle la victime a connaissance de son origine éventuellement professionnelle. Toutefois, pour des raisons opérationnelles et afin de limiter l'aléa pesant sur les entreprises auxquelles le sinistre est imputable, la date de début d'indemnisation ne pourra pas remonter au-delà de deux ans avant la demande de reconnaissance de maladie professionnelle adressée par l'assuré.

Cette disposition ne nécessite pas de mesure d'application.

Article 45 : Dotations au FIVA, au FCAATA, au titre de la sous-déclaration AT-MP et financement de la retraite anticipée pour incapacité permanente ainsi que du compte professionnel de prévention

Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) est financé par une contribution de la branche AT-MP du régime général et par une contribution de l'Etat. La contribution de la branche AT-MP est fixée chaque année par la LFSS. L'article 45 a fixé son montant à 270 millions d'euros pour l'année 2018.

Le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) est financé, essentiellement, par une contribution de la branche AT-MP du régime général, fixée chaque année par la LFSS, ainsi que par une contribution du régime agricole. Le même article a fixé à 613 millions d'euros le montant de cette contribution pour l'année 2018.

L'article 45 a par ailleurs fixé à 1 milliard d'euros le montant du versement de la branche AT-MP à la branche maladie visant à compenser la prise en charge des remboursements effectués par la branche maladie au titre des AT-MP non déclarés.

Enfin l'article 45 a fixé à 186 millions d'euros et 8 millions d'euros pour l'année 2018 les dépenses supplémentaires pour les régimes général et agricole liées d'une part au dispositif de départ en retraite anticipée à 60 ans autorisé par la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites en faveur des assurés justifiant d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 10% reconnu au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail « ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle » et, d'autre part, au compte professionnel de prévention.

Ces dispositions ne nécessitaient pas de mesure d'application.

Article 46 : Gestion des recours contre tiers

Au sein des branches maladie et accidents du travail et maladies professionnelles du régime général, l'activité de recours contre tiers est confiée à certaines caisses « pivots » qui en assurent la gestion mutualisée pour le compte du réseau. Des pôles régionaux ont ainsi été désignés et gèrent pour d'autres caisses cette activité.

Afin de simplifier les procédures et de rendre plus efficiente la gestion de ces recours, il est nécessaire que les caisses « pivots » qui effectuent les opérations de récupération des sommes versées par d'autres caisses puissent en conserver le produit, sans avoir à procéder ensuite au remboursement des sommes en cause aux caisses qui les ont initialement versées.

Cet article consiste donc à établir une cession des créances au titre des recours contre tiers de la caisse qui a versé les prestations à la caisse gestionnaire de ces recours.

Par ailleurs, le présent article vise à tirer les conséquences de la suppression, à compter du 1^{er} janvier 2018, du Fonds commun des accidents du travail (FCAT) en vertu de l'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, en précisant les organismes qui versent les prestations couvertes par ce fonds.

Cette disposition ne nécessitait pas de mesure d'application.

3.4. Titre 4 : Dispositions relatives à la branche maladie

3.4.1. Chapitre I : Promouvoir la prévention

Article 49 : Vaccination obligatoire des enfants de moins de 2 ans

Le présent article vise à étendre les obligations vaccinales, en ajoutant huit vaccinations, aujourd'hui recommandées, aux trois vaccinations obligatoires en vigueur.

Afin d'améliorer la couverture vaccinale, éviter la réémergence de foyers épidémiques et lever la distinction entre vaccinations obligatoires et recommandées pour les enfants âgés de 0 à 18 mois, le choix de l'obligation vaccinale s'impose. Ces obligations pourront être levées lorsque les couvertures vaccinales appropriées seront atteintes et que la levée de l'obligation ne risquera pas d'entraîner une baisse des vaccinations.

Les vaccinations conditionnent l'entrée ou le maintien dans toute école, garderie, colonie de vacances ou autre collectivité d'enfants. Cet article supprime par ailleurs les sanctions spécifiques au refus de vaccination. Seule l'infraction générale du code pénal relative aux atteintes aux intérêts de l'enfant subsiste.

Les parents ne seront personnellement tenus responsables de l'exécution des huit nouvelles vaccinations, et ces dernières ne seront exigibles pour l'admission en collectivité, que pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018.

L'ensemble de ces vaccins est pris en charge par l'assurance maladie, dans les conditions de droit commun.

Le décret n° 2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire est venu préciser les modalités de mise en œuvre de cet article.

Article 50 : Prise en charge à 100% d'une consultation de prévention du cancer du sein et du col de l'utérus à 25 ans

Enjeu majeur de santé publique, le programme de dépistage organisé du cancer du sein a été récemment rénové. Il prévoit la mise en place pour les femmes de 25 ans d'une consultation dédiée à la prévention du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus, prise en charge à 100 % par l'assurance maladie, afin de sensibiliser le plus en amont possible à l'intérêt et aux modalités de dépistage et de suivi de ces cancers, selon les antécédents et les facteurs de risque personnels.

Le présent article permet une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie afin de lever les éventuels freins financiers et de garantir un égal accès des jeunes femmes à cette consultation de prévention. Cette consultation sera mise en œuvre sur la base des recommandations de la HAS.

La Haute Autorité de Santé a été saisie pour définir précisément le contenu de cette consultation et devrait rendre ses recommandations au quatrième trimestre 2018.

Le décret d'application nécessaire sera pris début janvier 2019.

3.4.2. Chapitre II : Promouvoir l'innovation en santé

Article 51 : Innovations organisationnelles pour la mise en place et la rémunération de parcours des patients

L'organisation de notre système de santé doit évoluer pour améliorer le parcours des patients et l'accès aux soins, en se fondant sur des projets d'organisations innovantes. En outre, les modes de rémunération et de suivi des prescriptions de produits de santé ainsi que leur prise en charge, notamment pour les produits les plus onéreux et les plus innovants, ne permettent pas toujours de favoriser la pertinence et la qualité des soins.

En effet, notre système de santé est caractérisé par une offre de soins cloisonnée, alors que les patients sont de plus en plus atteints de pathologies complexes nécessitant une prise en charge coordonnée. De plus, les modèles de financement actuels ne permettent pas d'évoluer vers une organisation efficiente et coordonnée des soins. Le présent article vise donc à encourager et accompagner le déploiement de nouvelles organisations qui améliorent le parcours des patients ainsi qu'à améliorer la pertinence des remboursements des produits de santé. Elle prévoit également que ces nouvelles organisations ou modalités de prises en charge seront évaluées.

Pour accompagner ces évolutions, le présent article a pour objet, d'une part, d'offrir un cadre légal général permettant le déploiement d'expérimentations innovantes sur le territoire et, d'autre part, d'apporter les ajustements techniques nécessaires au maintien des expérimentations existantes.

A ce titre, cet article vise à tester, dans le cadre d'expérimentations :

1° des organisations nouvelles visant l'un des objectifs suivants :

- optimiser par une meilleure coordination le parcours de santé, la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale ;
- organiser pour une séquence de soins la prise en charge des patients ;
- développer les modes d'exercice regroupés en participant à la structuration des soins primaires ;
- favoriser la présence de professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.

Par ailleurs, le travail en équipes pluri-professionnelles de proximité, outre le fait qu'il répond à une attente des nouvelles générations de professionnels de santé, et en particulier de médecins, constitue actuellement une des voies les plus avancées pour assurer une prise en charge coordonnée, mais aussi pour développer la prévention au plus près des patients en constituant et en exploitant des données épidémiologiques. De fait, le présent article vise à préserver et ajuster les dispositifs de coopération actuellement déployés.

2° des expérimentations contribuant au remboursement pertinent des médicaments ou des produits et prestations associées visant l'un des objectifs suivants :

- définir de nouvelles modalités de prises en charge des médicaments onéreux et des produits innovants au sein des établissements de santé, associées au recueil d'informations adaptées, pour donner une plus grande flexibilité aux établissements, tout en les responsabilisant davantage ;
- renforcer la pertinence des prescriptions des professionnels de santé ou des établissements de santé, et inciter directement les professionnels de santé à une juste prescription, notamment pour les médicaments biosimilaires prescrits par un médecin hospitalier ;
- améliorer les conditions d'accès au forfait innovation pour les dispositifs médicaux.

Le décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est venu préciser les modalités de mise en œuvre de cette mesure. Il fixe :

- La liste des dispositions qui ne peuvent faire l'objet de dérogation, dans le cadre des projets d'expérimentation, qu'après avis de la Haute Autorité de santé et le délai dans lequel cet avis est rendu ;
- Les catégories d'expérimentations, modalités de sélection, d'autorisation, de financement et d'évaluation des expérimentations, modalités d'information des patients, composition et les missions du comité technique ;
- Les adaptations éventuellement nécessaires pour l'accès, par les personnes chargées de l'évaluation des expérimentations, aux données individuelles non nominatives contenues dans le système national d'information inter régimes de l'assurance maladie.

Article 53 : Rapport sur les dépenses d'indemnités journalières

Les dépenses au titre des indemnités journalières maladie sont une composante de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Ces dernières années ces dépenses ont connu une dynamique importante. C'est pourquoi une réflexion sur la mise en place de dispositifs de régulation de la dépense s'avère nécessaire afin de la contenir, tout en garantissant un niveau de couverture équivalent à celui existant.

Les arrêts dits « courts » de moins de 30 jours représentent 75 % du volume d'arrêts de travail au titre de la maladie et environ 18 % des dépenses d'indemnités journalières. Afin de mieux connaître les caractéristiques de ces arrêts (durée moyenne, montant des indemnités au titre de l'assurance maladie, articulation avec l'obligation du complément employeur ou encore avec la prévoyance, etc.), une analyse fine des dépenses pour l'assurance maladie, de l'articulation entre assurance maladie et prévoyance et de ses conséquences tant pour les assurés que pour les employeurs s'avère nécessaire avant d'envisager une réflexion nouvelle pour améliorer globalement ce système et sa maîtrise.

Des négociations bilatérales ont été ouvertes en septembre 2018 entre les organisations représentatives des employeurs et de salariés, notamment à propos de l'indemnisation des arrêts de travail. Une mission, conduite par Stéphane Seillier et Jean-Luc Bérard, a été nommée en appui, afin de présenter un diagnostic aux partenaires sociaux et de formuler des propositions de réformes. Le rapport prévu par l'article 53 de la LFSS 2018 sera rendu dans ce cadre, avant la fin de l'année 2018.

Article 54 : Télé médecine

Le présent article vise ainsi à organiser la prise en charge de la téléconsultation par l'assurance-maladie, tout en accompagnant l'organisation de l'offre de soins ainsi encouragée. Elle prévoit que la télé-expertise intègre le droit commun de la prise en charge par l'assurance maladie selon des modalités fixées par voie conventionnelle. Elle abroge le cadre expérimental en vigueur sans rupture de prise en charge pour les activités déjà développées. Pour la télésurveillance, un dispositif expérimental renouvelé est prévu.

L'avenant 6 à la convention médicale, signé le 15 juin 2018 et la publication du décret d'application, examiné par le Conseil d'État et dont la publication est imminente mettent en œuvre, les mesures relatives à la téléconsultation et à la télé-expertise.

Article 55 : Accélération de la procédure d'inscription des actes à la nomenclature

La prise en charge d'un acte par l'assurance maladie nécessite, après avis de la Haute Autorité de santé (HAS), son inscription dans une nomenclature (classification commune des actes médicaux - CCAM - ou nomenclature générale des actes professionnels - NGAP). Cette inscription à la nomenclature suppose que cet acte soit tout d'abord hiérarchisé par rapport aux autres actes, de manière à permettre ensuite la détermination par les partenaires conventionnels d'un tarif de prise en charge. La hiérarchisation est assurée par des commissions de hiérarchisation des actes et prestations (CHAP), créées pour chaque profession conventionnée et composées paritairément de représentants de professionnels de santé et de l'assurance maladie.

Le présent article modifie cette procédure sous deux aspects.

D'une part, l'examen et le vote de la hiérarchisation par ces commissions peut parfois conduire à repousser sine die l'inscription à la nomenclature d'actes nouveaux, mis à part ceux qui bénéficient déjà d'une procédure d'inscription accélérée. Ainsi la procédure actuelle n'assure-t-elle pas la prévisibilité et la transparence auxquelles peuvent légitimement prétendre les professionnels à l'origine des demandes d'inscription. Cet article rationalise la procédure en encadrant dans le temps le travail des CHAP sans affecter leur compétence. A défaut d'examen dans un délai de 11 mois, l'inscription à la nomenclature peut être réalisée unilatéralement par l'UNCAM. Une procédure similaire existe déjà pour des catégories particulières d'actes innovants, dans un délai d'examen raccourci de 5 mois. Le réexamen de la hiérarchisation de ces actes restera possible si les commissions souhaitent ultérieurement s'en saisir.

D'autre part, l'article adapte les procédures d'inscription au remboursement et de tarification aux actes réalisés en équipe par des professionnels libéraux en leur offrant un cadre spécifique destiné à faciliter l'innovation et l'efficacité dans ce domaine tout en respectant les compétences des parties prenantes. Les actes médicaux déjà inscrits au remboursement, s'ils sont réalisés en équipe entre professionnels libéraux, notamment dans le cadre de protocoles de coopération, pourront ainsi être inscrits dans une liste spécifique, sans qu'il soit nécessaire de revoir leur hiérarchisation.

Enfin, cet article permet de définir des thèmes prioritaires pour la mise en place de protocoles de coopération entre professionnels libéraux, dont la validation et le financement seront accélérés. Cette modification fera de ces protocoles un outil plus efficace dans la lutte contre la désertification médicale.

Le décret n° 2018-5 du 3 janvier 2018 relatif à la composition du collège des financeurs des coopérations entre professionnels de santé et l'arrêté du 30 janvier 2018 fixant les priorités nationales en matière de protocoles de coopération sont venus préciser la mise en œuvre de cet article.

Article 56 : Modifier les conditions de prise en charge des produits de santé de la liste en sus

La spécificité du fonctionnement des établissements de santé a rendu nécessaire la mise en place de règles particulières pour l'achat et la prise en charge des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) en leur sein : l'achat peut notamment être réalisé par appels d'offres, la prise en charge varie selon le circuit du patient (« liste en sus » pour les produits les plus innovants et onéreux, rétrocession par les pharmacies des établissements lorsque le produit a vocation à être utilisé en ambulatoire,...). Il apparaît toutefois nécessaire de faire évoluer plusieurs dispositifs existants pour les simplifier et permettre une meilleure efficacité des prises en charge.

Cet article abroge tout d'abord le mécanisme de minoration tarifaire qui consistait à diminuer le tarif d'hospitalisation pour chaque séjour au cours duquel un produit de la liste en sus était utilisé. Ce dispositif a en effet complexifié le circuit de facturation des établissements sans toutefois permettre de modifier les recours à la liste en sus. L'article crée également un tarif unique de remboursement pour les médicaments à l'efficacité équivalente, notamment les génériques et les bio-similaires : ce dispositif permet au Comité économique des produits de santé de proposer toujours le même niveau de tarif pour tous les produits d'une même classe, et ainsi de ne pas en favoriser certains lors des appels d'offres. L'article prévoit également de rapprocher le montant facturé aux patients relevant d'un régime de sécurité sociale étranger des coûts réellement supportés par les établissements : il est dorénavant possible de facturer directement le coût de la consommation de produits onéreux de la liste en sus aux patients de ces régimes. Enfin, pour favoriser lorsque cela est nécessaire le recours au dispositif de la recommandation temporaire d'utilisation (RTU), qui permet notamment d'encadrer l'usage d'un médicament dès lors que des conditions suffisantes de sécurité et d'efficacité sont réunies, l'article permet au Comité économique des produits de santé de renégocier le prix des médicaments concernés en vue de leur prise en charge dans l'indication faisant l'objet d'une RTU.

La mesure est d'application directe.

3.4.3. Chapitre III : Accroître la pertinence et la qualité des soins

Article 57 : Renforcer l'efficacité et la pertinence des prescriptions hospitalières

L'article 81 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a créé le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins. Celui-ci a notamment permis de fusionner, sur un même support et dans le cadre d'une procédure harmonisée, l'ensemble des dispositifs visant à garantir un juste recours à des soins de qualité, ce qui implique notamment une régulation des dépenses d'assurance maladie qui ne seraient pas justifiées au regard de la pertinence des actes, des prestations ou des prescriptions. Ce nouveau contrat permet d'une part, de redonner son sens et une plus grande lisibilité au modèle contractuel et d'autre part, de permettre aux établissements de santé, aux ARS et l'assurance maladie de s'inscrire dans une démarche partagée.

La présente mesure a participé à l'extension de la portée du contrat en introduisant la possibilité d'octroyer un intéressement aux établissements de santé, dès lors qu'ils répondent aux objectifs contractuels de qualité, de pertinence et d'efficacité des soins.

Cette mesure est d'application directe. Une instruction détaillant les modalités d'application du dispositif d'intéressement à destination des ARS et du réseau assurance maladie est en cours de rédaction et sera publiée prochainement. L'intéressement sera effectif dès 2019 sur les objectifs 2018 fixés aux établissements.

Article 58 : Améliorer la pertinence de l'utilisation des produits de santé

Le développement de nouveaux dispositifs médicaux et la très grande hétérogénéité des produits de cette catégorie rendent plus difficile la mise à disposition d'une information de qualité à destination des professionnels de santé pour l'ensemble des dispositifs pris en charge par l'assurance maladie. La forte dynamique de croissance des dépenses de ce champ (5% par an en moyenne) semble pourtant être pour partie liée à l'absence d'une telle information, qui permettrait un recours plus efficace aux produits remboursés.

Le présent article vise à se doter de moyens ambitieux pour fournir une information claire, de qualité et facilement mobilisable pour aider les professionnels de santé dans leurs choix thérapeutiques et le respect des conditions de prise en charge. Pour favoriser la diffusion rapide d'une information homogène (tant sur la sécurité des soins que sur l'efficacité de la prise en charge), l'article étend par ailleurs le principe de certification des logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation aux fonctions relatives aux dispositifs médicaux : cette certification permettra notamment de mettre à disposition de façon plus évidente les informations présentes au sein de la liste des produits et prestations (LPP). Cet article rend également possible de demander au prescripteur de mieux informer le contrôle médical du contexte le conduisant à recourir à un produit de santé particulier.

L'ensemble de ces dispositions doit permettre d'utiliser ces produits de santé dans les situations qui sont à la fois médicalement justifiées et conformes aux indications de prise en charge, ce qui rendra plus soutenable pour l'assurance maladie la dynamique de croissance de ces dépenses et offrira à terme des soins de meilleure qualité.

Le décret d'application à l'encadrement des pratiques d'information et de promotion a fait l'objet d'une saisine des caisses d'assurance maladie et il devrait être examiné par le Conseil d'État au début du mois de septembre. Un projet de décret fixant les conditions dans lesquelles les éléments relatifs aux circonstances et indications de la prescription sont transmis au service du contrôle médical est en cours de rédaction.

Article 59 : Renforcer la régulation du secteur des dispositifs médicaux

Le caractère particulièrement dynamique des dépenses de dispositifs médicaux prises en charge par l'assurance maladie rend nécessaire un renforcement des moyens de négociation du Comité économique des produits de santé (CEPS).

Le présent article vise donc à doter le CEPS de nouveaux dispositifs lui permettant de diversifier les approches lors des négociations qu'il mène avec les fabricants et les distributeurs de dispositifs médicaux

ou prestations associées. Dorénavant, le CEPS pourra notamment définir des conditions d'accès au marché prévoyant le versement de remises, par exemple en cas d'une utilisation moyenne par patient plus importante que prévue d'un dispositif donné, ou baisser les prix et tarifs de remboursement lorsqu'un certain montant remboursé par l'assurance maladie au titre de ce dispositif est dépassé. Le dispositif prévoit également que le CEPS dispose d'éléments économiques fiables lors de ces négociations. Cet article clarifie les conditions de négociation des produits sous descriptions génériques pour les pharmaciens, et précise le rôle joué par le prix fixé par le CEPS lors des achats hospitaliers.

Enfin, l'article permet de faire contribuer les caisses d'assurance maladie au fonctionnement quotidien du CEPS et au déploiement d'un nouveau système d'information dans le champ des produits de santé.

Le décret n° 2018-522 du 27 juin 2018 relatif aux remises prévues à l'article L. 165-4 du code de la sécurité sociale et à la pénalité liée à la production de données erronées relatives aux dispositifs médicaux remboursables par l'assurance maladie définit notamment la pénalité financière prononcée par le CEPS à l'encontre du fabricant ou du distributeur, en cas de production de données erronées relatives à des produits ou prestations inscrits sur la liste des produits ou prestations remboursables ;

Par ailleurs, le décret n° 2018-499 du 21 juin 2018 relatif aux moyens de fonctionnement du Comité économique des produits de santé et aux systèmes d'information relatifs aux produits de santé fixe les conditions de mise à disposition du CEPS des personnels des caisses nationales d'assurance maladie, ainsi que les conditions de mise à disposition du CEPS, de ses membres et de l'Etat, des systèmes d'information portant sur la gestion économique ou administrative, le recueil d'informations ou l'information des acteurs du système de santé relatifs aux médicaments et aux produits et prestations.

Article 60 : Uniformisation et révision des textes sur les demandes d'accord préalable (DAP) afin de sécuriser et d'étendre le dispositif

Le dispositif de demande d'accord préalable (DAP) permet pour certains actes, produits ou prestations, de conditionner le remboursement par l'assurance maladie à l'obtention d'un accord préalable du service médical de l'assurance maladie. Ce dispositif constitue un outil important de régulation pour favoriser une plus grande efficacité des prescriptions ; toutefois, il est aujourd'hui insuffisamment appliqué et contrôlé.

Le présent article vise donc à renforcer l'efficacité du mécanisme selon trois axes : en instaurant le principe du silence vaut acceptation de la demande par le service du contrôle médical dans des délais fixés par décret ; en complétant, clarifiant et sécurisant ses critères de mise en œuvre ; en prévoyant l'obligation pour le prescripteur d'inscrire la mention « non remboursable » sur l'ordonnance du produit ou de la prestation prescrite, dès lors que l'accord du contrôle médical n'a pas été sollicité ou n'est pas intervenu.

Cet article a également pour objet de permettre aux ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale de proposer l'instauration d'une DAP et, à défaut de sa mise en œuvre, de l'initier par arrêté ou, pour les produits de santé, de l'instaurer dès leur inscription au remboursement. S'agissant des produits de santé et plus particulièrement des dispositifs médicaux, il s'agit d'unifier deux procédures semblables.

Enfin, pour les produits de santé, le rôle du pharmacien ou du distributeur dans cette procédure est clarifié.

Deux décrets ont été publiés :

- Le décret n°2018-557 du 30 juin 2018 relatif à la fixation de certains délais applicables à la procédure d'accord préalable prévue à l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale, publié au JO du 1^{er} juillet 2018 : il fixe le délai à l'expiration duquel, en l'absence de décision du collège des directeurs de l'UNCAM, la décision de mise en œuvre d'une procédure d'accord préalable est prise par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- Le décret n° 2018-661 du 26 juillet 2018 portant notamment application des articles 60 et 61 de la loi n° 2017-1836 du 31 décembre 2017, publié au JO du 28 juillet 2018. Il définit les modalités d'application lorsque la décision de soumettre la prise en charge d'un produit à cet accord préalable est prise par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à l'occasion de l'inscription ou du renouvellement de l'inscription d'un produit sur l'une des listes des produits pris en charge, à la suite d'une ATU ou d'une RTU. Il précise le délai au-delà duquel l'absence de réponse du service médical vaut accord pour le bénéfice des prestations nécessitant un accord

préalable et les cas pour lesquels une prolongation de ce délai sera justifiée (complexité de l'analyse de la demande d'accord, impact financier constaté ou prévisible de la prestation ou nombre prévisible de demandes).

Article 61 : Etendre la mise sous objectifs (MSO) et la mise sous accord préalable (MSAP) à tous les prescripteurs

La procédure de mise sous accord préalable (MSAP), introduite en 2004 afin de mieux réguler les prescriptions atypiques d'arrêt de travail ou de transport de certains médecins, a été étendue progressivement à d'autres prestations comme les médicaments. Cette procédure a été complétée, en 2009, par un mécanisme préalable de mise sous objectif (MSO). Ces deux dispositifs se conçoivent comme des modalités d'accompagnement des prescripteurs, sur l'appui d'un ciblage médicalisé, pour tendre vers les recommandations de pratiques.

Les dispositifs de MSO/MSAP ont montré une réelle efficacité : la campagne MSO/MSAP sur les indemnités journalières engagée en 2013, a ainsi permis de réaliser une économie de 121 millions d'euros sur la période 2013- 2014.

Ces procédures ne peuvent toutefois être mises en œuvre qu'auprès des seuls prescripteurs médecins tandis que les critères de ciblage nécessitent d'être actualisés et ajustés pour être plus pertinents, moins contestés et, toujours, fondés sur l'appui de la comparaison des pratiques pour une activité comparable à l'échelle du territoire.

Le présent article renforce les modalités de recours, par les caisses, aux dispositifs de MSO-MSAP et vise à accroître le nombre de professionnels ciblés. A l'exception expresse des actes réalisés en application et dans le respect d'une prescription médicale précisant leur nombre, il étend la MSO/MSAP à l'ensemble des professions médicales et des auxiliaires médicaux

Cet article, en œuvrant pour une application harmonisée et optimisée de ces accompagnements auprès des prescripteurs, met en cohérence les dispositions du code de la sécurité sociale relatives à la MSO-MSAP.

Le décret n° 2018-661 du 26 juillet 2018 a précisé les conditions d'application de cet article. Il consiste à mettre en cohérence les dispositions réglementaires avec les évolutions introduites par la loi, s'agissant de l'élargissement de la MSO-MSAP à l'ensemble des professionnels de santé et de la précision des critères de ciblage des prescripteurs.

3.4.4. Chapitre IV : Moderniser le financement du système de santé

Article 62 : Report de l'application du règlement arbitral dentaire

L'accès aux soins et la santé bucco-dentaire de la population constituent des enjeux prioritaires pour le Gouvernement. Malgré d'importants progrès concernant la proportion d'enfants indemnes de caries ou la proportion de patients ayant bénéficié d'une consultation annuelle, la situation des soins bucco-dentaires n'est pas satisfaisante : l'état de santé bucco-dentaire des Français reste globalement moins bon que celui des pays européens comparables comme l'Allemagne ou la Suède et ces soins représentent aujourd'hui le premier poste de renoncement aux soins des Français pour raison financière.

Ces enjeux ont conduit l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) à engager des négociations avec les représentants des chirurgiens-dentistes en 2016. En l'absence d'accord, un règlement arbitral, pris en application de l'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 et entré en vigueur le 1er avril dernier, a prévu la mise en place d'un plafonnement progressif des tarifs des soins prothétiques, en contrepartie de revalorisations significatives de la base de remboursement des soins conservateurs par l'assurance maladie ainsi que de mesures en faveur de la prévention et de l'accès aux soins des personnes handicapées.

Pour mettre en œuvre l'engagement du Président de la République d'offrir à tous les Français d'ici 2022 un accès à des offres sans aucun reste à charge pour les prothèses dentaires, un approfondissement de ce chantier en concertation avec les professionnels de santé apparaît indispensable.

C'est pourquoi la ministre des solidarités et de la santé a adressé des lignes directrices au directeur général de l'UNCAM le 18 juillet 2017 qui l'engagent à rouvrir les discussions conventionnelles à compter de septembre 2017 en poursuivant trois objectifs : l'accès financier aux soins, le développement de la prévention et une attention particulière portée aux besoins des publics fragiles.

Afin de permettre la reprise du dialogue dans un climat apaisé et compte tenu des délais incompressibles de négociation et de validation d'un éventuel accord conventionnel, il apparaît souhaitable de retarder en l'entrée en vigueur, initialement prévue au 1er janvier 2018, des mesures du règlement arbitral précité qui s'appliqueraient dans l'hypothèse d'une absence d'accord dans le cadre des nouvelles négociations.

La mesure proposée repousse ainsi d'un an l'application du plafonnement des dépassements sur les soins prothétiques et de la revalorisation des soins conservateurs. Les montants de la clause de sauvegarde qui conditionne les nouvelles étapes de revalorisation comme la réduction des plafonds sont également adaptés pour tenir compte de ce report. Le reste du règlement arbitral, en particulier l'augmentation de tarifs plafonds applicables aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, n'est pas affecté par ce report.

Cette mesure de report est d'application directe. Un accord intervenu le 21 juin 2018 entre l'assurance maladie et les représentants des chirurgiens-dentistes annule et remplace le règlement arbitral pris en application de l'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 et dont l'entrée en vigueur a été reportée par la présente mesure.

Article 63 : Suppression du tiers-payant généralisé et remise d'un rapport sur le tiers-payant généralisable pour le 31 mars 2018

La mise en place du tiers payant généralisé a soulevé des difficultés pratiques pour les professionnels de santé dont il convient de prendre la pleine mesure. Aussi, tout en maintenant l'objectif de la loi de santé, le présent article supprime l'obligation de généralisation du tiers payant à l'ensemble de la population. Il prévoit une concertation, avec l'assurance maladie obligatoire, complémentaire, les représentants des professionnels de santé, des assurés et des éditeurs de logiciels afin de définir un calendrier précis de mise en œuvre opérationnelle et technique du tiers payant intégral.

Cette concertation s'est tenue entre janvier et mars 2018 et le rapport en dressant les conclusions a été remis au Parlement en avril 2018.

Article 64 : Rapport sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité

La question financière est l'un des facteurs récurrents du renoncement aux soins. Or la population en situation de handicap est relativement pauvre : 1,1 million de personnes sont bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH), près de 70 000 personnes titulaires de la pension d'invalidité sont également bénéficiaires de l'allocation supplémentaire d'invalidité, et vivent sous le seuil de pauvreté. Par ailleurs le handicap peut conduire à un besoin de soins plus fréquent ou plus fractionné et le recours à des produits de santé non remboursables. Cet article prévoit ainsi un rapport sur les difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de handicap et les personnes en situation de précarité.

Dans ce contexte, le Gouvernement a confié en avril 2018 une mission à Marianne Cornu-Pauchet et à Philippe Denormandie pour éclairer la représentation nationale.

Article 65 : Report de la facturation individuelle pour actes (hors consultations externes)

La généralisation de la facturation directe des établissements de santé constitue un enjeu majeur pour la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. La réussite du déploiement des actes et consultations externes conduit à proposer la création d'un dispositif similaire pour la facturation individuelle des séjours d'hospitalisation, en tirant parti de l'ensemble des travaux menés aux niveaux local et national et en accompagnant les établissements de santé dans les adaptations complémentaires des processus administratifs et de production de l'information médico-économique, ainsi que dans la mise à niveau des logiciels concernés.

L'article 65 de la LFSS pour 2018 a ainsi posé le principe d'un déploiement progressif de cette mesure en 4 ans pour une généralisation au 1er mars 2022. Un décret (n°2018-513) fixant les modalités calendaires de la généralisation de la facturation individuelle des établissements de santé a été publié le 26 juin 2018..

Article 66 : Suppression de la dégressivité tarifaire

Un dispositif de dégressivité tarifaire a été introduit dans la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

L'objectif de ce dispositif était d'assurer une régulation micro-économique du volume de l'activité des établissements de santé par un ajustement à l'échelle de chaque établissement des tarifs applicables à leur activité. Ce dispositif consistait à réajuster à la baisse les tarifs de chaque établissement de santé qui dépassait un certain seuil d'activité pour un ensemble d'activités ciblées. Ce seuil était déterminé en fonction du volume d'actes réalisés au cours des deux années précédentes et de l'activité prévisionnelle pour l'année suivante. Lorsqu'un établissement de santé dépassait ce seuil, un taux de minoration des tarifs de 20% était appliqué à l'activité réalisée au-delà de ce seuil.

Or, à l'issue de deux années de mise en œuvre de ce dispositif, un premier bilan a mis en avant que l'application de la dégressivité tarifaire n'a pas permis d'atteindre les objectifs de meilleure maîtrise de l'évolution de l'activité des établissements de santé. A l'inverse, il a rencontré d'importantes difficultés techniques de mise en œuvre.

Dans ce contexte, et dans un objectif de simplification, cet article prévoit l'abrogation du dispositif de dégressivité tarifaire.

Cette abrogation a été effective au 1er janvier 2018. Dans ces conditions, aucune nouvelle campagne n'a été lancée au titre de l'activité 2018. De même, s'agissant des établissements ciblés dans le cadre de la campagne 2017, aucune sanction n'a été notifiée en 2018.

Article 67 : Report de l'entrée en vigueur de l'intégration des dépenses de transport sanitaire dans le budget des établissements de santé

L'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 prévoit le transfert dans le budget des établissements de santé des dépenses de transports inter-établissements au 1^{er} mars 2018.

Or la poursuite des travaux techniques ainsi que la phase de concertation avec les fédérations représentatives des établissements de santé ont révélé la nécessité d'accorder aux acteurs un délai supplémentaire, de manière à garantir une mise en œuvre de la réforme dans les meilleures conditions.

Le présent article vise à reporter au 1^{er} octobre 2018 l'entrée en vigueur de ce transfert.

Un décret d'application n° 2018-354 a été publié le 15 mai 2018. Il a permis de définir le périmètre et les modalités de prise en charge des dépenses de transports inter-établissements.

Article 68 : Adaptation de la réforme du financement des de soins de suite et de réadaptation (SSR)

Introduite par l'article 78 de la LFSS pour 2016, la réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) vise à mettre en place un modèle de financement plus équitable, commun aux secteurs public et privé, et adapté aux spécificités de ces prises en charge. Elle repose sur un modèle mixte qui associe une part de financement à l'activité et des financements forfaitaires permettant de prendre en compte les besoins spécifiques du SSR.

Cette réforme structurante, attendue par les acteurs hospitaliers, doit néanmoins être mise en place de manière progressive en vue de permettre l'appropriation du nouveau modèle et sa mise en œuvre dans les meilleures conditions possibles pour les établissements concernés.

Dans ces conditions, l'article 68 de la LFSS pour 2018 a permis de prolonger de deux ans le dispositif transitoire mis en place en 2017 et fondé sur l'application combinée des anciennes et des nouvelles modalités de financement, permettant ainsi d'assurer une montée en charge progressive.

Un décret d'application (n° 2018-224), publié le 30 mars 2018, est venu tirer les conséquences réglementaires de cette disposition.

Article 69 : Évolution des compétences financières des ARS

Le présent article a pour objet de donner aux agences régionales de santé une plus grande souplesse dans l'utilisation de leurs financements, afin de renforcer l'efficacité des dépenses dont elles assurent la gestion.

En premier lieu, le rôle des dispositifs d'appui à la coordination territoriale est de faciliter le parcours de santé des personnes (au sens de l'organisation mondiale de la santé, intégrant l'appui à l'autonomie) au sein de leur territoire de vie, notamment pour celles présentant des situations complexes. Différents dispositifs d'appui à la coordination territoriale se sont successivement mis en place depuis 1997. Ils varient selon la population considérée (patients, personnes âgées en perte d'autonomie, personnes handicapées...) et les missions dévolues au dispositif (centré sur les professionnels ou sur les personnes prises en charge). Cette juxtaposition se révèle complexe tant pour les usagers que pour les professionnels concernés. L'objet de cet article est donc de favoriser une convergence de ces dispositifs par une possibilité de fongibilité des financements.

En second lieu, le présent article vise à assouplir les règles de gestion du fonds d'intervention régional (FIR) : au niveau national, en simplifiant un arrêté en cohérence avec le vote des sous-objectifs de l'ONDAM et, au niveau régional, par la possibilité d'abonder le budget annexe des agences régionales de santé (ARS) d'autres sources de financement que les crédits FIR.

Cette mesure est d'application directe.

Article 70 : Efficacité et adaptation de l'offre aux besoins du secteur médico-social

Dans un objectif de recherche d'efficacité et de meilleure adéquation entre l'offre et les besoins dans le secteur médico-social, plusieurs dispositifs ont été mis en œuvre, tels que la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), la généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ou encore la réforme du régime de l'autorisation. Il apparaît cependant nécessaire de poursuivre cette démarche, à travers :

- la suppression de l'opposabilité des conventions collectives de travail aux établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) et de l'agrément des accords locaux des ESSMS signataires d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ;
- la liberté d'affectation du résultat d'exploitation par le gestionnaire dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles ou à l'article L. 313-12 du même code pour les établissements mentionnés au 3^{ème} alinéa du A de ce IV *ter*;
- une harmonisation des dispositions relatives établissements mentionnés au 3^{ème} alinéa du A du IV *ter*; de l'article L. 312-12 du code de l'action sociale et des familles ainsi qu'une précision sur le champ d'application de l'article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles.

Plusieurs projets de décret sont en cours de rédaction :

- Un projet de décret définissant les conditions et délais de caducité, totale ou partielle, de l'autorisation, si tout ou partie de l'activité de l'établissement ou du service n'est pas ouverte au public ;
- Un projet de décret en conseil d'Etat fixant :
 - Les modalités selon lesquelles le contrat, conclu, au titre de l'article L. 313-12-2 ou au titre du IV *ter* de l'article L. 313-12 pour les établissements mentionnés au 3^{ème} alinéa du A de ce IV *ter* avec le président du conseil départemental et le directeur de l'ARS, peut prévoir une modulation du tarif en fonction des objectifs d'activité ;
 - Les conditions dans lesquelles le contrat relevant de l'article L. 313-12-2 ou du IV *ter* de l'article L. 313-12 pour les établissements mentionnés au 3^{ème} alinéa du A de ce IV *ter* conclu avec le président du conseil départemental et le directeur de l'ARS, prévoit l'affectation des résultats d'exploitation par le gestionnaire.

Article 72 : Fusion de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux et de la Haute Autorité de santé (HAS)

Dans un objectif de recherche d'efficacité et de rationalisation dans le pilotage des politiques publiques, il est proposé de transférer les missions de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) au sein de la Haute Autorité de santé (HAS). Cette fusion permettra de renforcer la complémentarité des approches de la qualité et un partage méthodologique et de favoriser un pilotage transversal plus efficace des secteurs sanitaire, social et médico-social.

Deux décrets n° 2018- 465 et 2018-467 du 11 juin 2018 tirent les conséquences du transfert des activités de l'ex-ANESM vers la HAS en supprimant dans le code de l'action sociale et des familles toute référence à l'ANESM et à son organisation et en fixant la dénomination, la composition et le fonctionnement de la nouvelle commission réglementée.

Article 73 : Dotation de l'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, à l'ONIAM, de la CNSA aux ARS

Cette mesure a permis de fixer le montant de la dotation pour 2018 des régimes obligatoires d'assurance maladie au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) et de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées.

3.5. Titre 6 : Dispositions communes aux différentes branches

3.5.1. Chapitre I – Mesure relative à la gestion et aux systèmes d'information

Article 77 : Mise en place d'une convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la caisse nationale des barreaux français (CNBF)

La quasi-totalité des organismes chargés de la gestion de régimes de retraite de base exerce son action dans le cadre d'une convention d'objectifs et de gestion (COG), qui détermine, conjointement entre l'organisme et l'État, sur une base pluriannuelle, les objectifs de l'organisme et les moyens correspondants.

Le présent article a pour objet de permettre à la caisse nationale des barreaux français de s'inscrire dans un tel cadre. Cet article permet une meilleure formalisation du cadre stratégique de la caisse, au bénéfice des assurés, des retraités et du renforcement de son efficacité de gestion grâce à la mise en place d'une COG.

3.5.2. Chapitre II – Mesure relative à la fraude

Article 78 : Renforcement du dispositif de sanctions prononcées par les organismes de sécurité sociale ou les ordres professionnels ; extension aux prestations de la branche maladie de l'interdiction de remise de dettes prévue pour les prestations de la branche famille en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausse déclaration et instauration d'une sanction forfaitaire dans le cadre de l'exercice du droit de communication

Cet article vise à renforcer l'arsenal juridique à la disposition des organismes de sécurité sociale dans le cadre des contrôles réalisés au titre de la lutte contre la fraude.

Tout d'abord, il étend le champ d'application de l'avertissement et relève le quantum actuel des pénalités financières, afin de les rendre plus dissuasives.

Il étend également aux prestations de la branche maladie l'interdiction de remise de dettes prévue pour les prestations de la branche famille en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations.

Le présent article élargit ensuite les compétences des sections des chambres disciplinaires des ordres professionnels afin de leur permettre de condamner un professionnel de santé au reversement des indus constatés par les organismes d'assurance maladie en cas d'abus d'actes.

En outre, il instaure une sanction forfaitaire dans le cadre de l'exercice du droit de communication visant des personnes non identifiées.

Il convient enfin de préciser que ces mesures s'inscrivent dans une volonté de mieux encadrer et garantir les droits des assurés en rendant plus lisible la procédure contradictoire. En cas de méconnaissance involontaire des obligations déclaratives, la personne sera invitée à rectifier son erreur après que l'organisme lui aura rappelé la règle applicable. En l'absence d'éléments de nature à prouver la fraude ou la mauvaise foi de l'assuré, aucune pénalité financière ne sera prononcée par les organismes.

Cette disposition ne nécessitait pas de mesure d'application.

