

PLFSS

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

2019

25 SEPTEMBRE 2018

DOSSIER DE PRESSE

Sommaire

Introduction

Le PLFSS 2019 s'inscrit dans la trajectoire de la LPFP 2018-2022 en confirmant les engagements présidentiels.....	5
Libérer l'activité économique, soutenir ceux qui travaillent et entreprennent :	6
Protéger les plus vulnérables	7
Investir pour transformer notre système de santé ;	7

PREMIÈRE PARTIE

Confirmer la trajectoire de redressement des comptes sociaux	9
CHAPITRE I-I Un effort de maîtrise de la dépense en cohérence avec la politique gouvernementale	10
Un PLFSS qui s'inscrit dans l'objectif de baisse de la dépense publique et de réduction du déficit.....	10
Un rythme d'évolution de dépense publique ralenti.....	10
CHAPITRE I-II Le retour à l'équilibre se confirme et le désendettement s'accélère	11

DEUXIÈME PARTIE

Poursuivre la libération de l'économie et le soutien de l'activité	13
CHAPITRE II-I Une croissance qui bénéficie aux actifs	14
L'exonération de cotisations salariales dues au titre de la rémunération des heures supplémentaires	14
La hausse de la prime d'activité	15
CHAPITRE II-II Un allègement des cotisations sociales pour réduire durablement le coût du travail et renforcer notre compétitivité	16
Des allègements généraux de cotisation renforcés.....	16
La révision des dispositifs spécifiques d'exonération	17
Une année blanche de cotisations pour soutenir la création d'entreprise	17
CHAPITRE II-III Des prélèvements plus justes, plus clairs, et plus efficaces	19
Des règles d'imposition à la CSG plus justes pour les retraités	19
Une équité renforcée entre travailleurs indépendants et salariés en matière de protection sociale et de cotisation	20

TROISIÈME PARTIE

Protéger les plus vulnérables.....	21
CHAPITRE III-I Améliorer l'accès aux soins	22
Une santé sans frais en optique, audiologie et dentaire.....	22
Le renforcement des dispositifs d'aide à la complémentaire santé	23
L'amélioration de l'accès aux soins de ville à Mayotte	24

CHAPITRE III-II Mieux répondre aux besoins des personnes âgées dans les EHPAD	25
CHAPITRE III-III La mise en œuvre de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement	26
CHAPITRE III-IV Une revalorisation différenciée des prestations sociales au bénéfice des plus fragiles	27
Pour la deuxième année consécutive, le minimum vieillesse fera l'objet d'une revalorisation exceptionnelle en 2019	27
L'allocation adulte handicapée (AAH) sera fortement revalorisée en 2018 et 2019	28
CHAPITRE III-V Adapter les prestations aux besoins des familles	29
La majoration du complément mode de garde pour les familles ayant un enfant en situation de handicap	29
La prolongation du complément mode de garde à taux plein jusqu'à l'entrée à l'école maternelle	29
La prolongation du congé maternité pour les travailleuses indépendantes et les exploitantes agricoles	30
CHAPITRE III-VI Garantir une juste prestation.....	31
 QUATRIÈME PARTIE	
Investir dans la transformation du système de santé	33
CHAPITRE IV-I Priorité prévention	34
Lutter contre les addictions liées aux substances psychoactives	34
CHAPITRE IV-II Réformer l'organisation et la tarification des soins, investir dans le système de santé.....	36
Une progression de l'ONDAM de 2,5% pour investir dans le système de santé	36
Diversifier les modes de tarification.....	37
Faire émerger les organisations professionnelles de demain	38
CHAPITRE IV-III Favoriser l'accès à l'innovation thérapeutique, faire évoluer la régulation du secteur du médicament	39
Un accès plus rapide aux produits de santé les plus innovants et bénéfiques pour les patients est un enjeu majeur pour notre système de santé	39
Un dispositif de régulation plus simple et plus prévisible	39
Renforcer le recours aux génériques	40

INTRODUCTION

**Le PLFSS 2019 s'inscrit
dans la trajectoire de la
LPFP 2018-2022 en confirmant
les engagements présidentiels**

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 s'inscrit dans la trajectoire des finances publiques présentée dans le cadre de la loi de programmation des finances publiques adoptée l'année dernière. Il prévoit un retour à l'équilibre de la sécurité sociale (régime de base et fonds de solidarité vieillesse) après 18 années de déficit et la confirmation de l'apurement de la totalité de la dette sociale à l'horizon 2024.

Toutefois, étant donné le poids du déficit public et de la dette sociale, des efforts structurels doivent être maintenus pour assainir durablement les comptes publics. C'est pourquoi le PLFSS pour 2019 inscrit la mise en œuvre des priorités gouvernementales dans le cadre du respect des engagements en matière de maîtrise de la dépense publique tout en veillant à libérer des marges de manœuvre en faveur de l'investissement hospitalier et la transformation du système de soins.

Le respect de notre trajectoire de finances publiques est en effet essentiel pour permettre la poursuite des trois axes de l'action gouvernementale, qui découlent directement du programme présidentiel :

Libérer l'activité économique, soutenir ceux qui travaillent et entreprennent

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale traduit en premier lieu la volonté du Gouvernement d'encourager le travail, pour qu'il soit toujours payant. La baisse des cotisations sociales en octobre 2018 se traduit par un impact financier supplémentaire, favorable pour les actifs, de 4 Md€ en 2019. Cet objectif va de pair avec une augmentation du pouvoir d'achat.

C'est pourquoi le Gouvernement souhaite que ceux qui travaillent perçoivent une rémunération juste au regard de leurs efforts. L'exonération de cotisations salariales sur les heures supplémentaires travaillées augmentera de 2 Md€ en année pleine le pouvoir d'achat de ceux qui travaillent. La mesure prévue dans le projet de financement de la sécurité sociale pour 2019 entrera en vigueur à compter du 1^{er} septembre 2019 (600 M€ en 2019). Cet effort pour les finances publiques, anticipé par rapport à ce qui était envisagé dans la LPFP, se traduira par un gain de pouvoir d'achat moyen de 200 € par an et par salarié.

Couplés aux autres mesures d'allègements d'impôts sur les ménages et au renforcement de la fiscalité incitative (tabac, énergie carbonée), les textes financiers pour 2019 aboutissent à un renforcement de pouvoir d'achat de 6 Md€ pour les ménages.

Ce choix en faveur du travail contribuera à la croissance et à la création d'emplois, de même qu'à l'amélioration de l'attractivité et de la compétitivité de notre pays par le biais du renforcement de l'efficacité des dispositifs d'allègements du coût du travail ainsi que par la simplification de la fiscalité sur les entreprises.

La compétitivité des entreprises bénéficiera notamment de la baisse du coût du travail. Dès janvier 2019, les entreprises bénéficieront de la transformation du crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE) en allègement de charges sociales pérennes et à effet immédiat. Les cotisations patronales seront complètement supprimées au niveau du SMIC à partir d'octobre, ce qui favorisera les créations d'emploi pour les peu qualifiés. En 2019, les entreprises bénéficieront d'un gain de trésorerie de l'ordre de 20 Md€. Pour qu'ils soient plus lisibles et plus efficaces, les dispositifs d'exonérations spécifiques seront rénovés ou remplacés par les allègements généraux renforcés, devenus plus favorables que les dispositions de droit commun.

Protéger les plus vulnérables

Le Gouvernement entend substituer à une logique de revalorisation générale et indifférenciée des revalorisations ciblées et plus significatives. Le Gouvernement fait donc le choix de modérer la progression des dépenses sociales en revalorisant à 0,3 % en 2019 et en 2020 les allocations sociales afin de redéployer les moyens dégagés en faveur des prestations accompagnant les plus fragiles et celles permettant l'insertion dans l'activité. Les prestations ciblées sur les plus fragiles bénéficieront de revalorisations exceptionnelles.

La stratégie de lutte contre la pauvreté présentée par le Gouvernement le 13 septembre dernier trouve pleinement sa traduction dans les projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2019. Près de 8,5 Md€ au total sont ainsi mobilisés pour la lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes, pour l'investissement social, l'engagement d'une politique de sortie de la pauvreté par le travail et pour la garantie de l'accès aux droits et aux prestations.

Donner à tous les Français un accès à des soins est également une priorité de ce PLFSS pour 2019 qui met en œuvre le « 100 % santé » en optique, dentaire et audioprothèses, facilite le recours à une complémentaire santé par la fusion de l'ACS et de la CMU-c et traduit les mesures contenues dans la feuille de route en faveur des personnes âgées dépendantes annoncée au printemps.

Investir pour transformer notre système de santé

À la fois appui et moteur de ces transformations, le secteur public doit lui-même se transformer afin d'assurer le meilleur service aux citoyens, et dégager des marges de manœuvre pour nos priorités.

Le Gouvernement fait le choix de renforcer l'effort d'investissement dans la santé dans le cadre du plan « Ma santé 2022 » présenté le 18 septembre par le Président de la République, en fixant un Odam à 2,5 % en 2019, pour transformer en profondeur notre système de soins.

PREMIÈRE PARTIE
**Confirmer la trajectoire
de redressement
des comptes sociaux**

CHAPITRE I-I

Un effort de maîtrise de la dépense en cohérence avec la politique gouvernementale

Un PLFSS qui s'inscrit dans l'objectif de baisse de la dépense publique et de réduction du déficit

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 s'inscrit dans la trajectoire des finances publiques présentée dans le cadre de la loi de programmation des finances publiques adoptée l'année dernière. Il traduit la poursuite des efforts de réduction des déficits publics appuyée sur une maîtrise des dépenses sociales comme de l'ensemble des dépenses publiques.

Un rythme d'évolution de dépense publique ralenti

En 2018, l'amélioration de la situation des différentes branches résulte d'un effort important de maîtrise des dépenses :

- Ainsi, l'ONDAM 2018, sera tenu pour la neuvième année consécutive ;
- Les conventions d'objectifs et de gestion avec les organismes de sécurité sociale, négociées au cours du premier semestre 2018 avec les principaux opérateurs, permettent de maîtriser l'évolution des dépenses de fonctionnement et d'action sociale en accélérant la modernisation et le virage numérique de ces organismes.

En 2019, les dépenses de sécurité sociale évolueront globalement de 2,0 %, contre 2,3 % initialement prévu en 2018, soit un rythme supérieur à celui de la dépense publique globale.

Dépenses du régime général et du FSV

<i>En Md€</i>	2018	2019
Maladie	211,3	216,2
Accidents du travail	12,0	12,2
Vieillesse	133,7	137,1
Famille	50,1	50,3
Régime général	394,1	402,7
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	18,9	18,4
Régime général + FSV	395,7	404,2

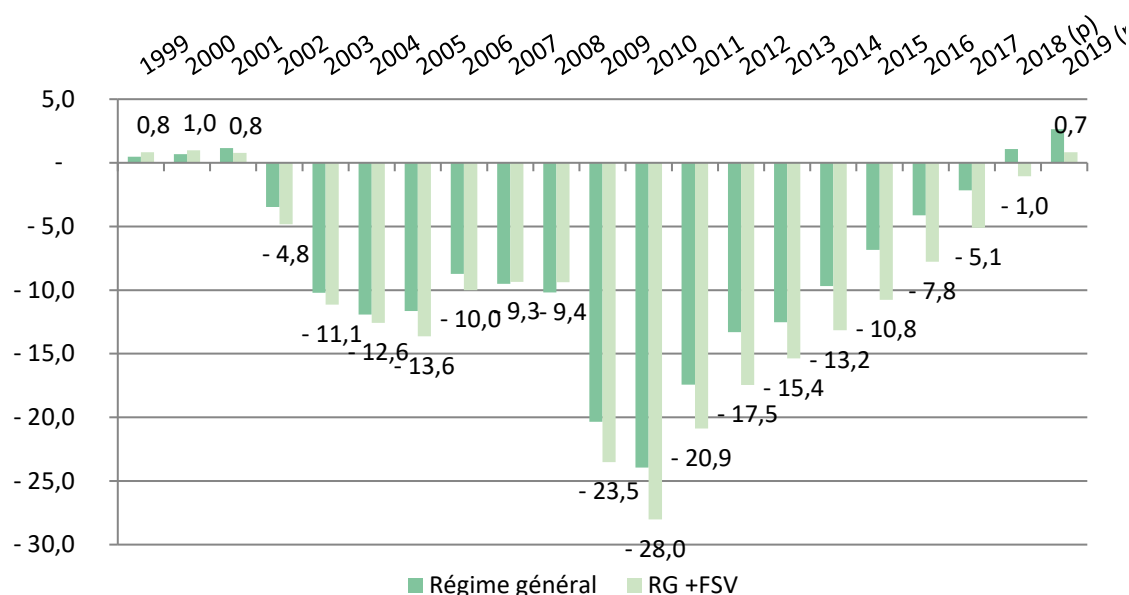
CHAPITRE I-II

Le retour à l'équilibre se confirme et le désendettement s'accélère

En 2018, le déficit combiné du régime général et du FSV devrait s'établir à 1 Md€, soit une amélioration de 1,2 Md€ par rapport à la prévision associée à la LFSS pour 2018.

En 2019, l'équilibre devrait être atteint sur le champ du régime général mais également en incluant le FSV, pour la première fois depuis 2001 (solde prévisionnel de +0,7 Md€).

Évolution du solde du régime général et du FSV de 1999 à 2019 (en Md€)



Par branche, le détail des soldes est le suivant :

	2015	2016	2017	2018(p)	2019(p)
CNAM - Maladie	-5,8	-4,8	-4,9	-0,9	-0,5
CNAM - AT-MP	0,7	0,8	1,1	0,8	1,1
CNAV	-0,3	0,9	1,8	0,8	0,7
CNAF	-1,5	-1,0	-0,2	0,4	1,2
RG	-6,8	-4,1	-2,2	1,1	2,5
FSV	-3,9	-3,6	-2,9	-2,1	-1,8
RG + FSV	-10,8	-7,8	-5,1	-1,0	0,7

L'objectif du Gouvernement est d'assurer durablement cet équilibre, grâce au dynamisme des recettes et à l'évolution maîtrisée des dépenses.

Dans le même temps et en cohérence, le Gouvernement confirme l'objectif de l'amortissement de la dette de la sécurité sociale d'ici 2024.

Fin 2018, 60% de la dette transférée à la CADES auront été amortis, soit 155,1 Md€ sur un total de 260 Md€. Pour consolider l'objectif de désendettement, le Gouvernement prévoit, au cours des trois prochains exercices, de **transférer à la CADES 15 Md€ correspondant à un peu plus de la moitié la dette résiduelle encore portée par l'ACOSS**, poursuivant ainsi l'objectif d'apurement de toute la dette sociale en 2024. En contrepartie, lui sera affectée une fraction de CSG (5,1 Md€ à horizon 2022), Il s'agit d'un choix politique fort pour consolider notre système de protection sociale et garantir sa pérennité, en même temps qu'une décision vertueuse pour les finances publiques.

Par ailleurs, dans le cadre des textes financiers pour 2019, les règles de partage du financement de la baisse de prélèvements obligatoires entre l'État et la sécurité sociale seront renouvelées. L'Etat continuera d'assurer une compensation stricte par crédits budgétaires des exonérations ciblées de cotisations sociales. Les autres baisses de prélèvements obligatoires seront désormais, pour celles créées à compter de 2019, supportées par la sphère à laquelle le prélèvement est affecté. Ainsi par exemple, l'exonération de cotisations sur les heures supplémentaires, de portée générale, sera financée par la sécurité sociale. Enfin, si la transformation du CICE en allègements pérennes de cotisations est encore intégralement compensée par l'État en 2019, un dispositif de solidarité financière entre les deux sphères est institué par les textes financiers pour 2019, conduisant à compter de 2020 à réduire progressivement ce transfert dans le contexte de retour durable à l'équilibre de la sécurité sociale et de maintien d'un déficit budgétaire de l'État élevé.

DEUXIÈME PARTIE

**Poursuivre la libération
de l'économie et le soutien
de l'activité**

CHAPITRE II-I

Une croissance qui bénéficie aux actifs

Les salariés ont bénéficié en 2018 d'un allègement sans précédent de leurs cotisations sociales, leur permettant d'enregistrer d'un gain de pouvoir d'achat équivalent à 1,45 % de la rémunération brute.

Ils ont bénéficié en effet, en contrepartie d'une augmentation de la CSG de 1,7 point, de la suppression de la cotisation salariale d'assurance maladie (0,75 %) et de l'exonération des contributions d'assurance chômage (2,40 %), soit une baisse de prélèvements équivalente à 1,45 % de leur rémunération brute, en deux étapes, avec une baisse de 0,5 % depuis le premier janvier et de 0,95 % à compter du 1^{er} octobre.

Deux dispositions du PLFSS et du PLF pour 2019 prolongent cette démarche afin d'augmenter les gains de pouvoir d'achat des actifs.

L'exonération de cotisations salariales dues au titre de la rémunération des heures supplémentaires

Dans le cadre des mesures visant à renforcer le pouvoir d'achat des actifs, le Président de la République a annoncé le rétablissement d'un dispositif d'exonération sociale sur les heures supplémentaires et complémentaires, permettant un gain net de pouvoir d'achat tout en incitant à une augmentation de la durée travaillée.

Conformément à cet engagement, la mesure proposée dans le cadre des lois financières permettra d'exonérer totalement la part salariale des cotisations d'assurance vieillesse de base et complémentaire sur les heures supplémentaires et complémentaires à compter du 1^{er} septembre 2019. Elle s'inscrit dans la continuité de la suppression des cotisations salariales d'assurance maladie et d'assurance chômage en deux étapes au 1^{er} janvier et au 1^{er} octobre 2018 pour l'ensemble des salariés.

La déduction forfaitaire de 1,5 € sur les cotisations patronales pour les entreprises de moins de 20 salariés est maintenue inchangée.

La mesure concerne l'ensemble des salariés du secteur privé, ainsi que les agents des trois versants de la fonction publique, qu'ils soient titulaires ou non. Pour un salarié du secteur privé, cette mesure permettra dans le cas général un gain de pouvoir d'achat équivalent à 11,3 % de la rémunération brute perçue au titre de chaque heure supplémentaire.

L'exonération de cotisations salariales sur les heures supplémentaires travaillées augmentera de 2 Md€ en année pleine le pouvoir d'achat de ceux qui travaillent. La mesure prévue dans le projet de financement de la sécurité sociale pour 2019 entrera en vigueur à compter du 1^{er} septembre 2019 (600 M€ pour l'année 2019). Cet effort de 2 Md€ pour les finances publiques, anticipé par rapport à ce qui était envisagé dans la LPFP, se traduira par un gain de pouvoir d'achat moyen de 200 € par an et par salarié. Sur la base des dernières estimations disponibles, elle pourrait concerner près de 9 millions de personnes.

La hausse de la prime d'activité

A compter d'octobre 2018 (prestation versée début novembre), la prime d'activité fera l'objet d'une revalorisation exceptionnelle de 20 € par mois.

Une seconde étape de revalorisation interviendra avec la création, en 2019, d'une seconde bonification individuelle d'un montant maximal de 20 € au niveau du SMIC. Au-delà d'un SMIC, le montant de la seconde bonification sera décroissant. Ajoutée à la revalorisation de 2018, cette seconde bonification a vocation à porter le montant des revalorisations à 80€ en 2021 pour les travailleurs rémunérés au SMIC ; couplées à la suppression des cotisations salariales chômage et maladie et à la suppression de la taxe d'habitation, ces mesures permettront de mettre en œuvre l'engagement gouvernemental d'assurer l'équivalent d'un treizième mois de salaire à ces travailleurs.

CHAPITRE II-II

Un allègement des cotisations sociales pour réduire durablement le coût du travail et renforcer notre compétitivité

Des allègements généraux de cotisation renforcés

Conformément aux dispositions votées en PLFSS et PLF pour 2018, le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) et le crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS) seront remplacés en 2019 par une exonération renforcée des cotisations sociales comprenant deux volets :

- **un allègement uniforme de 6 points des cotisations sociales** d'assurance maladie (de 13 points à 7 points) pour l'ensemble des salariés relevant du régime général de sécurité sociale et du régime des salariés agricoles, applicable sur les salaires dans la limite de 2,5 SMIC. À la différence du dispositif antérieur, cet allègement bénéficiera à tous les employeurs dans des conditions identiques, qu'ils soient ou non assujettis à l'impôt sur les sociétés. Dès le 1^{er} janvier, la suppression du CICE sera ainsi intégralement compensée pour toutes les entreprises ressortissantes au régime de droit commun des allègements généraux. Il constituera un gain pour l'ensemble du secteur associatif et non lucratif et sera contemporain des salaires mois par mois, à la différence du CICE versé avec un an de décalage.
- un renforcement des **allègements généraux de cotisations sociales** au niveau du SMIC afin d'encourager la création d'emploi à partir d'octobre 2019. Désormais, ces allègements généraux porteront également sur les contributions d'assurance chômage et de retraite complémentaire. Ainsi, **au niveau du SMIC, plus aucune cotisation ou contribution sociale, payée habituellement par toutes les entreprises, ne sera due**, à la seule exception de la cotisation au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles pour la part correspondant à la sinistralité des entreprises. Certains prélèvements spécifiques en dehors du champ de la protection sociale, notamment les contributions dues au titre du versement transport, de l'apprentissage ou de la participation à l'effort de construction, resteront toutefois applicables. À compter du mois d'octobre 2019, la réforme permettra à tous les employeurs de bénéficier également d'un allègement supplémentaire du coût du travail pour tous les salariés rémunérés en dessous de 1,6 SMIC.

Concrètement, d'ici la fin de l'année 2019, les allègements généraux seront augmentés de plus de 10 points. Alors qu'un salarié rémunéré au SMIC dans une entreprise de moins de 11 salariés aurait coûté 19 920 € à l'employeur à législation constante, ce même niveau de salaire correspondra à un coût annuel pour l'employeur de 19 740 € en 2019 compte tenu des dispositions évoquées ci-dessus, soit une économie de 180 €. Pour la première année pleine d'application de ces allègements généraux renforcés, en 2020, l'économie sera de 760€.

En 2019, les entreprises et structures éligibles bénéficieront en trésorerie à la fois des crédits d'impôts au titre de 2018 et de l'allègement des cotisations et bénéficieront d'un gain de trésorerie de l'ordre de 20 Md€.

La révision des dispositifs spécifiques d'exonération

L'augmentation très importante du niveau des allègements généraux a nécessité le réexamen des dispositifs spécifiques d'exonération de cotisations mis en place au fil du temps dont certains étaient devenus moins avantageux que les dispositions de droit commun : c'est le cas notamment des allègements applicables aux contrats aidés et aux structures d'insertion par l'économie, qui seront en conséquence supprimés, de même que ceux appliqués aux apprentis – à l'exception des exonérations salariales et des dispositions applicables aux employeurs publics, non éligibles aux allègements généraux de cotisations sociales, qui sont maintenues.

- D'autres dispositifs seront significativement renouvelés. Il s'agit notamment des allègements spécifiques aux entreprises établies en Outre-mer, ainsi qu'à ceux applicables au secteur de l'aide à la personne : l'exonération spécifique aux entreprises d'Outre-mer (LODEOM) sera ainsi renforcée afin de compenser la perte du CITS et du CICE (de 9 % en Outre-mer), simplifiée, et recentrée sur les bas revenus et les secteurs stratégiques pour le développement de l'économie ultramarine, via la création de deux barèmes d'allègements dégressifs, plus favorables que le droit commun.
- l'exonération applicable aux aides à domicile auprès d'une personne fragile employées par un organisme prestataire, actuellement indépendante du niveau de rémunération, sera maintenue, à coût inchangé pour les finances publiques, avec la mise en place d'un barème dégressif permettant de renforcer les effets incitatifs en faveur de l'emploi.

Une année blanche de cotisations pour soutenir la création d'entreprise

À compter du 1^{er} janvier 2019, s'appliqueront les dispositions votées en LFSS pour 2018 qui accordent une « année blanche » de cotisations sociales pour tous les créateurs et repreneurs d'entreprises, sous condition de ressources. Afin d'encourager la création d'entreprise, les charges qui pèsent sur les travailleurs indépendants qui s'engagent dans une aventure entrepreneuriale seront fortement diminuées. **Il s'agit de faciliter l'amorçage des nouvelles entreprises et de soutenir les modèles économiques encore fragiles.**

Ce dispositif bénéficiera à tous les entrepreneurs ayant un revenu annuel net inférieur à 40 000 € au titre de leur première année d'exercice.

Cette exonération prendra la forme d'un élargissement des conditions d'éligibilité à l'exonération actuellement réservée aux chômeurs créateurs et repreneurs d'entreprise (ACCRES). **Elle bénéficiera à près de 350 000 créateurs d'entreprise supplémentaires chaque année.**

Grâce à cette mesure, un travailleur indépendant ayant un revenu net de 30 000 € la première année suivant la création de son entreprise sera exonéré de l'ensemble de ses cotisations de sécurité sociale, soit un gain de 9 500 €.

Pour les travailleurs indépendants relevant du régime de la micro-entreprise, l'ACCRES prend la forme d'une exonération dégressive sur trois ans, permettant aux micro-entrepreneurs de développer progressivement leur activité. Dès le 1^{er} janvier 2019, tous

les nouveaux travailleurs indépendants soumis au régime micro-social pourront ainsi en bénéficier.

Les exploitants agricoles relevant du régime fiscal des micro-bénéfices agricoles n'étaient pas éligibles à cette exonération de cotisations sur trois ans. Dans la continuité de la LFSS pour 2018, il est ainsi prévu en PLFSS pour 2019 d'étendre le bénéfice de la prolongation de l'ACCRE aux travailleurs indépendants créateurs ou repreneurs d'entreprises soumises au régime des micro-bénéfices agricoles.

CHAPITRE II-III

Des prélèvements plus justes, plus clairs, et plus efficaces

Des règles d'imposition à la CSG plus justes pour les retraités

Dans un souci de justice sociale, le surcroît de CSG dû sur les revenus de remplacement, des retraités notamment, sera neutralisé lors du premier passage du seuil d'assujettissement au taux plein. En effet, ces revenus – majoritairement des pensions de retraite – sont soumis à la CSG à un taux (0 %, 3,8 %, 8,3 %) qui varie en fonction du revenu fiscal de référence du foyer fiscal perçu deux ans auparavant. Compte tenu de l'écart entre le taux de droit commun et le taux minoré, le franchissement des seuils en vigueur conduit à une hausse importante des prélèvements dus, alors que l'accroissement de revenu peut être limité, voire temporaire. De plus, cette hausse de taux de prélèvement a lieu deux ans plus tard alors même que les revenus ont pu entretemps se réduire de nouveau.

De façon à lisser les effets de ce passage et éviter cet effet de ressaut lorsque le franchissement du seuil est notamment dû à des circonstances ponctuelles, il est prévu de n'appliquer le taux normal que lorsque le bénéficiaire de la pension a franchi le seuil pendant deux années consécutives.

Cette disposition concernera 350 000 foyers, pour un coût de près de 350 M€.

Une équité renforcée entre travailleurs indépendants et salariés en matière de protection sociale et de cotisation

Depuis le 1^{er} janvier 2018, la sécurité sociale des travailleurs indépendants est gérée par le régime général. Dans de la réforme du RSI, à compter du 1^{er} janvier 2019, les travailleurs indépendants nouvellement enregistrés seront gérés, pour leur couverture maladie par les CPAM. Ce sera le cas pour l'ensemble des travailleurs indépendants en 2020.

Ce transfert de gestion est sans incidence sur le contenu des prestations et sur les cotisations. Le rapprochement en gestion facilite toutefois l'application aux travailleurs indépendants de règles plus favorables, en vigueur aujourd'hui pour les salariés.

C'est le cas pour le congé maternité (cf. partie 4).

C'est le cas également pour les indemnités journalières, dont le versement ne sera plus conditionné comme aujourd'hui au fait d'être à jour de ses cotisations. Les prestations n'en resteront pas moins calculées sur la base des cotisations effectivement payées.

Par ailleurs, et dans un double objectif de sécurisation juridique et d'équité de traitement entre les travailleurs indépendants et les autres actifs, la cotisation subsidiaire maladie sera ajustée de manière à résorber ses incohérences actuelles. À cet égard, les travailleurs indépendants et exploitants agricoles actifs seront exonérés de cette cotisation dès lors qu'ils sont assujettis par ailleurs à des cotisations de sécurité sociale du fait de leur activité professionnelle au moins égales aux cotisations minimales. En complément, les modalités d'assujettissement et de calcul de la contribution seront simplifiées et rationalisées, alors que son assiette sera plafonnée.

TROISIÈME PARTIE

Protéger les plus vulnérables

CHAPITRE III-I

Améliorer l'accès aux soins

Une santé sans frais en optique, audiologie et dentaire

Donner à tous les Français un accès à des soins pris en charge à 100 %, dans le secteur de l'optique, de l'audiologie et du dentaire constitue un engagement du Président de la République.

Alors que le reste à charge des ménages en France compte parmi les plus faibles de l'OCDE (7,5 % des dépenses), ces trois secteurs ont pour caractéristique commune de concentrer des restes à charge élevés pour les Français. La part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire y est depuis très longtemps plus faible que dans les autres domaines du soin ; les prix y sont fixés librement et déconnectés des tarifs de remboursement.

Aussi, le PLFSS pour 2019 concrétise l'engagement présidentiel, après une large concertation qui a réuni les représentants des secteurs depuis l'automne 2017 et s'est traduite par la signature de trois accords et convention au printemps 2018. Cette concertation a permis de définir un panier « 100 % santé », comprenant des équipements de qualité et répondant à l'ensemble des besoins de santé. Cette offre sera accessible à tous et prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire et les contrats de complémentaire santé responsables.

La mise en place de la réforme se déploiera par étape : des tarifs plafond vont être fixés sur le panier 100 % santé et la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de ces équipements sera progressivement relevée (par exemple celle des aides auditives sera doublée d'ici 2021), comme celle des complémentaires. L'absence de reste à charge sera garantie dès 2020 pour l'optique et une partie du dentaire et en 2021 pour l'ensemble des secteurs.

Un progrès majeur dans l'accès aux soins – exemple des aides auditives

Les frais assumés par l'assuré, après prise en charge par l'assurance maladie et la complémentaire santé, sont aujourd'hui particulièrement élevés. Les restes à charge sont estimés en moyenne à 850 € par oreille, pour un coût moyen d'équipement de 1 500 € par oreille.

Sur les appareils « 100 % santé », dès 2019, il y aura 200 € de frais en moins (100 € de baisse de prix et 100 € de remboursement supplémentaire) ; en 2021, il n'y aura plus de frais à la charge du patient.

La base de remboursement par la sécurité sociale sera doublée : elle passera progressivement de 200 € en 2018 à 400 € en 2021, limitant ainsi le reste à charge, y compris pour les autres équipements.

Le renforcement des dispositifs d'aide à la complémentaire santé

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) sont des dispositifs majeurs en matière d'accès aux soins pour les personnes les plus modestes.

Or le taux de non recours à l'ACS reste très élevé, de l'ordre de 65 %. Les explications sont multiples : manque de lisibilité de l'articulation entre les deux dispositifs, relative lourdeur des démarches à accomplir, ou encore persistance de frais élevés sur certains postes de soins.

La stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, présentée le 13 septembre par le Président de la République, comprend une mesure ambitieuse de refonte de ces dispositifs dans un objectif de facilitation de l'accès aux droits : la CMU-c et l'ACS seront fusionnées à compter du 1^{er} novembre 2019 en un seul dispositif.

Ce dispositif ouvrira droit aux actuelles garanties de la CMU-c : la couverture sera gratuite jusqu'aux plafonds de ressources actuels de la CMU-c et soumise à participation financière en fonction de l'âge jusqu'au plafond de l'ACS. Elle offrira à tous les assurés sous le plafond de ressources (CMU-c + 35%) la prise en charge complémentaire de la totalité des frais de soins sur un très large panier de soins pour un niveau de prime maîtrisé.

Cette réforme sera particulièrement favorable aux personnes âgées qui doivent parfois assumer des primes de complémentaire santé très élevées : la couverture maladie universelle leur assurera l'accès à une complémentaire santé à moins de 1€ par jour.

Elle sera également favorable aux personnes handicapées qui se verront ouvrir le droit à une prise en charge intégrale des dispositifs médicaux pris en charge dans le cadre de l'actuelle CMU-c (fauteuils roulants, sondes, pansements par exemple) aujourd'hui non intégralement couverts par l'ACS.

En pratique

Aujourd'hui, les bénéficiaires de l'ACS doivent assumer des primes de contrats au montant variable et potentiellement revalorisé chaque année par leur organisme complémentaire. De plus, en fonction du contrat choisi, ils peuvent aussi avoir à subir des frais élevés sur certains postes de soins (par exemple les prothèses dentaires et l'optique).

Avec la réforme, ces bénéficiaires n'auront plus aucun frais à leur charge sur un large panier de soins (plafonnement des dépassements tarifaires et couverture à 100 %) et le niveau de leur participation financière sera contenu.

Par exemple, la réforme permettra à un couple de personnes âgées dont le montant de la cotisation ACS pouvait s'élever jusqu'à 110€ par mois pour le contrat le plus protecteur (contrat C) d'obtenir une couverture assurant une absence de reste à charge en échange d'une contribution financière de 60€ par mois.

De même, un couple avec deux jeunes enfants, qui s'acquitte chaque mois d'une cotisation ACS s'élevant jusqu'à près de 80€ de cotisation avec un niveau de contrat de milieu de gamme (contrat B), pourra accéder à une couverture de meilleure qualité pour une cotisation d'un peu moins de 50€ par mois.

Le dispositif sera géré par les complémentaires santé et l'assurance maladie laissant aux assurés le choix de l'organisme qui gère leur couverture maladie complémentaire. Les complémentaires santé auront la possibilité de proposer à leurs assurés des options supplémentaires aux garanties offertes par la couverture complémentaire.

La réforme s'inscrit dans un objectif de simplification :

- Plus lisible, le dispositif sera aussi allégé (formulaire simplifié, moins de démarches administratives, mise en place d'un téléservice).
- De plus, pour les allocataires du RSA, cette couverture complémentaire sera renouvelée automatiquement chaque année, à l'instar du dispositif existant pour les bénéficiaires du minimum vieillesse.

En pratique

Jusqu'ici, les bénéficiaires de l'ACS doivent remplir un même dossier de demande que la CMU-c mais lorsque leurs ressources dépassent le plafond CMU-c, leur caisse les informe qu'ils sont éligibles à l'ACS, ce qui peut être source d'incompréhension : pour 1€ de ressources de plus, ils doivent assumer des restes à charge plus élevés que les bénéficiaires de la CMU-c.

En outre, une fois le droit attribué, ils doivent entreprendre des démarches parfois mal identifiées. Il s'agit d'abord pour eux de choisir un organisme complémentaire qui propose l'ACS dans une liste limitée et différente de ceux gérant la CMU-c. Ils doivent ensuite opter pour un contrat de complémentaire santé spécifique (aux garanties normées) parmi une gamme de trois choix sans qu'ils ne sachent nécessairement quel est le type contrat le mieux adapté à leurs besoins. Enfin, ils doivent faire valoir leur droit en adressant une attestation à l'organisme de leur choix.

Désormais, le dispositif unifié sera plus simple : le choix de l'organisme gérant la protection complémentaire se fera dès la demande, au sein d'une même liste, que le bénéficiaire doit acquitter ou non une participation financière. De même, il n'y aura plus de niveau de garanties à choisir : la couverture la plus protectrice leur sera assurée.

L'amélioration de l'accès aux soins de ville à Mayotte

Les Mahorais bénéficient aujourd'hui de la gratuité des soins dispensés par le centre hospitalier de Mayotte. Néanmoins, l'engorgement du centre hospitalier conduit à des difficultés d'accès aux soins pour les assurés sociaux mahorais.

Pour surmonter cette difficulté, le PLFSS pour 2019 prévoit, conformément au plan annoncé par le Gouvernement au printemps 2018 en faveur du département de Mayotte, une prise en charge intégrale par l'assurance-maladie du ticket modérateur sur les soins de ville, soumise à conditions de ressources.

Cette mesure permettra ainsi de lever, de manière efficiente et rapide, tout frein financier à l'accès aux soins de ville pour les personnes ayant des ressources modestes. Elle doit en outre accompagner le développement d'une offre de soins de ville au sein de ce département, offre de soins actuellement largement embryonnaire.

CHAPITRE III-II

Mieux répondre aux besoins des personnes âgées dans les EHPAD

La feuille de route présentée le 30 mai a fixé plusieurs orientations pour relever le défi du grand-âge et de l'autonomie : donner la priorité à la prévention, à domicile comme en établissement ; faciliter le parcours de santé des personnes âgées ; favoriser le maintien à domicile des lieux de vie et le soutien aux aidants ; améliorer la qualité des soins et des accompagnants en établissement ; renforcer la confiance des personnes âgées et de leur famille ; soutenir les professionnels et améliorer la qualité de vie au travail.

Ce PLFSS concrétise la priorité donnée au renforcement des moyens des EHPAD comme le gouvernement s'y est engagé.

La montée en charge de la réforme de la tarification qui permet d'augmenter les financements alloués aux soins sera accélérée. Afin de renforcer plus rapidement la présence de personnel soignant au sein des EHPAD, l'ensemble des établissements atteindront leur nouveau tarif cible en 2021 au lieu de 2023. Les EHPAD bénéficieront à ce titre de 360 millions d'euros supplémentaires sur la période 2019-2021 dont 125 M€ dès 2019. En complément, une enveloppe de 18 M€ sera dégagée à nouveau en 2019 pour qu'aucun établissement ne voie ses dotations diminuer.

Les engagements pris dans la feuille de route concernant la prévention et le maintien à domicile des personnes âgées sont également traduits dès ce PLFSS :

- 50 millions d'euros sont consacrés à améliorer l'offre d'accompagnement des services d'aide à domicile par la refonte de leur mode de financement, l'amélioration de la qualité des services, de leur accessibilité et le recrutement de personnel ;
- 10 millions d'euros seront à nouveau consacrés à la généralisation de la présence d'infirmiers de nuit d'ici à 2020 afin de réduire les hospitalisations en urgence évitables et sécuriser les prises en charge nocturnes ;
- 30 millions d'euros seront alloués en 2019 pour le financement de plans de prévention en EHPAD, pilotés par les Agences régionales de santé ;
- enfin, 15 M€ consacrés au développement de l'hébergement temporaire en EHPAD pour les personnes sortant d'hospitalisation.

Conformément aux orientations du Président de la République, le gouvernement lancera prochainement une concertation sur la perte d'autonomie des personnes âgées. Le projet de loi qui en découlera déterminera les priorités de financement à long terme pour une meilleure prise en charge de personnes et de leurs familles, afin d'anticiper l'arrivée aux âges avancés de la génération du baby-boom et de mieux prévenir les effets de l'âge.

CHAPITRE III-III

La mise en œuvre de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement

Après une large concertation, le Gouvernement a présenté le 6 avril dernier sa stratégie pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement. Dès ce PLFSS sera concrétisé l'engagement d'intervenir précocement auprès des enfants, afin de limiter le sur-handicap.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la Haute Autorité de Santé (HAS) mettent en évidence l'importance d'intervenir le plus rapidement possible, dès la suspicion d'un trouble du spectre de l'autisme. Or, en France, le diagnostic est posé tardivement (45 % des bilans concernent des enfants de 6 à 16 ans) en raison de dysfonctionnements de l'organisation des soins : repérage trop tardif ; délais d'attente supérieur à un an pour un diagnostic ; absence de prise en charge par l'assurance maladie avant confirmation du diagnostic. Ce temps perdu a pour conséquence une errance des familles, une perte de chance pour les enfants et un coût socio-économique majeur pour la société.

Pour rompre avec les difficultés vécues par de nombreuses familles, le PLFSS posera le cadre d'un véritable parcours des enfants de 0 à 6 ans financé par l'assurance maladie. Celle-ci prendra désormais en charge les interventions (bilans et séances) des psychologues, psychomotriciens, et ergothérapeutes intervenant dans le cadre d'un parcours de soins dont la qualité sera garantie par des plateformes d'orientation et de coordination. Les moyens supplémentaires prévus à cet effet sont de 90 millions d'euros pour le paiement des interventions (20 millions d'euros en 2019) et de 15 millions d'euros pour la mise en place des plates-formes (3 millions d'euros en 2019).

Les interventions dédiées aux troubles du neuro-développement en établissements médico-sociaux, en ville et à l'hôpital seront également renforcées à hauteur de 11 millions d'euros. Ainsi, la stratégie autisme prévoit un plan de repérage et de diagnostic des adultes en établissements sociaux et médico-sociaux et en établissements de santé, le développement de prises en charge ambulatoires, y compris intensives et celui de l'accès aux soins des personnes autistes (bilans de santé pour les personnes en établissement médico-social et développement des consultations dédiées).

Par ailleurs, les moyens consacrés à la scolarisation et à l'accompagnement de l'apprentissage à l'habitat inclusif, au répit des aidants seront renforcés.

Au total, ce sont 400 millions supplémentaires qui seront consacrés à la mise en œuvre de la stratégie nationale pour l'autisme tous financements confondus, dont 60 M€ en 2019.

CHAPITRE III-IV

Une revalorisation différenciée des prestations sociales au bénéfice des plus fragiles

L'ensemble des prestations sociales augmenteront en 2019 et en 2020. Elles n'augmenteront toutefois pas toutes à la même vitesse : les prestations prioritaires (prime d'activité, minimum vieillesse et AAH) bénéficieront de revalorisations exceptionnelles de plus de 4 % par an, conformément aux engagements du Président de la République ; les prestations bénéficiant à nos concitoyens les plus fragiles augmenteront de l'ordre de 1,5 % par an (minima sociaux , dont RSA et ASS) ; les autres prestations sociales augmenteront de 0,3 %, soit le taux moyen des quatre dernières années.

Pour la deuxième année consécutive, le minimum vieillesse fera l'objet d'une revalorisation exceptionnelle en 2019

Cette revalorisation est conforme à l'engagement présidentiel de revaloriser le minimum vieillesse pour une personne seule de 100 € par mois d'ici au 1^{er} janvier 2020. Cet engagement, qui s'est traduit par une mesure votée en LFSS 2018, s'est concrétisé par une première revalorisation de 30 € au 1^{er} avril 2018, portant le minimum vieillesse à 833 € par mois pour une personne seule. Pour les couples, le minimum vieillesse a également été revalorisé à hauteur de 46 €, portant son montant à 1 294 €.

Le minimum vieillesse continuera d'augmenter les deux prochaines années :

- Au 1^{er} janvier 2019, il fera l'objet d'une nouvelle revalorisation exceptionnelle, d'un montant de 35 €, portant son montant à 868 € par mois pour une personne seule. Pour les couples, cette hausse sera de 54 €, portant le montant de l'allocation à 1 348 €.
- Cette revalorisation sera poursuivie au 1^{er} janvier 2020, afin de porter le montant du minimum vieillesse à 903 € par mois pour une personne seule et à 1 402 € par mois pour un couple.

Cette mesure forte de solidarité représente un effort estimé à 525 millions d'euros sur 3 ans. Elle bénéficie aux 550 000 retraités qui percevaient déjà le minimum vieillesse avant la revalorisation exceptionnelle, ainsi qu'à 46 000 personnes âgées supplémentaires.

L'allocation adulte handicapée (AAH) sera fortement revalorisée en 2018 et 2019

Afin de lutter contre la pauvreté des personnes en situation de handicap, une première revalorisation de l'AAH interviendra dès le 1^{er} novembre 2018 pour porter le montant de l'allocation à 860 € par mois, soit une hausse de 41 € par rapport à son montant actuel (819€). Au 1^{er} novembre 2019, l'AAH sera de nouveau revalorisée de 40 €, pour porter son montant à 900 €, soit une hausse totale de 11 % par rapport à son montant actuel.

Cet effort, estimé à plus de 2 milliards d'euros cumulés d'ici à 2022, bénéficiera à l'ensemble des allocataires de l'AAH (soit plus d'1,1 million de personnes).

CHAPITRE III-V

Adapter les prestations aux besoins des familles

La majoration du complément mode de garde pour les familles ayant un enfant en situation de handicap

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

L'existence de coûts supplémentaires liés à des dépenses directes (matériel, renfort, etc.) ou à un surcroît de temps consacré à l'enfant constitue un des principaux freins à l'accueil individuel. Les tarifs pratiqués par les assistants maternels, en application de la convention collective du secteur, peuvent être supérieurs à ceux demandés pour l'accueil d'un enfant non handicapé.

Alors qu'il existe plusieurs dispositifs financiers visant à favoriser l'accueil d'enfants en situation de handicap en crèche ou halte-garderie, dispositifs qui vont être renforcés dans le cadre la COG de la CNAF 2018-2022, il n'existe actuellement aucune aide complémentaire au complément mode de garde (CMG) lorsque la famille souhaite recourir à un mode d'accueil individuel.

Face à ce constat, le Gouvernement a donc souhaité majorer de 30 % le montant du CMG pour les familles ayant un enfant bénéficiaire de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). Cette mesure permettra à ces familles de mieux couvrir des restes à charge qui sont supérieurs à ceux des autres parents, de ne pas pénaliser celles qui recourent à une assistante maternelle ou une garde à domicile par rapport à celles qui accèdent à une place de crèche et de faciliter la reprise ou l'accroissement d'activité professionnelle de ces parents.

Cela représente un gain potentiel maximum de 140 € par mois pour une famille employant pour la garde de son enfant un assistant maternel ou une garde à domicile.

La prolongation du complément mode de garde à taux plein jusqu'à l'entrée à l'école maternelle

Après une majoration de 30 % du CMG pour les familles monoparentales en 2018, de nouveaux aménagements favorables aux familles sont prévus dans le PLFSS pour 2019.

Le CMG, qui couvre une partie des frais de garde qui sont engagés par les familles pour la garde de leur(s) enfant(s) est aujourd'hui diminué de moitié lorsque l'enfant gardé est âgé entre 3 et 6 ans. Pour les familles qui ont un enfant né entre le 1er janvier et la rentrée scolaire, le reste à charge de la garde de leur enfant à temps plein est ainsi augmenté entre le 3ème anniversaire de l'enfant et sa rentrée en maternelle.

Ce n'est pas le cas pour les familles dont l'enfant est accueilli en crèche, les aides attribuées par les CAF aux structures et les tarifs payés par les familles étant identiques pour tous les enfants âgés de moins de 4 ans.

En cohérence avec l'avancée à 3 ans de l'âge de l'obligation scolaire, pour permettre aux familles de conserver à coût constant le même mode de garde jusqu'à la scolarisation en maternelle, le Gouvernement prolongera le droit au CMG à taux plein entre le 3ème anniversaire de l'enfant et son entrée à l'école.

Cela représente un gain potentiel de 234 € par mois pour une famille employant pour la garde de son enfant un assistant maternel.

La prolongation du congé maternité pour les travailleuses indépendantes et les exploitantes agricoles

Les femmes ne sont pas toutes protégées de la même manière lorsqu'elles attendent un enfant. Le Président de la République s'est engagé durant la campagne à faire converger les règles relatives au congé maternité entre les différents régimes (salariés, indépendants), tout en maintenant celles qui permettent de répondre aux contraintes propres aux diverses activités professionnelles et aux besoins des assurées. La députée Marie-Pierre Rixain a ainsi été missionnée par le Gouvernement afin d'expertiser les évolutions envisageables.

Actuellement, les travailleuses indépendantes bénéficient d'une allocation forfaitaire ainsi que d'indemnités journalières forfaitaires versées jusqu'à 74 jours sous condition d'un arrêt de travail effectif de 44 jours. Les salariées bénéficient quant à elles d'un congé maternité de 112 jours.

Dans un objectif de protection de la santé de la mère et de son enfant, le PLFSS pour 2019 prévoit de porter la durée minimale d'arrêt en cas de grossesse à 8 semaines pour toutes les femmes.

De plus, la durée du congé maternité des indépendantes sera portée à 112 jours, comme pour les salariées. Les indépendantes pourront ainsi bénéficier de 38 jours de congés indemnisés supplémentaires.

Pour les agricultrices, il existe aujourd'hui une allocation de remplacement qui leur permet d'embaucher un salarié pour les remplacer. Seules 60 % des exploitantes agricoles y ont toutefois recours. Afin de favoriser le recours au remplacement, indispensable pour que la mère prenne un congé suffisamment long, les exploitantes n'auront plus à payer la CSG-CRDS qui reste à leur charge et représente un surcoût de 10 à 12 € par jour d'arrêt. Pour celles qui, malgré cela, ne parviendraient pas à se faire remplacer, le Gouvernement prévoit de leur ouvrir droit à une indemnité journalière forfaitaire, du même montant que celle dont bénéficient les travailleuses indépendantes, afin qu'elles ne se retrouvent pas sans aucune indemnisation.

CHAPITRE III-VI

Garantir une juste prestation

Le Gouvernement a engagé une réforme globale de notre système de prestations sociales, visant à rendre le versement des allocations plus automatique, plus réactif et plus juste.

Comme l'indique le rapport de la députée Christine Cloarec et de l'économiste Julien Damon, la « juste prestation » est une prestation efficiente : elle est instruite, contrôlée et liquidée plus efficacement. Conforme au droit, elle ne réduit pas les droits, elle réduit les erreurs autour des droits, en s'ajustant au mieux à la situation actuelle des bénéficiaires. En servant les prestations de façon plus réactive vis-à-vis des changements de situation, l'allocataire y gagne, en même temps que les comptes publics.

Or aujourd'hui, les prestations nécessitent des démarches déclaratives lourdes, qui entraînent des erreurs et dissuadent le recours, ou sont fondées sur des revenus trop anciens (deux ans de retard pour les APL par exemple). Presque 1 prestation sur 10 est versée indûment.

La modernisation de la délivrance des prestations sociales, ou « versement social unique », vise ainsi à fonder l'examen des droits sur des informations fiables et les plus récentes possible. L'objectif est double : adapter les prestations au plus près de la situation des assurés et fiabiliser le calcul des prestations, tout en allégeant les charges déclaratives. Elle doit *in fine* permettre de mieux lutter contre le sous-recours et contre le sur-recours.

Cette réforme nécessite la mise en place d'une déclaration sociale nominative (DSN) complémentaire, essentiellement pour les organismes versant des prestations sociales. Ce nouveau service ne constituera pas une formalité déclarative supplémentaire pour ces organismes, car il sera alimenté automatiquement grâce au prélèvement à la source. Il permettra :

- en premier lieu, de limiter les démarches des usagers dans la mesure où la plupart des informations relatives à leurs ressources nécessaires pour l'instruction et l'actualisation de leurs droits seront automatiquement et directement transmises aux caisses, ce qui contribuera aussi à sécuriser les données prises en compte pour l'examen des droits des usagers et donc à limiter les risques d'erreurs,
- en deuxième lieu, d'attribuer et de calculer les prestations sociales versées sous conditions de ressources (ou modulées en fonction des ressources) en tenant compte de la situation financière contemporaine des usagers, et donc de leurs besoins actualisés,
- enfin, de mieux identifier et comprendre les situations de non-recours aux prestations sociales.

Ce service sera utilisé dans un premier temps dès 2019, à la modernisation de l'attribution et du calcul des aides personnelles au logement, pour la gestion desquelles les ressources prises en compte correspondront désormais aux ressources des douze derniers mois connus et feront l'objet d'une actualisation trimestrielle. Son utilisation sera progressivement étendue à d'autres prestations.

QUATRIÈME PARTIE

Investir dans la transformation du système de santé

CHAPITRE IV-I

Priorité prévention

La prévention est la première priorité de la politique de santé. Conformément aux orientations du Gouvernement présentées lors du comité interministériel de la santé du 26 mars 2018, tous les départements ministériels sont mobilisés pour améliorer la santé des Français tout au long de leur vie, de la naissance jusqu'à la fin de vie dans le cadre de la « Priorité Prévention - Programme National de Santé publique ». Le PLSS 2019 traduit cette ambition, en augmentant les moyens consacrés à la prévention, en renforçant les mesures au bénéfice des adolescents et en élargissant les compétences des pharmaciens.

Lutter contre les addictions liées aux substances psychoactives

La consommation des substances psychoactives est responsable en France de plus de 120 000 décès évitables par accidents et par maladies, dont près de 60 000 par cancers. C'est notamment le cas des consommations de tabac et d'alcool qui interviennent dans environ 30 % des décès survenus avant 65 ans (mortalité prématurée).

Il est donc nécessaire de lutter de façon résolue contre ces usages, parallèlement à la hausse de la fiscalité sur le tabac, dans le cadre d'une stratégie visant les différents produits concernés (tabac, alcool, cannabis...) et reposant sur des modalités d'intervention diversifiées : information ; communication ; intervention précoce ; réduction des risques et des dommages.

Le PLFSS 2019 élargit le champ d'intervention du fonds de lutte contre le tabac aux addictions liées aux substances psychoactives. Le fonds sera doté de nouvelles ressources correspondant au produit des amendes forfaitaires sanctionnant la consommation de cannabis (10M€ en 2019). Il contribuera notamment au renforcement des consultations de jeunes consommateurs (11-25 ans), lesquels sont particulièrement concernés par la consommation de substances psychoactives.

Développer les actions de prévention à destination des enfants et des jeunes

La prévention débute dès l'enfance. Elle implique le suivi des enfants et adolescents à des âges clés afin de permettre le repérage et la prise en charge précoce des problèmes médicaux ou des troubles sensoriels, mais aussi d'ancrer les bonnes pratiques en matière de santé.

Aussi, le PLFSS pour 2019 prévoit de redéployer les 20 examens obligatoires, aujourd'hui tous réalisés avant les 6 ans, pour couvrir également l'adolescence, comme le recommande le Haut Conseil de la Santé Publique. Seront prévus des examens aux

âges suivants : 8-9 ans, 11-13 ans et 15-16 an ; leur contenu sera adapté aux besoins des jeunes. Ces examens seront pris en charge à 100 % par l'assurance maladie et sans avance de frais.

Les marges de progression en matière de prévention sont particulièrement fortes dans le domaine bucco-dentaire, au vu des inégalités sociales de recours aux soins dentaires. Les examens de prévention du programme « M'T dents » seront donc étendus aux enfants dès 3 ans. Ainsi, les jeunes âgés de 3 ans à 24 ans pourront-ils consulter un dentiste pour un dépistage et les soins qui en découlent, intégralement pris en charge par l'assurance maladie et sans avance de frais, a minima une fois tous les trois ans.

Etendre la vaccination contre la grippe

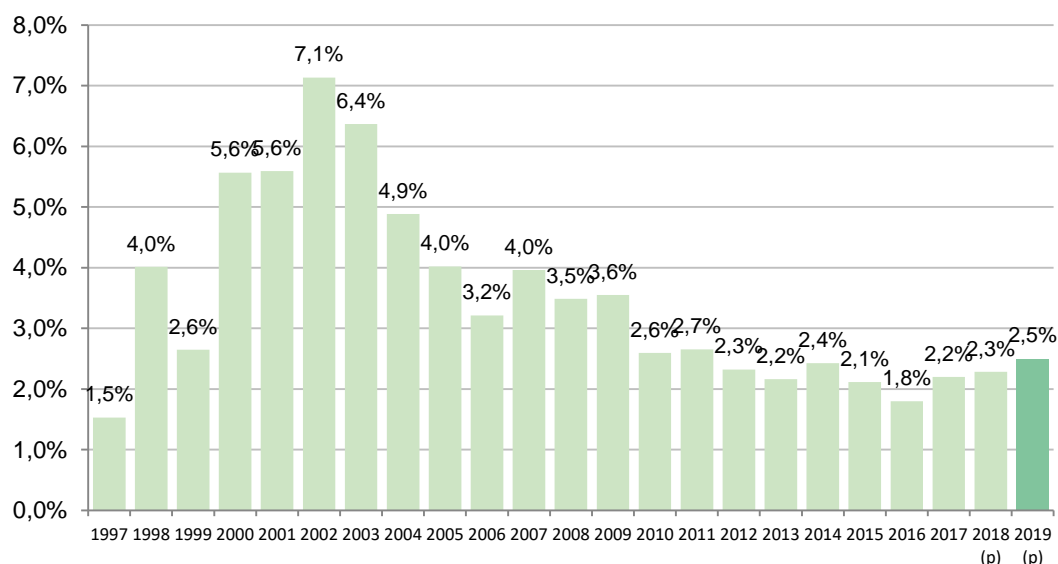
L'expérimentation de la vaccination antigrippale par les pharmaciens a été menée dans deux régions en 2017-2018. Le résultat est positif : 160 000 personnes, majoritairement âgées de plus de 65 ans, ont bénéficié de ce dispositif qui permet un accès facilité à la vaccination. Il sera donc élargi à deux régions supplémentaires pour la campagne 2018-2019 et le PLFSS en prévoit la généralisation à l'ensemble du territoire pour la campagne 2019-2020.

CHAPITRE IV-II

Réformer l'organisation et la tarification des soins, investir dans le système de santé

Une progression de l'ONDAM de 2,5 % pour investir dans le système de santé

Pour 2019, le taux de progression de l'ONDAM est de 2,5 % (2,3 % en 2018), soit le taux le plus élevé depuis 6 ans. Le Gouvernement fait le choix, par cette évolution exceptionnelle, de renforcer l'effort d'investissement dans la santé dans le cadre du plan « Ma santé 2022 » présenté le 18 septembre par le Président de la République.



Les moyens supplémentaires dégagés seront notamment consacrés :

- A la mise en place dès 2019 des principales mesures adoptées pour structurer les soins de proximité : création de communautés professionnelles territoriales de santé, financement de postes d'assistants médicaux, structuration des hôpitaux de proximité, déploiement d'équipes mobiles gériatriques, développement des compétences dans les établissements de santé.
- Au financement d'investissements de modernisation et d'adaptation : investissements immobiliers pour les établissements de santé, investissements dans le numérique.

130 M€ seront consacrés par ailleurs au financement de la modernisation des établissements médico sociaux.

Evolution de l'ONDAM 2019 par sous-objectif (secteur)

	Niveau des dépenses par sous-objectifs Md €	Taux de progression	Pour mémoire : taux de progression voté en LFSS 2018
Soins de ville	91,5	2,5 %	2,4 %
Établissements de santé	82,6	2,4 %	2,2 %
Établissements et services médico-sociaux	20,8	2,2 %/2,7% pour l'OGD	2,6 %/2,4% pour l'OGD
Fonds d'intervention régionale	3,5	4,8 %	3,1 %
Autres prises en charge	1,9	6,3 %	4,3 %
Total	200,3	2,5 %	2,3 %

Les ressources dédiées à notre système de santé augmenteront au total de 4.9 milliards d'euros au service d'un système de santé tourné vers l'accès aux soins, la prévention, l'innovation et l'efficience.

Diversifier les modes de tarification

Les modes de financement des professionnels et des structures de soins reposent essentiellement sur une facturation à l'acte ou à l'activité. Ces modes de financement incitent au développement de l'activité et donc à l'augmentation de l'offre disponible pour les patients, mais ne garantissent pas par eux-mêmes des soins pertinents et de qualité. Ils ne facilitent pas non plus, de par leur cloisonnement, la coordination des opérateurs de soins.

Il devient donc nécessaire d'apporter des améliorations sensibles en diversifiant les modalités de rémunération pour encourager plus activement la qualité, le suivi préventif sur le long terme et la pertinence des soins.

Création de financements au forfait pour les pathologies chroniques : diabète et insuffisance rénale chronique dès 2019

La tarification à l'activité actuellement en vigueur ne permet pas de répondre aux enjeux de la prise en charge des pathologies chroniques puisqu'elle ne rémunère que l'épisode aigu et très peu la prévention de son apparition. Il s'agit ici de mettre en place une rémunération sous la forme d'un forfait pour inciter les professionnels et les structures à développer les actions de prévention, d'éducation du patient et à assurer la fonction de coordination des soins nécessaires à une prise en charge de qualité.

Pour 2019, un forfait sera mis en place pour la prise en charge hospitalière du diabète et de l'insuffisance rénale chronique. Elle sera élargie à partir de 2020 à d'autres pathologies et cette démarche s'ouvrira par la suite sur la ville et les coordinations ville-hôpital.

Une dotation de 300 millions d'€ pour financer la qualité dans les établissements hospitaliers

Dès 2019, les établissements hospitaliers recevront un financement accru pour favoriser la qualité. L'enveloppe allouée, par transfert des moyens consacrés au financement à l'activité, sera portée à 300 millions d'€ contre 60 millions d'€ aujourd'hui. Cette incitation financière sera attribuée sur la base d'indicateurs de qualité transversaux, entre 7 et 10, contre 35 aujourd'hui. Elle se mettra en place de façon progressive et concernera en 2019 les seuls établissements de santé (médecine chirurgie obstétrique, soins de suite et de réadaptation et hospitalisation à domicile).

Faire émerger les organisations professionnelles de demain

Les nouveaux modes d'organisation et de financement innovants, correspondant à l'évolution des besoins de soins, doivent être élaborés et testés en lien étroit avec les acteurs de terrain. C'est l'objet de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 qui a posé un cadre unique d'expérimentation pour l'innovation du système de santé.

Ce dispositif innovant a suscité beaucoup d'intérêt de la part des opérateurs de terrain auquel il est destiné : 8 mois après l'ouverture de ce droit à l'expérimentation, 82 lettres d'intention, sur des projets à l'initiative des acteurs de santé, ont été déposés auprès des ARS. Ainsi que 7 cahiers des charges, correspondant à des projets finalisés.

Par ailleurs, 54 porteurs de projet ont été choisis pour co-construire l'expérimentation nationale de 3 modèles d'organisation et de financement : le financement à l'épisode de soins en chirurgie ; l'incitation financière à la prise en charge partagée entre professionnels de santé sur un territoire donné ; le paiement en équipe de professionnels de santé en ville.

Les premiers échanges avec le terrain montrent cependant la nécessité d'amplifier la portée du dispositif : il s'agit de rendre possible des projets plus ambitieux notamment sur le champ des établissements de santé. Cela nécessite notamment de pouvoir déroger sous certaines conditions, aux conditions techniques de fonctionnement relevant du droit des autorisations et plus généralement des règles d'organisation.

Le PLFSS pour 2019 prévoit également de faciliter les organisations de terrain interprofessionnelles, en permettant aux sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) d'employer directement des infirmiers en pratique avancée.

Une disposition facilite par ailleurs le remplacement de médecins par des étudiants en médecine ou de jeunes médecins qui ont une pratique ponctuelle du remplacement, en simplifiant le régime social associé, levant ainsi un obstacle identifié par les acteurs de terrain.

Concrètement, cela permettra aux médecins effectuant des remplacements de simplifier la déclaration et le paiement de leurs cotisations sociales grâce à l'instauration d'un taux unique et d'une assiette simple.

CHAPITRE IV-III

Favoriser l'accès à l'innovation thérapeutique, faire évoluer la régulation du secteur du médicament

Un accès plus rapide aux produits de sante les plus innovants et bénéfiques pour les patients est un enjeu majeur pour notre système de santé

Le système français est l'un des plus accueillants pour l'innovation médicamenteuse grâce aux autorisations temporaires d'utilisation (ATU), qui permettent l'accès à un produit, dans des conditions encadrées, avant même que l'autorisation de mise sur le marché ne soit délivrée. Toutefois, le dispositif actuel ne couvre pas toutes les situations.

- **Pour renforcer l'accès rapide aux médicaments innovants pour les patients, le PLFSS pour 2019 permet d'élargir les dispositifs d'accès précoce à l'innovation (ATU).** Il sera désormais possible de disposer d'une ATU pour des extensions d'indications thérapeutiques, alors qu'aujourd'hui le dispositif est réservé uniquement à la première indication thérapeutique demandée. Cette règle restrictive n'est aujourd'hui plus adaptée aux produits d'immunothérapie, pour lesquelles l'accès au marché pour le même produit est réalisé par phases successives, dans différentes indications.
- Pour mieux évaluer l'apport pour les patients de ces nouveaux médicaments, **les conditions de collecte des données liées à l'usage de ces médicaments seront plus clairement définies**, pour s'assurer de disposer de l'exhaustivité de ces données. Leur collecte deviendra notamment une condition à la prise en charge.
- **Une procédure de prise en charge anticipée par l'Assurance maladie de certains dispositifs médicaux** sera introduite au travers de ce PLFSS. Cet accès rapide sera réservé aux dispositifs médicaux innovants, indiqués dans une maladie pour laquelle il n'y a pas d'alternatives thérapeutiques, et pour lesquels l'efficacité et la sécurité sont établies. Un tarif de remboursement temporaire sera fixé, dans l'attente de la conclusion de négociation entre le CEPS et l'entreprise concernée.

Un dispositif de régulation plus simple et plus prévisible

Dans le champ des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux), le PLFSS permet de concrétiser plusieurs engagements du Gouvernement pris dans le cadre du 8^e conseil stratégique des industries de santé (CSIS). Un des enjeux est de disposer d'un cadre juridique plus stable. **Il est en effet aujourd'hui essentiel de pouvoir bénéficier de règles plus prévisibles et plus simples pour le secteur des industries de santé et pour l'Assurance maladie.**

- **Aujourd'hui régulé par un dispositif complexe et différencié entre la ville et l'hôpital, le marché sera désormais régulé globalement pour mieux tenir compte de la réalité de la dépense globale des médicaments.** Afin de donner de la visibilité aux entreprises, le seuil de déclenchement du dispositif de régulation sera fixé pour les trois prochaines années, égal à 0.5 % du chiffre d'affaire global.

- Pour protéger l'assurance maladie de hausses trop importantes des dépenses associées aux médicaments, il existe une « clause de sauvegarde » sur ces dépenses : basée sur le chiffre d'affaires des industriels, cette clause permet de leur demander de verser une contribution à l'assurance maladie en fin d'année lorsque celui-ci évolue trop rapidement. **Le Gouvernement souhaite aujourd'hui simplifier et homogénéiser ce mécanisme de sauvegarde.** Concrètement, il s'agira de suivre l'évolution de la dépense dans son ensemble, alors qu'aujourd'hui l'application de la clause de sauvegarde connaît de nombreuses exemptions qui ne la rendent plus lisible. Pour améliorer encore la prévisibilité et la stabilité de la régulation, les paramètres de déclenchement de la clause de sauvegarde seront désormais annoncés sur plusieurs années à l'avance.

Renforcer le recours aux génériques

Dans un contexte où la France souhaite pouvoir disposer le plus rapidement possible des meilleures innovations, il est nécessaire également de veiller à ce que les médicaments remboursés le soient sur la base médicalement la plus pertinente. Dans ce cadre, le recours aux médicaments génériques doit être renforcé.

Le taux de substitution générique/princeps dépasse à ce jour les 80 % en France. Cependant les mécanismes en faveur de la substitution montrent aujourd'hui un certain essoufflement pour assurer le plus haut niveau possible de substitution du princeps par le générique.

- Le PLFSS permettra d'encourager la substitution par le pharmacien en faisant reposer la justification de la mention « non-substituable », apposée par les prescripteurs sur l'ordonnance, sur des critères médicaux objectifs, définis en lien avec l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Pour faciliter cette information par le prescripteur, l'obligation de la mention manuscrite sera supprimée.
- Par ailleurs, **le remboursement d'un assuré qui ne souhaiterait pas, sans justification médicale, la substitution proposée par le pharmacien se fera désormais sur la base du prix du générique.** Il s'agit ainsi de reconnaître un même niveau de prise en charge pour des soins de même qualité. Cette mesure s'appliquera à compter du 1er janvier 2020 afin de disposer du temps nécessaire pour accompagner sa mise en place auprès des patients.

solidarites-sante.gouv.fr
economie.gouv.fr

#PLFSS2019

