

N° 1215

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 26 juillet 2018.

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 145-7 alinéa 1 du Règlement

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

*sur la mise en **application de la loi n° 2017-1836** du 30 décembre 2017
de **financement de la sécurité sociale pour 2018**,*

ET PRÉSENTÉ PAR

M. OLIVIER VÉRAN ET M. GILLES LURTON,

Députés.

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS	4
LES MESURES SIGNIFICATIVES D'APPLICATION	7
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL..	7
1. Article 8 – Mesures de pouvoir d'achat en faveur des actifs.....	7
2. Article 15 – Suppression du régime social des indépendants et modification des règles d'affiliation à la CNAVPL	11
3. Article 17 – Augmentation des droits de consommation applicables au tabac et engagement de rattrapage de la fiscalité applicable en Corse.....	20
DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE	22
1. Article 36 – Majoration du montant maximum du complément de libre choix du mode de garde pour les familles monoparentales	22
2. Article 37 – Harmonisation des barèmes et des plafonds de la prestation d'accueil du jeune enfant et du complément familial	23
DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE D'ASSURANCE MALADIE.....	24
1. Article 49 – Vaccination obligatoire des enfants.....	24
2. Article 51 – Cadre d'expérimentations pour les innovations.....	26
3. Article 54 – Prise en charge de la télémédecine	33
4. Article 62 – Report de l'application du règlement arbitral dentaire	34
TRAVAUX DE LA COMMISSION	37
ANNEXE : ÉTAT DE L'APPLICATION DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2018 AU 18 JUILLET 2018	39

AVANT-PROPOS

● En application de l'article 145-7 du Règlement de l'Assemblée nationale, ce rapport fait état des textes réglementaires publiés pour la mise en œuvre de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018, ainsi que des dispositions qui n'auraient pas fait l'objet des textes d'application nécessaires.

Du fait du caractère annuel des LFSS, cet exercice est récurrent. Depuis le début de la XV^{ème} législature, il est réalisé par le rapporteur général de la commission des affaires sociales, désormais seul rapporteur du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), et par un député issu d'un groupe d'opposition, conformément aux prescriptions réglementaires.

Conformément au Règlement, là aussi, ce rapport fait le point sur les actes d'application pris et sur ceux qui auraient dû être pris mais ne l'ont pas encore été, précisant dans ce cas le calendrier prévisionnel de publication.

Un second rendez-vous, à l'automne, permettra d'apprécier la progression de l'application de la loi : en effet, le 3° du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale prévoit que soit jointe au PLFSS de l'année N +1 une annexe « *rendant compte de la mise en œuvre des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale* » de l'année N.

Par ailleurs, le rapport annuel de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, prévu par l'article L.O. 132-3 du code des juridictions financières et publié en septembre, apportera un éclairage plus analytique.

● Adopté définitivement par l'Assemblée nationale le 4 décembre 2017, le PLFSS 2018 a fait l'objet d'une saisine du Conseil constitutionnel, lequel s'est prononcé le 21 décembre ⁽¹⁾, censurant totalement quatre articles ⁽²⁾ et partiellement un autre ⁽³⁾, sur les 78 articles adoptés.

L'essentiel des informations fournies par le présent rapport sont contenues dans le tableau figurant en annexe, qui indique, pour chaque article de la loi votée par le Parlement :

– son éventuelle censure par le Conseil constitutionnel ;

(1) *Décision n° 2017-756 DC du 21 décembre 2017, Loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 :*

<http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-date/decisions-depuis-1959/2017/2017-756-dc/decision-n-2017-756-dc-du-21-decembre-2017.150449.html>

(2) *Tous jugés « cavaliers », c'est-à-dire étrangers au domaine des LFSS tel que défini par les dispositions organiques.*

(3) *Dont certaines dispositions ont été jugées étrangères au domaine des LFSS.*

– son applicabilité directe, lorsqu’aucun acte d’application n’est appelé par le texte ;

– la nature (décret en Conseil d’État, décret simple, arrêté) et l’objet des actes d’application appelés. Pour ce faire, la principale source d’information est l’échéancier de mise en application de la loi, publié sur le site Internet Légifrance, dans sa version mise à jour au 18 juillet 2018 ⁽¹⁾. Le Gouvernement a répondu utilement aux demandes de précision des rapporteurs, qui ne sont pas mécaniquement informés de la parution des textes d’application ;

– au-delà des seuls actes d’application proprement dits, les rapports devant être remis au Parlement ⁽²⁾ ;

– les références des actes publiés ou remis ;

– lorsque les actes devant être publiés à la date de présentation de ce rapport ne l’ont pas encore été, leur calendrier prévisionnel de publication. Les motifs de retard ne sont pas systématiquement précisés, mais ils résultent vraisemblablement, pour l’essentiel soit de la nécessité de procéder à des consultations, soit de l’encombrement du calendrier réglementaire, en particulier s’agissant des décrets devant être examinés par le Conseil d’État.

Le présent rapport s’est enrichi, depuis celui de l’année dernière, de développements consacrés à quelques articles importants de la LFSS, sur l’application desquels les rapporteurs ont souhaité s’attarder.

● Sur les 74 articles que compte la LFSS après décision du Conseil constitutionnel :

– 42 sont d’application directe. Il s’agit notamment de l’ensemble des articles dits « de chiffres », qui arrêtent des comptes ou fixent des grands équilibres, notamment les objectifs de dépenses ;

– 22 appellent des actes d’application, dont 13 décrets en Conseil d’État, 22 décrets simples et 8 arrêtés ⁽³⁾.

La loi de financement comporte des évolutions structurantes nécessitant des concertations. C’est est pourquoi le texte prévoit le cadencement de l’application de

(1) Qui tient compte des seuls décrets :

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2017/12/30/CPAX1725580L/fo/texte>.

(2) Ainsi que, fait plus rare, une ordonnance que le Parlement a habilité le Gouvernement à prendre dans le domaine de la loi (cf. infra).

(3) Le nombre d’articles appelant des actes d’application et le nombre d’actes d’application ne sont pas identiques, car un seul article peut appeler plusieurs actes. Symétriquement, un article peut appeler plusieurs mesures d’application, que le Gouvernement décide de concentrer en un seul décret. Par convention, s’agissant des actes non publiés, les rapporteurs s’en tiennent à la présentation de l’échéancier de Légifrance : lorsque celui-ci dresse la liste des mesures d’un article appelant un décret, chaque mesure est réputée appeler un décret, sans anticipation donc des éventuelles concentrations dont le Gouvernement pourrait décider. Il en est de même s’agissant des arrêtés.

certaines dispositions et, partant, des mesures d'application qu'il importe de prendre à cet effet. Par convention, lorsque la loi prévoit la publication d'une mesure d'application au-delà de l'année 2018, l'acte est mentionné pour information dans le tableau en annexe, mais il n'est pas recensé dans le bilan chiffré de l'application. C'est notamment le cas de nombreuses dispositions d'application de l'article 15 relatif à la réforme du régime social des indépendants (RSI) ou encore de l'article 58, qui prévoit particulièrement la publication de textes relatifs aux dispositifs médicaux au plus tard en 2021.

Parmi l'ensemble de ces articles, au-delà des actes d'application proprement dits :

– 6 appellent la remise de rapports au Parlement soit sur un thème identifié et porté par un article de loi, soit au titre de l'évaluation d'un cadre expérimental prévu par la loi (cas de la télémédecine et de l'article sur les innovations organisationnelles) ;

– 1 article habilite le Gouvernement à légiférer par ordonnance.

Au 18 juillet 2018, soit près de sept mois après la publication de la loi, seuls 6 articles n'ont fait l'objet d'aucun des textes d'application qu'ils prévoient ; cela ne signifie pas que les 16 autres sont pleinement appliqués, mais qu'au moins un des actes d'application a été pris.

Le tableau suivant, qui mesure quant à lui la proportion d'actes pris – et non la proportion d'articles ayant fait l'objet d'un acte – traduit un résultat en nette amélioration par rapport à celui arrêté l'année dernière à la même époque (60 % des textes d'application publiés contre 40 %).

**ÉTAT DE LA PUBLICATION DES TEXTES NÉCESSAIRES À L'APPLICATION
DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2018**

Nombre de textes au 18 juillet 2018	Textes d'application nécessaires	Textes publiés		Textes restant à publier
		Nombre	Taux	
Décrets en Conseil d'État	13	8	62 %	4
Décrets simples	22	14	64 %	7
Arrêtés	8	4	50 %	4
Total textes d'application	43	26	60 %	17

Source : commission des affaires sociales.

Sur les 3 rapports demandés au Gouvernement, 2 n'ont pas été encore remis au Parlement.

*

* *

LES MESURES SIGNIFICATIVES D'APPLICATION

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL

1. Article 8 – Mesures de pouvoir d'achat en faveur des actifs

L'article 8 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a mis en œuvre un engagement de campagne du Président de la République et de la majorité : la suppression des cotisations salariales maladie et chômage, afin de redonner du pouvoir d'achat aux actifs. Afin de compenser au plan macro-budgétaire cette perte de recettes, les taux de contribution sociale généralisée (CSG) ont été augmentés de 1,7 point.

L'augmentation de la CSG doit procurer un rendement supplémentaire de 22,5 milliards d'euros, tandis que la suppression des cotisations maladie et chômage devrait générer une perte de recettes de 17,8 milliards (4,6 au titre de la cotisation maladie et 13,2 au titre de la cotisation chômage).

a. Le principe de la « bascule » : suppression des cotisations salariales maladie et chômage et augmentation de la CSG

i. La suppression des cotisations : des modalités différentes

- La cotisation maladie des salariés, y compris agricoles, a été supprimée dès le 1^{er} janvier 2018. Elle était assise, au taux de 0,75 %, sur l'ensemble des éléments de rémunération (salaires, bien évidemment, mais également primes, gratifications, avantages en nature, etc.).

- La « suppression » de la cotisation chômage, assise au taux de 2,4 % sur les mêmes revenus mais dans la limite de quatre fois le plafond annuel de la sécurité sociale (PASS)⁽¹⁾, s'est faite selon un schéma différent :

- s'agissant du calendrier, tout d'abord, puisque le taux a d'abord été ramené à 0,95 % au 1^{er} janvier 2018, avant d'être annulé au 1^{er} octobre prochain ;

- s'agissant de la forme juridique ensuite, puisque la cotisation chômage n'a pas été *stricto sensu* supprimée en LFSS, mais prise en charge pour l'année 2018 par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) pour le compte de l'Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (Unédic), association gestionnaire du régime d'assurance chômage et affectataire à ce titre du produit de la cotisation. La suppression définitive de la cotisation salariale est prévue par l'article 30 du projet de loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel ; le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale

(1) Soit 156 912 euros en 2017.

sera l'occasion de préciser les modalités, pérennes elles aussi, de compensation de cette suppression à l'Unédic par l'affectation d'une fraction de CSG ⁽¹⁾.

ii. L'augmentation du taux « des » CSG

● La CSG n'est pas un impôt unique, mais la collection de quatre impôts cédulaires, qui frappent à des taux différents – les taux mentionnés ci-dessous étant ceux applicables avant le 1^{er} janvier 2018 – plusieurs catégories de revenus :

– les revenus d'activité et de remplacement, au taux de droit commun de 7,5 %, avec les exceptions suivantes :

- les allocations chômage et les indemnités journalières de sécurité sociale (6,2 %) ;
- les pensions de retraite et d'invalidité (6,6 %) ;
- les allocations chômage et les pensions de retraite et d'invalidité, exonérées lorsque le revenu fiscal de référence (RFR) du foyer fiscal ⁽²⁾ ne dépasse pas certains seuils (10 996 euros pour un célibataire, 16 868 euros pour un couple ⁽³⁾) ;
- les mêmes revenus de remplacement, soumis au taux réduit de 3,8 % lorsque le RFR du foyer dépasse les seuils d'exonération sans toutefois excéder 14 375 euros pour un célibataire et 22 051 euros pour un couple ⁽⁴⁾ ;

– les revenus dits « du capital », au taux de 8,2 %, à savoir :

- les revenus du patrimoine (revenus fonciers, par exemple) ;
- les produits de placement (intérêts des comptes sur livret, par exemple) ;

– les produits de certains jeux, en distinguant deux assiettes :

- le produit brut des jeux de casino, soumis à un taux de 9,5 ou 12 % selon la nature du jeu ;
- les jeux exploités par La Française des jeux, soumis à un taux de 6,9 %.

(1) Pour plus de détails, on se reportera utilement au commentaire de l'article 30 du projet de loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel par notre collègue Aurélien Taché, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales du titre II du projet de loi : rapport n° 1019, tome II, XV^{ème} législature, 1^{er} juin 2018, pages 308 à 325 (<http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rapports/r1019-II.pdf>).

(2) De l'année N-2 pour une imposition en N.

(3) Montants applicables en 2017.

(4) Idem.

● Chacun de ces taux a été augmenté de 1,7 point au 1^{er} janvier 2018, à l'exception de ceux applicables aux allocations chômage et indemnités journalières et aux revenus de remplacement exonérés ou soumis au taux réduit de 3,8 %, notamment donc les retraites modestes.

Le surplus de CSG a été rendu déductible de l'assiette soumise à l'impôt sur le revenu ⁽¹⁾, à l'exception de la CSG sur les jeux, qui, historiquement, est intégralement non déductible.

TAUX DE CSG AVANT ET APRÈS LE 1^{ER} JANVIER 2018

Type de revenu	Taux de CSG avant le 1 ^{er} janvier 2018	Taux de CSG depuis le 1 ^{er} janvier 2018
Revenus d'activité et de remplacement (cas général)	7,5 %	9,2 %
Allocations chômage et indemnités journalières de sécurité sociale	6,2 %	6,2 %
Pensions de retraite et d'invalidité	6,6 %	8,3 %
Allocations chômage, pensions de retraite et d'invalidité exonérées avant le 1 ^{er} janvier 2018	0 %	0 %
Allocations chômage, pensions de retraite et d'invalidité soumises au taux réduit de 3,8 % avant le 1 ^{er} janvier 2018	3,8 %	3,8 %
Revenus du capital	8,2 %	9,9 %
Produit brut des jeux (« machines à sous »)	9,5 %	11,2 %
Gains des jeux de 1 500 euros et plus réglés par des bons de paiement manuels	12 %	13,7 %

Source : commission des affaires sociales.

iii. Un gain de pouvoir d'achat pour les salariés

À la différence des cotisations, la CSG pèse donc sur toutes les catégories de revenus : les salariés s'acquittent en conséquence de l'augmentation de 1,7 point, mais leur pouvoir d'achat augmentera *in fine*, car ce sont pas moins de 3,15 points de cotisations qui sont supprimés (0,75 point au titre de la cotisation maladie + 2,4 points au titre de la cotisation chômage).

Pour un salarié au salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC), soit 1 480 euros bruts par mois en 2017, le gain de pouvoir d'achat sera de 263 euros par an ; il sera de 685 euros pour un salaire mensuel de 3 000 euros (selon les données de l'étude d'impact annexée au projet de loi de financement de la sécurité sociale).

(1) Article 67 de la loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018.

b. Des mesures de compensation pour certaines catégories d'actifs, appelant des actes d'application

i. Les travailleurs indépendants

• Les travailleurs indépendants n'étant pas assujettis à la cotisation chômage, ils auraient subi une augmentation sèche de CSG sans mesure compensatoire. Aussi, le texte a prévu une réduction de 2,15 points de la cotisation familiale des indépendants, destinée à compenser strictement l'augmentation de 1,7 point de la CSG (les assiettes étant différentes).

Il s'agit d'une réduction supplémentaire par rapport au droit antérieur, qui prévoyait déjà un taux réduit (2,15 %) pour les revenus n'excédant pas 1,1 PASS, puis une croissance linéaire du taux pour les revenus compris entre 1,1 et 1,4 PASS, seuil au-delà duquel s'appliquait le taux normal de 5,25 %.

L'article 4 du décret n° 2017-1894 du 30 décembre 2017⁽¹⁾, pris en application de l'article 8 de la LFSS⁽²⁾, tire les conséquences de la réduction supplémentaire de 2,15 points pour l'ensemble des indépendants, prévoyant donc un taux nul en-dessous de 1,1 PASS et un taux normal de 3,1 % au-delà de 1,4 PASS (le taux croissant toujours de manière linéaire entre ces deux bornes).

• Au-delà de cette stricte compensation, le texte a prévu une réduction supplémentaire de la cotisation maladie pour les indépendants les plus modestes, devant permettre *in fine* un gain net à la réforme pour 75 % de cette catégorie d'actifs.

La cotisation maladie, en principe de 6,5 %, pouvait être réduite de 3,5 points pour les indépendants dont les revenus n'excédaient pas 0,7 PASS, cette réduction décroissant ensuite linéairement pour s'annuler à 1,1 PASS. La réduction maximale a été portée de 3,5 à 5 points par la loi, qui prévoit une décroissance de la réduction proportionnelle au revenu.

Le nouvel article D. 621-3 du code de la sécurité sociale, créé par l'article 5 du décret précité, a maintenu à 1,1 PASS le plafond de revenu en-dessous duquel la cotisation peut être réduite, et a organisé les conditions de dégressivité de cette réduction en des termes différents de ceux, préexistants, à l'ancien article D. 612-5.

(1) Relatif aux modalités de calcul et aux dispositifs d'exonération des cotisations de sécurité sociale des travailleurs indépendants.

(2) L'article 8 appelle quatre mesures d'application par décret, qui ont toutes été prises dans le même texte :

- seuil de revenus en-deçà duquel s'applique la réduction de la cotisation familiale des travailleurs indépendants ;
- modalités de cette réduction ;
- seuil de revenus en-deçà duquel s'applique la réduction de la cotisation maladie des travailleurs indépendants ;
- modalités de cette réduction.

- Pour tenir compte de ce renforcement des allègements de cotisations en faveur des indépendants, l'article 1^{er} du décret précité a réduit le taux global de cotisations sociales applicable aux micro-entrepreneurs, sur une fraction de leur chiffre d'affaires. Le taux applicable aux activités commerciales a été réduit de 13,1 à 12,8 %, et celui applicable aux activités de prestation de services comme aux activités non commerciales de 22,7 à 22 %.

ii. Les agents publics

- L'augmentation de la CSG aurait conduit à une perte sèche pour les agents publics dont l'employeur n'est pas adhérent à l'Unédic, car ils ne sont pas assujettis à la cotisation chômage ; les fonctionnaires, au surplus, ne sont pas assujettis à la cotisation maladie.

Afin de compenser partiellement ces pertes, l'article 112 de la loi de finances pour 2018 a supprimé la contribution exceptionnelle de solidarité (CES), due par ces agents, assise au taux de 1 % sur la rémunération nette totale dès lors qu'elle excède 1 467 euros par mois, dans la limite de quatre fois le PASS.

Mais, compte tenu de son assiette plus réduite et de son taux plus faible, la suppression de la CES ne compense pas intégralement l'augmentation de la CSG. Aussi, l'article 113 de la loi de finances a prévu une indemnité compensatrice pour les agents publics, dont les critères ont été fixés par le décret n° 2017-1889 du 30 décembre 2017.

2. Article 15 – Suppression du régime social des indépendants et modification des règles d'affiliation à la CNAVPL

a. L'adossement du régime social des indépendants au régime général

L'article 15 de la LFSS a adossé le régime social des indépendants (RSI) au régime général de sécurité sociale. Cette réforme d'envergure, engagement de campagne du Président de la République, était justifiée par les nombreux dysfonctionnements que connaissait le régime depuis sa création, mais également par l'évolution des parcours professionnels, caractérisés par des allers-retours plus fréquents entre activité salariale et indépendante.

Compte tenu de l'ampleur de la transformation, une période transitoire d'une durée de deux ans s'est ouverte à partir du 1^{er} janvier 2018. La mise en œuvre progressive de la réforme s'appuie sur un schéma de transformation de la gestion de la sécurité sociale des travailleurs indépendants, qui a été approuvé par arrêté ministériel le 24 avril 2018.

i. Le transfert du recouvrement des cotisations et contributions sociales à l'ACOSS

Le transfert du recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants au régime général s'inscrit dans un contexte particulier. En effet, l'article 16 de la LFSS pour 2017 a déjà réformé le recouvrement de ces cotisations et contributions sociales en mettant en place une responsabilité conjointe et égale des réseaux du RSI et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) dans la mise en œuvre du recouvrement. Dans les faits, malgré la mise en place dans chaque région de cellules mixtes composées de collaborateurs-experts RSI-Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF), l'essentiel du personnel en charge du recouvrement est demeuré au sein de leurs organismes respectifs. Surtout, la perspective de la réforme du RSI n'a pas été favorable à la finalisation des conventions régionales encadrant la mise en place de ce nouveau dispositif en 2017.

L'intégration complète des processus de gestion du recouvrement des cotisations et des contributions sociales dues par les travailleurs indépendants au titre du recouvrement du régime général, prévue par l'article 15 de la LFSS pour 2018, doit s'achever au 1^{er} janvier 2020. Cette intégration s'accompagnera de la mise en œuvre d'une offre de service digitale enrichie et adaptée au profil des cotisants et du développement d'une relation personnalisée, qui se matérialisera notamment par un accompagnement renforcé des créateurs d'entreprise. À cet effet, les organismes de recouvrement expérimentent, depuis février 2018, différents modèles de personnalisation de la relation avec les assurés, en vue d'une généralisation de ce dispositif en 2019.

ii. Le rattachement des travailleurs indépendants aux branches maladies et vieillesse du régime général

L'article 15 de la LFSS pour 2018 rattache les travailleurs indépendants au régime d'assurance maladie et d'assurance vieillesse de base du régime général.

- Concernant l'assurance maladie, ce transfert s'accompagne de la suppression de la délégation à des organismes conventionnés, c'est-à-dire des mutuelles ou des groupements de sociétés d'assurances, du versement des prestations en espèces de l'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants. La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) s'est substituée à la Caisse nationale du RSI dans tous les actes juridiques conclus par celle-ci avec les organismes conventionnés. Les délégations de gestion existant entre les organismes conventionnés et la Caisse nationale du RSI demeurent en vigueur pour les travailleurs indépendants ayant débuté leur activité avant le 1^{er} janvier 2019, et ce jusqu'à l'échéance des conventions conclues avec la Caisse nationale du RSI. La CNAM et les organismes signataires concernés pourront renouveler ces conventions, modifiées le cas échéant par avenant, pour assurer le service des prestations dues aux mêmes assurés jusqu'au 31 décembre 2020 au plus tard.

Le rattachement des travailleurs indépendants à la branche maladie du régime général est piloté depuis le 1^{er} janvier 2018 par une mission dédiée, rattachée au directeur général de la CNAM. Cette équipe constitue à la fois une direction de transition au sein de la Caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants ⁽¹⁾ et une direction de projet pour la CNAM. Elle est garante du respect des échéances et de la coordination de l'ensemble des chantiers engagés dans le cadre de la réforme.

• Concernant l'assurance vieillesse, l'articulation étroite entre le recouvrement des cotisations et l'ouverture des droits à la retraite constitue une caractéristique fondamentale du RSI, que ne connaît pas le régime général. Cette particularité résulte des conditions d'acquisition des droits à la retraite des travailleurs indépendants, qui sont fondées sur le paiement effectif des cotisations dues.

Le lien entre recouvrement et retraite des travailleurs indépendants a été maintenu au sein du régime général. Ainsi, s'agissant de l'organisation fonctionnelle de la branche vieillesse et du recouvrement :

– un directeur national du recouvrement des travailleurs indépendants a été nommé au sein de l'ACOSS, ainsi que des directeurs régionaux du recouvrement des travailleurs indépendants, au sein de chaque région ;

– au sein de la branche vieillesse, la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) a nommé un directeur national de la sécurité sociale des indépendants. Dans chaque caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), un agent de direction sera en charge de la gestion de la sécurité sociale des travailleurs indépendants.

Par ailleurs, la mise en place d'objectifs et d'indicateurs communs est prévue dans les conventions d'objectifs et de gestion (COG) de la CNAV et de l'ACOSS pour la période 2018-2022. Des instances de pilotage se réunissant régulièrement doivent également être mises en place aux niveaux national et régional.

Enfin, au niveau local, l'articulation entre recouvrement et droits à la retraite suppose de renforcer la communication entre les URSSAF et les CARSAT : les URSSAF permettront ainsi aux CARSAT d'accéder, si nécessaire, à la consultation des comptes des cotisants (cotisations, revenus, dettes...). Des techniciens du recouvrement seront également joignables en cas d'interrogation plus poussée de la CARSAT sur un compte de cotisant donné.

(1) Nouvelle dénomination des anciennes caisses du RSI pendant la période transitoire.

iii. Le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants, nouvelle instance représentative des travailleurs indépendants

Les travailleurs indépendants bénéficieront d'une organisation et d'une gouvernance dédiées au sein du régime général : un Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants (CPSTI), doté d'instances régionales, sera installé à compter du 1^{er} janvier 2019. Ce conseil est notamment chargé de veiller à la qualité du service rendu aux travailleurs indépendants par les organismes du régime général. Les orientations générales relatives à l'action sanitaire et sociale, déployée spécifiquement en faveur des travailleurs indépendants, sont également déterminées par le CPSTI, la mise en œuvre de cette action étant de la responsabilité de ses instances régionales. Cette nouvelle instance représentative des travailleurs indépendants est également responsable du pilotage du régime complémentaire d'assurance vieillesse obligatoire et du régime invalidité-décès des travailleurs indépendants et de la gestion du patrimoine y afférent.

L'article 13 du 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 LFSS pour 2018 regroupe les dispositions relatives au fonctionnement du CPSTI.

Ce décret précise notamment la composition de l'assemblée générale du conseil, ainsi que de chaque instance régionale. Elles comprendront vingt-quatre membres, nommés pour une durée de quatre ans (trois ans pour le premier mandat) : quinze représentants des travailleurs indépendants, sept représentants des travailleurs indépendants retraités, l'ensemble étant désigné par les organisations professionnelles représentatives des travailleurs indépendants, et deux personnes qualifiées désignées par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Les modalités de transmission, par les organisations candidates pour désigner des membres au CPSTI, de tout élément justifiant de leur représentativité sont définies par 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.

L'article 15 de la LFSS prévoit également la désignation d'un médiateur national par l'assemblée générale du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants, chargé de coordonner l'activité des médiateurs placés auprès de chaque instance régionale. Le décret du 9 mars 2018 précité précise le rôle des médiateurs régionaux, désignés par chaque instance régionale de la protection sociale des travailleurs indépendants.

Par ailleurs, un observatoire économique et social des travailleurs indépendants sera mis en place en même temps que le CPSTI, pour être opérationnel au 1^{er} janvier 2020. Il constituera un outil de veille, d'études et d'aide à la décision concernant les travailleurs indépendants et la protection sociale dont ils bénéficient. Ses travaux, conduits dans une optique partenariale associant à la

fois l'INSEE, la DREES, la direction générale des finances publiques (DGFIP), l'ACOSS, la CNAV, la CNAM et la CNAF, sont destinés au CPSTI, ainsi qu'aux caisses de sécurité sociale gérant la protection sociale des travailleurs indépendants, aux directions ministérielles et aux fédérations professionnelles. Ils permettront d'éclairer les travaux du CPSTI et les décisions des pouvoirs publics relatives à la protection sociale des travailleurs indépendants.

iv. Une réforme progressive grâce à une phase transitoire de deux ans

Compte tenu de l'ampleur de la transformation, une période transitoire d'une durée maximale de deux ans a été mise en place depuis le 1^{er} janvier 2018.

• *Le comité de pilotage des opérations*

L'article 15 de la LFSS prévoit la mise en place, pendant la période transitoire comprise entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2019, d'un comité chargé du pilotage des opérations. Ce comité est composé des directeurs de la CNAM, de la CNAV, de l'ACOSS et du directeur général de la Caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants, nouvelle dénomination de la Caisse nationale du RSI jusqu'à sa dissolution le 1^{er} janvier 2020.

Les articles 1 à 5 du décret du 9 mars 2018 précité précisent la composition et le fonctionnement du comité de pilotage. Il a pour objet d'organiser la période transitoire, en précisant le cadre général et le calendrier de préparation du transfert des différentes missions et activités des anciennes caisses du RSI vers les caisses du régime général, ainsi que l'intégration des personnels des caisses du RSI au sein du régime général.

L'article 15 de la LFSS prévoit également que le comité de pilotage, installé le 19 mars 2018 définit un schéma de transformation des services, chargé d'accompagner la réforme.

Le schéma de transformation a été approuvé par un arrêté de la ministre des solidarités et de la santé, Mme Agnès Buzyn, et du ministre de l'action et des comptes publics, M. Gérard Darmanin, en date du 24 avril 2018.

Ce schéma, intitulé « schéma de transformation de la gestion de la sécurité sociale des travailleurs indépendants », a pour objectif :

– de sécuriser la période de transition de deux ans prévue pour la reprise en gestion du RSI par le régime général, en détaillant les conditions et le calendrier de transfert des missions, ainsi que des personnels et des moyens de gestion ;

– de garantir l'atteinte d'objectifs de qualité du service rendu aux assurés, en identifiant les points de vigilance devant faire l'objet d'un effort particulier, afin de maîtriser les risques inhérents à une réforme d'envergure ;

– d’anticiper la bonne articulation fonctionnelle entre les branches du régime général afin de garantir le maintien de la spécificité du service rendu aux assurés sociaux travailleurs indépendants, notamment en termes d’accueil et d’accompagnement, d’action sanitaire et sociale, de sécurisation de la constitution de leurs droits à la retraite.

- *Les caisses du RSI, rebaptisées « caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants »*

Dès le 1^{er} janvier 2018, la caisse nationale du RSI et les caisses de base du RSI ont respectivement pris la dénomination de Caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants et de caisses locales déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants. Pendant la période transitoire de deux ans, ces caisses apportent leur concours aux caisses du régime général s’agissant du service des prestations dont bénéficient les travailleurs indépendants et du recouvrement des cotisations dont ils sont redevables. Elles continuent d’exercer tout ou partie des missions antérieurement dévolues aux caisses du RSI, pour le compte des caisses du régime général et dans les conditions fixées par le schéma de transformation des services.

Les articles 15 à 18 du décret du 9 mars 2018 précité déterminent les dispositions qui continuent de s’appliquer aux caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants pendant la période transitoire, ainsi que l’organisation comptable applicable entre ces caisses et les organismes du régime général sur la même période.

- *Le transfert du personnel du RSI*

À compter du 1^{er} janvier 2018, les près de 5 000 salariés du RSI continuent d’exercer leurs activités au sein des caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants, pour passer progressivement sous la responsabilité fonctionnelle des caisses du régime général, qui deviendront leurs employeurs au plus tard en 2020.

Pour chaque salarié, une solution de reprise recueillant son accord est recherchée. Toutefois, en l’absence de telles solutions ayant recueilli l’accord des salariés, les contrats des salariés concernés seront transférés de plein droit à l’organisme du régime général dont les missions et les activités se rapprochent le plus de l’activité antérieure de ces salariés, dans la circonscription où se situe leur lieu de travail.

Le décret fixant, le cas échéant, la date du transfert des contrats de travail ne peut être pris avant la validation, par un comité de surveillance de la réforme, des conclusions auxquelles sont parvenues les caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants et les organismes du régime général lors de la phase préparatoire. Aussi, les articles 6 à 12 du décret du 9 mars 2018 précisent la composition et le fonctionnement du comité de surveillance de la réforme. Ce

comité, composé de neuf personnalités qualifiées, du président de la Caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants puis, à compter de sa création, du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants, du directeur de la sécurité sociale et du directeur interministériel du numérique et du système d'information et de communication de l'État, est chargé de se prononcer par avis motivé sur les projets de décision portant sur les étapes de déploiement de la réforme qui lui sont soumis par le comité de pilotage. Il peut, en outre, émettre des recommandations sur tout sujet relevant de sa compétence.

Par ailleurs, l'Union des Caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS) et les organisations syndicales représentatives dans le champ des conventions collectives du RSI ont entamé un cycle de négociations afin d'identifier les solutions les plus adaptées à une mise en œuvre réussie de la réforme. Un accord de méthode régissant la conduite de ces négociations a été conclu le 21 février 2018.

Les garanties dont bénéficieront les salariés dans le cadre de leur transfert seront précisées dans le cadre de la négociation d'un accord d'accompagnement. Conformément aux engagements pris par les ministres des solidarités et de la santé et par le ministre de l'action et des comptes publics, la réforme sera conduite sans licenciement économique et sans mobilité géographique contrainte, comme le précise le schéma de transformation approuvé le 24 avril 2018.

À l'issue de la négociation de l'accord d'accompagnement, un nouveau cycle sera ouvert visant la conclusion d'accords de transition. Ces négociations, déclinées dans le champ de chacune des trois conventions collectives du RSI (employés et cadres, agents de direction et praticiens conseils) définiront les règles selon lesquelles les agents sont intégrés, à la date du transfert de leur contrat de travail, dans chacune des trois conventions collectives du régime général. Cette négociation doit s'achever au plus tard à la fin de l'année 2018.

Un dispositif d'accompagnement, de communication interne et d'écoute active des salariés est mis en place pendant la période transitoire. Pour cela, un « baromètre social » a été mis en place par la Caisse nationale déléguée. Réalisée deux fois par an pendant la période transitoire auprès de l'ensemble des salariés des caisses déléguées à la sécurité sociale des travailleurs indépendants, cette enquête permettra de mesurer régulièrement le niveau de compréhension et le degré d'adhésion du personnel aux changements en cours.

b. La modification des règles d'affiliation à la CIPAV

L'article 15 de la LFSS corrige la segmentation entre les professions artisanales, industrielles et commerciales, d'une part, et certaines professions de services, qui relèvent aujourd'hui du régime des professions libérales, d'autre part, cette segmentation étant source de complexité et de difficultés de gestion.

Il affine ainsi certaines professions libérales, aujourd'hui affiliées à la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse des professions

libérales (CIPAV), au régime général d'assurance vieillesse. Sont concernées l'ensemble des professions libérales ne relevant pas de la liste figurant à l'article L. 640-1 du code de la sécurité sociale.

Cet aménagement concerne aussi bien le « flux » – c'est-à-dire les nouveaux micro-entrepreneurs ou professionnels libéraux ne figurant pas à l'article L. 640-1, dont l'affiliation se fera obligatoirement au régime général – que le « stock » – c'est-à-dire les actuels micro-entrepreneurs ou professionnels libéraux ne figurant pas à l'article L. 640-1. Ces derniers pourront exercer un droit d'option, en décidant soit de maintenir leur affiliation à la CIPAV, soit de basculer au régime général.

Deux dates d'entrée en vigueur ont été retenues pour le « flux » des assurés :

– à compter du 1^{er} janvier 2018 pour les micro-entrepreneurs ;

– à compter du 1^{er} janvier 2019 pour les autres travailleurs indépendants relevant des professions libérales non identifiées à l'article L. 640-1.

c. La modulation des acomptes de cotisations sociales des travailleurs indépendants

L'article 15 de la LFSS permet aux travailleurs indépendants qui le souhaitent d'acquitter leurs cotisations et contributions sociales provisionnelles sur une base mensuelle ou trimestrielle, en fonction de leur activité ou de leurs revenus mensuels ou trimestriels. Ce dispositif, proposé à titre expérimental jusqu'au 30 juin 2019, permet aux travailleurs indépendants de payer davantage de cotisations et contributions sociales les mois de forte activité et d'en payer moins lors des périodes creuses, une régularisation annuelle du montant à acquitter intervenant ensuite, une fois leur compte définitif établi.

Le décret n° 2018-533 du 27 juin 2018 relatif à la mise en œuvre de cette expérimentation ouvre la possibilité pour les travailleurs indépendants de déclarer leur activité sur une base mensuelle et d'effectuer un télépaiement du montant de leurs cotisations sociales provisionnelles calculées sur cette base. Elle sera ouverte sur le compte en ligne du travailleur indépendant disponible sur le portail <https://www.secu-independants.fr>, par le biais d'un téléservice dont le prototype sera conçu puis testé par un panel de travailleurs indépendants⁽¹⁾ d'ici la fin de l'année 2018.

Le montant mensuel de la cotisation provisionnelle est établi sur la base des sommes que le travailleur indépendant déclare au moyen du téléservice, sous sa responsabilité, entre le 1^{er} et le 22 de chaque mois de l'année 2019 compte tenu, notamment, du chiffre d'affaires de son entreprise et du niveau de ses charges déductibles ou des prélèvements personnels effectués par lui sur les sommes

(1) Les travailleurs indépendants choisissent de participer à l'expérimentation précitée en adhérant au téléservice.

rendues disponibles par l'activité de son entreprise, tels que le travailleur indépendant peut les estimer pour le mois considéré. Ce même téléservice lui communique sans délai le montant des cotisations et contributions sociales provisionnelles pour la période correspondante ainsi que, le cas échéant, les versements complémentaires dus au titre de l'exercice 2018. Ces cotisations doivent être acquittées par télépaiement au plus tard le 22 du même mois.

Alors que l'article 15 de la LFSS prévoit que cette expérimentation est menée jusqu'au 30 juin 2019 et concerne le paiement des cotisations et contributions sociales provisionnelles sur une base mensuelle ou trimestrielle, le décret d'application retient une durée d'expérimentation plus longue (l'année 2019) et un paiement sur une base mensuelle.

d. Suspension des pénalités dues en cas de mauvaise estimation des revenus des travailleurs indépendants

L'article 15 de la LFSS a supprimé, pour les exercices 2018 et 2019, la majoration de retard due en cas de mauvaise estimation par le travailleur indépendant de son revenu de l'année en cours, revenu qui sert de base au calcul de ses cotisations et contributions sociales dans le cadre du dispositif du « revenu estimé ».

L'article 14 du décret du 9 mars 2018 diminue par ailleurs le taux de la majoration complémentaire due, par mois ou fraction de mois écoulé, à compter de la date d'exigibilité des cotisations et contributions sociales. Ce taux passe ainsi de 0,4 % à 0,2 % et est abaissé à 0,1 % en cas de paiement des cotisations et contributions faisant l'objet du redressement dans les trente jours suivant l'émission de la mise en demeure.

e. Mesures de coordination et de mise en cohérence

L'article 15 de la LFSS a autorisé le Gouvernement à prendre par ordonnances, dans un délai de six mois suivant la date de publication de la présente loi, les mesures relevant du domaine de la loi visant à modifier les parties législatives des codes et les dispositions non codifiées, afin d'assurer la cohérence des textes au regard des dispositions du présent article et le respect de la hiérarchie des normes, de regrouper les dispositions qui le justifient dans le livre VI du code de la sécurité sociale et d'abroger les dispositions, codifiées ou non, devenues sans objet.

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 a été prise dans le délai prévu.

Le projet de loi de ratification de cette ordonnance doit être déposé au Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de l'ordonnance, c'est-à-dire avant le 12 septembre 2018.

Par ailleurs, 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 met en cohérence certaines dispositions du code de la sécurité sociale rendues nécessaire par l'article 15 de la LFSS, notamment en matière de paiement des cotisations minimales pour les travailleurs indépendants titulaires du RSA ou de la prime d'activité et de retraite progressive.

Outre plusieurs mesures réglementaires de coordination, 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 prévoit les modalités de calcul des taux de cotisations d'assurance maladie et de cotisations d'allocations familiales applicables aux travailleurs indépendants. Il ajuste également les taux globaux de cotisations des travailleurs indépendants relevant du dispositif micro-social.

Enfin, le décret n° 2018-174 du 9 mars 2018 précité procède à l'adaptation des dispositions réglementaires existantes pour tenir compte de la suppression du RSI, notamment en ce qui concerne le recouvrement des cotisations et contributions des travailleurs indépendants, confié aux URSSAF.

3. Article 17 – Augmentation des droits de consommation applicables au tabac et engagement de rattrapage de la fiscalité applicable en Corse

L'article 17 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 prévoit plusieurs vagues d'augmentation de la fiscalité spécifique applicable aux produits du tabac, ayant pour objet de porter le prix du paquet de 20 cigarettes à 10 euros en 2020.

- Il faut commencer par rappeler que les prix des produits de tabac sont fixés librement en France, par les fabricants. Ces prix sont en revanche homologués par arrêté, afin d'en assurer l'unicité sur le territoire.

Pour atteindre un objectif en termes de prix, le législateur ne peut donc agir qu'indirectement, *via* l'augmentation de la fiscalité. L'augmentation des prix constitue un objectif de politique publique car elle constitue un levier de réduction du tabagisme, qui cause 73 000 morts par an en France, soit 200 par jour.

- Les produits de tabac sont soumis à un droit d'accise, dit droit de consommation, composé de deux parts de natures distinctes :

- une part spécifique, exprimée en valeur absolue en euros par millier d'unités (cigarettes, cigares et cigarillos) ou millier de grammes (tabac à rouler et autres tabacs à fumer) ;

- une part proportionnelle, qui résulte de l'application d'un taux au prix de vente toutes taxes comprises.

Ce droit de consommation doit au minimum atteindre un plancher, appelé minimum de perception. Fixé par millier d'unités ou par millier de grammes, il peut être majoré de 10 % au plus, par arrêté des ministres du budget et de la santé.

Dû mensuellement par les fournisseurs pour les produits mis à la consommation ou importés en France, le droit de consommation est recouvré par la direction générale des douanes et des droits indirects (DGDDI).

- L'article 17 prévoit une augmentation en cinq étapes de la part proportionnelle, de la part spécifique et du minimum de perception, entre le 1^{er} mars 2018 et le 1^{er} novembre 2020. Cette augmentation est différenciée en fonction de la nature des produits du tabac. Au-delà de 2020, le droit de consommation sera indexé sur l'inflation (hors tabac), au 1^{er} janvier de chaque année, par arrêté des ministres du budget et de la santé (dans la limite de 1,8 %).

Par ailleurs, le rythme d'augmentation est plus élevé en Corse, où les droits sont plus faibles : il s'agit de tendre vers un alignement de la fiscalité applicable en Corse sur le droit commun, après 2020, afin de mettre notre droit en conformité avec celui de l'Union européenne et surtout de lutter contre un tabagisme insulaire dont la prévalence est plus grande que sur le continent.

Le tableau suivant présente, pour les cigarettes vendues en France continentale, le rythme d'augmentation de la fiscalité.

**AUGMENTATION DU DROIT DE CONSOMMATION SUR LES CIGARETTES
VENDUES EN FRANCE CONTINENTALE**

Échéance	Part proportionnelle (en %)	Part spécifique (en euros)	Minimum de perception (en euros)	
			Pour 1 000 unités	Pour un paquet de 20 unités
2017	49,7	48,75	210	4,2
1 ^{er} mars 2018	50,8	59,9	261	5,22
1 ^{er} avril 2019	51,7	61,1	279	5,58
1 ^{er} novembre 2019	52,7	62,0	297	5,94
1 ^{er} avril 2020	53,6	62,5	314	6,28
1 ^{er} novembre 2020	54,6	62,7	333	6,66
Augmentation totale	+ 9,8 %	+ 28,6 %	+ 58,6 %	

Source : commission des affaires sociales.

- Les effets de l'augmentation de la fiscalité sur les prix et la consommation dépendent de trois paramètres qui ne sont pas maîtrisables par le législateur :

– l'élasticité de la demande au prix. Pour 2018, le Gouvernement l'a estimée à $-0,75$, ce qui signifie qu'une augmentation du prix de 1 % entraînerait une réduction de la consommation de 0,75 % ;

– les comportements des fabricants, qui pourraient choisir de répercuter la hausse de la fiscalité sur leur marge (en la réduisant), plutôt que sur les prix (en les augmentant) ;

– les effets de substitution, pouvant entraîner un report des consommateurs vers des produits de contrebande ou des produits provenant de points de vente frontaliers.

● En réponse aux questions des rapporteurs, le Gouvernement a indiqué que les impacts de la mesure sur les prix, les volumes et les recettes fiscales ne sont pas pleinement identifiés à ce stade. Cela est logique dans la mesure où seule la première hausse de fiscalité est entrée en vigueur, et où l'administration dispose des seules données relatives aux mises à la consommation de tabac des trois premiers mois suivant cette hausse.

Une fois prises ces précautions méthodologiques importantes, on peut constater :

– que la hausse de fiscalité a été répercutée sur les prix des produits de tabac, puisque le prix moyen pondéré du paquet de cigarettes est désormais de 7,93 euros ;

– que les volumes de tabac mis à la consommation ont diminué de manière conséquente par rapport à 2017 (-13% sur la période mars-mai 2018 par rapport à 2017) ;

– que l'hypothèse d'élasticité retenue se vérifie en pratique.

DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE

1. Article 36 – Majoration du montant maximum du complément de libre choix du mode de garde pour les familles monoparentales

Le complément de libre choix du mode de garde (CMG) constitue l'une des composantes de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE). Il est versé aux parents qui recourent à un mode d'accueil individuel pour assurer la garde de leur enfant de moins de six ans. Il existe deux types de CMG : le CMG « emploi direct », versé aux parents qui emploient un assistant maternel ou une garde à domicile, et le CMG « structure », versé aux parents qui ont recours à une association, une entreprise ou une micro-crèche.

Le barème du CMG comporte trois tranches de revenus, dont les plafonds varient en fonction du nombre d'enfants à charge. Dans tous les cas, le montant de

l'aide financière ne peut dépasser 85 % de la rémunération nette de l'assistant maternel ou de la garde à domicile (CMG « emploi direct ») ou du montant versé à l'association, à l'entreprise ou à la micro-crèche (CMG « structure »).

Alors que le montant maximal du CMG ne pouvait être majoré dans deux cas (lorsque l'un des parents a des horaires de travail atypiques et lorsqu'il bénéficie de l'allocation aux adultes handicapés), l'article 36 de la LFSS pour 2018 étend cette possibilité de majoration du montant maximal du CMG aux familles monoparentales.

Le 5^o de l'article 1^{er} du décret n° 2018-312 du 26 avril 2018 relatif à la prestation d'accueil du jeune enfant modifie ainsi l'article D. 531-23-1 du code de la sécurité sociale pour préciser que le montant maximal du CMG est majoré de 30 % pour les familles monoparentales. Ce montant est conforme à l'engagement qui avait été pris par le Gouvernement au moment de l'examen du PLFSS.

La majoration du CMG concerne les gardes d'enfants réalisées à compter du 1^{er} octobre 2018. Selon une estimation de la direction de la sécurité sociale, cette mesure – qui n'est pas encore entrée en vigueur – bénéficierait à 53 % des familles monoparentales déjà bénéficiaires du CMG, soit près de 44 000 familles, pour un gain mensuel moyen de 70 euros par enfant gardé.

2. Article 37 – Harmonisation des barèmes et des plafonds de la prestation d'accueil du jeune enfant et du complément familial

L'article 37 de la LFSS aligne le montant de l'allocation de base à taux plein de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) sur celui du complément familial, ainsi que les plafonds de ressources pour en bénéficier.

Ces deux allocations, versées sous condition de ressources, ont en effet, dans un grand nombre de situations, vocation à se succéder : l'allocation de base de la PAJE est destinée aux parents d'un ou plusieurs enfants de moins de trois ans, alors que le complément familial est versé aux parents ayant au moins trois enfants à charge, âgés de plus de trois ans et de moins de 21 ans.

L'alignement des montants, qui permet d'accroître la cohérence et la lisibilité de ces deux prestations, se traduit par une baisse du montant de l'allocation de base à taux plein et à taux partiel. L'alignement des plafonds conduit par ailleurs à légèrement resserrer les conditions d'accès à l'allocation de base.

Par ailleurs, le montant du plafond de revenus applicable à la prime à la naissance ou à l'adoption étant fixé par référence au plafond applicable à l'allocation de base à taux plein, il en résulte un resserrement des conditions d'accès à la prime à la naissance ou à l'adoption.

L'article 37 prévoit également une revalorisation annuelle des montants de l'allocation de base et de la prime à la naissance ou à l'adoption, qui étaient gelés depuis 2014.

En application de cet article, le décret n° 2018-312 du 26 avril 2018 précité fixe les montants de l'allocation de base, exprimés en pourcentage de la base mensuelle de calcul des allocations familiales, et les montants du plafond de ressources applicable à l'allocation de base, à la prime à la naissance et à la prime à l'adoption.

Les modifications apportées par cet article s'appliquent au titre des enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} avril 2018.

Le montant mensuel de l'allocation de base à taux plein s'élève à 170,71 euros (85,36 euros à taux partiel) pour les enfants nés ou adoptés depuis le 1^{er} avril 2018, contre 184,62 euros (92,31 euros à taux partiel) pour les enfants nés ou adoptés avant cette date, soit une baisse de 13,91 euros par mois pour l'allocation perçue à taux plein et de 6,95 euros par mois pour l'allocation perçue à taux partiel.

Le montant de la prime à la naissance ou à l'adoption s'élève à 941,67 euros pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} avril 2018, qui ont bénéficié de la revalorisation, alors qu'elle est de 923,09 euros pour les enfants nés ou adoptés jusqu'en mars 2018. Les parents d'enfants nés ou adoptés à compter du mois d'avril 2018 bénéficient ainsi d'une augmentation de la prime à la naissance ou à l'adoption de 18,58 euros.

DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE ASSURANCE MALADIE

La loi de financement de la sécurité sociale porte un certain nombre de mesures destinées à redessiner l'architecture de notre système de santé, la plus emblématique étant le cadre générique dédié aux expérimentations. Dispositif inédit par sa portée, l'article 51 est un puissant levier de transformation qui ne saurait cependant masquer la réaffirmation de certains fondamentaux (vaccination, prise en charge des soins dentaires) ou le soutien à l'innovation (télémédecine).

1. Article 49 – Vaccination obligatoire des enfants

Prenant acte d'une insuffisante couverture vaccinale ainsi que de l'émergence de foyers épidémiques, l'article 49 vise à étendre l'obligation vaccinale pour les enfants de moins de 24 mois aux vaccins aujourd'hui recommandés. Au terme de la loi de financement, l'obligation vaccinale comporte onze vaccins. La mesure est entrée en vigueur à partir du 1^{er} juin 2018 et s'applique aux enfants nés au 1^{er} janvier 2018. L'article prévoit enfin une évaluation annuelle des conséquences de l'extension de l'obligation vaccinale, étant précisé, qu'à

l'occasion des débats de l'automne, la première évaluation sera rendue à compter du dernier trimestre 2019.

Pour donner plein effet à cette mesure de santé publique, le décret d'application a été publié sans tarder au début de l'année 2018⁽¹⁾. Le texte précise les modalités de mise en œuvre des conditions de réalisation des nouvelles obligations vaccinales pour les jeunes enfants et les modalités de la justification de la réalisation de ces obligations pour l'entrée ou le maintien en collectivités d'enfants.

Il prévoit, d'une part, que les vaccinations obligatoires sont pratiquées dans les dix-huit premiers mois de l'enfant, d'autre part, que lorsque les vaccinations obligatoires n'ont pas été pratiquées dans ces conditions, elles le sont suivant des modalités spécifiques déterminées par le calendrier vaccinal. À cet effet, le ministère des solidarités et de la santé a veillé à la mise en ligne du calendrier des vaccinations dès le mois de janvier 2018 même s'il ne s'agit pas, à proprement parler, d'une mesure d'application⁽²⁾.

Il dispose que les vaccinations sont réalisées par les « *professionnels de santé autorisés à cet effet* », cette mention permettant d'inclure les professionnels de santé œuvrant dans les établissements scolaires ou dans les services de protection maternelle infantile des départements et des communes ainsi que les médecins des centres pratiquant les examens de santé gratuits.

S'agissant de la justification de l'obligation vaccinale, le décret prévoit qu'elle sera faite sur la présentation d'un carnet de santé rénové. Pour les enfants de moins de deux ans, la certification de santé, exigible au titre des examens obligatoires entrant dans le champ des mesures de prévention sanitaire et sociale, devra aussi être produit. En l'absence de carnet de santé, il est encore possible de justifier du respect des obligations légales par une attestation fournie par « *un professionnel de santé autorisé à pratiquer les vaccinations* ».

Ces justifications sont demandées à l'admission dans les collectivités ou modes d'accueil mentionnés dans le décret et visées aux *a* à *f* du I de l'article R. 3111-8 du code de la santé publique. Il s'agit notamment des établissements d'enseignement, des crèches collectives, des accueils par une assistante maternelle agréée ou des centres de loisirs. L'admission provisoire dans les collectivités d'enfants est toujours possible sous réserve d'une régularisation et comporte une seule limite : l'admission provisoire n'est possible que lorsque la durée d'accueil est suffisamment longue pour permettre la régularisation dont la durée est fixée à trois mois. En d'autres termes, l'admission provisoire n'est pas compatible avec l'accueil en collectivité de courte durée, tels les centres de loisirs ou les colonies de vacances. Dans ces derniers cas, il est impératif d'être à jour des obligations vaccinales.

(1) Décret n° 2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire.

(2) http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2018.pdf.

Il faut se féliciter de cette mise en œuvre rapide tout en reconnaissant qu'un patient travail de sensibilisation de nos concitoyens et des professionnels de santé est toujours nécessaire pour atteindre le taux optimal de couverture vaccinale. Le ministère chargé de la santé a multiplié les supports d'information. Le site *vaccination-info-service.fr* comprend aujourd'hui un espace dédié aux professionnels de santé.

2. Article 51 – Cadre d'expérimentations pour les innovations

L'article 51 de la LFSS instaure un cadre général très large pour les expérimentations relatives à l'organisation de notre système de santé, et met en place un mécanisme de sélection, d'appui et d'évaluation pour ces expérimentations.

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 le fonctionnement de ce nouveau cadre expérimental.

L'arrêté du 27 mars 2018 fixant le montant de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour 2018 a permis de doter ce fonds de 20 millions d'euros, conformément à ce qui avait été annoncé lors de la présentation du PLFSS.

a. Des précisions sur le contenu de ces expérimentations

L'article 51 de la LFSS distingue deux grandes catégories d'expérimentations : les expérimentations visant à favoriser l'innovation organisationnelle et celles devant améliorer la pertinence de la prise en charge par l'assurance maladie des produits de santé. Le décret du 21 février 2018 a permis de préciser les différentes catégories d'expérimentations.

Article 51 de la LFSS	Décret n° 2018-125 du 21 février 2018
<p>Favoriser l'innovation organisationnelle, non seulement dans le secteur sanitaire, mais également dans le secteur médico-social :</p> <ul style="list-style-type: none"> – en optimisant par une meilleure coordination le parcours de santé, la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale ; – en organisant pour une séquence de soins la prise en charge des patients ; – en développant les modes d'exercice regroupés ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation ou développement d'activités de soins, de prévention et d'accompagnement au sein des secteurs sanitaire, médico-social ou social, bénéficiant : <ul style="list-style-type: none"> – d'un financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité ; – d'un financement par épisodes, séquences ou parcours de soins ; – d'un financement modulé par la qualité,

Article 51 de la LFSS	Décret n° 2018-125 du 21 février 2018
<p>– en favorisant la présence de professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.</p>	<p>la sécurité ou l'efficacité des soins ;</p> <ul style="list-style-type: none"> – d'un financement collectif de l'exercice coordonné. • Organisation et financement d'activités non prises en charge dans le droit existant, sous la forme : <ul style="list-style-type: none"> – d'une structuration pluriprofessionnelle des soins ambulatoires ou à domicile, de la promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences ; – d'une organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social ; – d'utilisation d'outils et de services numériques ;
<p>Améliorer la pertinence de la prise en charge par l'assurance maladie des produits de santé ou des prestations associées, et la qualité des prescriptions, en modifiant :</p> <ul style="list-style-type: none"> – les conditions de prise en charge des produits de santé onéreux et des prestations associées au sein des établissements de santé et le recueil d'informations relatives à l'utilisation de ces produits de santé ; – les modalités de rémunération des professionnels de santé et des établissements ; – les conditions d'accès au forfait innovation. 	<p>Expérimentations visant à améliorer l'efficacité ou la qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> – des prises en charge par l'assurance maladie des produits de santé et prestations de services et d'adaptation associés, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle ; – de la prescription de produits de santé et prestations de services et d'adaptation associés, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières ; – du recours au forfait innovation.

Source : commission des affaires sociales.

b. Des précisions sur la gouvernance

La gouvernance de ce cadre expérimental a été précisée par le décret du 21 février 2018 puis par trois arrêtés :

- un arrêté du 28 février 2018 relatif à la composition et au fonctionnement du conseil stratégique de l'innovation en santé ;

– un arrêté du 28 février 2018 portant nomination du représentant des directeurs généraux des agences régionales de santé au sein du comité technique de l'innovation en santé ;

– un arrêté du 28 février 2018 portant nomination des personnalités qualifiées et du vice-président du conseil stratégique de l'innovation en santé et du rapporteur général du comité technique et du conseil stratégique de l'innovation en santé.

Pour mémoire, cette gouvernance repose sur trois piliers :

– un comité technique, chargé d'étudier les projets d'expérimentations qui lui sont soumis et de donner un avis sur ces projets, ainsi que de suivre l'état d'avancement des expérimentations en cours et de formuler un avis sur leur éventuelle généralisation ;

– un conseil stratégique, introduit par amendement à l'Assemblée nationale, informé de l'état d'avancement des expérimentations, destinataire des rapports d'étape et d'évaluation ainsi que des avis du comité technique ;

– un rapporteur général, nommé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, chargé de l'instruction des dossiers, de l'organisation des travaux du comité technique et du conseil stratégique, ainsi que de la réalisation de l'évaluation des expérimentations.

La composition du comité technique et du conseil stratégique avait fait l'objet de nombreux débats, en commission puis en séance, au cours desquels le rapporteur général s'était engagé à ce que soient notamment représentés au sein de ce conseil stratégique « *les usagers, les professionnels de santé, les fédérations hospitalières* ». Cet engagement a été respecté par le Gouvernement.

*

Membres du conseil stratégique

• *Représentants:*

- du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
 - de la direction de la sécurité sociale
- de la direction générale de l'offre de soins
 - de la direction générale de la santé
 - de la direction générale de la cohésion sociale
- de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
 - de la direction générale des entreprises
- du Comité économique des produits de santé
 - d'agences régionales de santé (ARS)
 - de la Haute Autorité de santé (HAS)
 - de l'Union nationale des caisses de l'assurance maladie
- des agences nationales intervenant dans le secteur sanitaire
 - de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
 - de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie
 - de professionnels de santé, du champ sanitaire et médico-social ou de l'aide à domicile
 - de structures de soins primaires
 - d'établissements sanitaires et médico-sociaux
 - de patients et d'usagers du système de santé et du champ médico-social
 - de conseils départementaux
 - d'entreprises de produits de santé
- *Des personnalités qualifiées désignées en raison de leur connaissance du système de santé ou de leur compétence en matière d'innovation organisationnelle ou en économie de la santé*

Membres du comité technique

- Secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales
 - Directeur de la sécurité sociale
 - Directeur général de l'offre de soins
 - Directeur général de la santé
 - Directeur général de la cohésion sociale
- Directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- Un représentant des directeurs généraux d'ARS
- Directeur de l'Union nationale des caisses de l'assurance maladie

c. Des précisions sur la procédure

Le décret du 21 février 2018 précité ainsi qu'une circulaire ⁽¹⁾ ont permis de préciser les modalités de sélection et d'évaluation de ces expérimentations. Le choix a été fait d'une procédure très déconcentrée, les ARS y jouant un rôle majeur.

i. La transmission du projet au comité technique

Le décret précité prévoit que les porteurs de projets devront présenter un cahier des charges. Ces cahiers des charges pourront être accompagnés d'appels à projets. De tels appels à projets pourront également être proposés par le comité technique ou les ARS.

Ces projets de cahier des charges à portée régionale ou infrarégionale devront d'abord être soumis à l'ARS compétente, et seront transmis au rapporteur général si le directeur général de l'ARS émet un avis favorable.

Dans la pratique, les ARS ont eu pour consigne de ne demander d'abord qu'une simple lettre d'intention aux porteurs de projets, qui permettra de confirmer à un stade précoce la recevabilité du projet, puis de les accompagner dans la rédaction du cahier des charges, plus précis et plus complet.

En revanche, les projets à portée interrégionale ou nationale devront être soumis directement au rapporteur général. La circulaire précitée précise que les dossiers concernant exclusivement les produits de santé seront systématiquement traités au niveau national.

Le rapporteur général devra transmettre ensuite ces projets, accompagnés de son avis motivé, au comité technique.

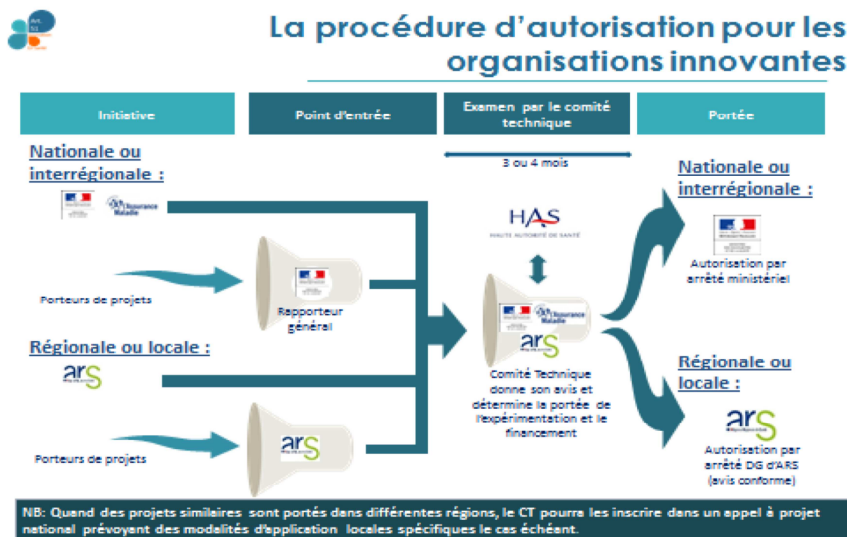
ii. Le traitement de la demande par le comité technique

Le comité technique devra émettre un avis sur le projet dans les trois mois, sauf dans le cas où l'avis de la HAS est nécessaire – auquel cas ce délai sera porté à quatre mois – ou si les éléments contenus dans le cahier des charges sont insuffisants – auquel cas ce délai sera suspendu jusqu'à réception des informations complémentaires demandées.

Le comité technique examinera notamment « *l'équilibre du schéma de financement, la pertinence des modalités d'évaluation proposées, la faisabilité opérationnelle et le caractère innovant, efficient et reproductible du projet* ». Il devra se prononcer sur les modalités d'évaluation, le financement ou non de l'expérimentation par le fonds dédié, et le champ d'application territorial du projet.

(1) Circulaire n° SG/2018/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018.

L'expérimentation sera *in fine* autorisée par arrêté du directeur général d'ARS pour les expérimentations régionales ou infrarégionales, et par arrêté ministériel pour les expérimentations interrégionales ou nationales.



Source : Circulaire n° SG/2018/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018, annexe 5.

iii. L'information des patients

L'article 51 prévoyait explicitement que son décret d'application devrait préciser les modalités d'information des patients.

Ce dernier précise que les professionnels de santé informent les patients de ces expérimentations, et que cette information vaut, sauf opposition de ce dernier, consentement au partage des données de santé entre les professionnels de santé concernés. Le cahier des charges devra détailler les informations à recueillir sur les personnes prises en charge, leurs modalités de recueil, d'utilisation et de conservation. Le décret précité précise la nature des données pouvant être recueillies ainsi que leurs modalités de transmission.

iv. La prévention des conflits d'intérêts

Suite à des amendements présentés par M. Gilles Lurton, co-rapporteur, sur le risque de conflits d'intérêts pouvant être induits par ces expérimentations, le rapporteur général s'était engagé lors du débat en séance à ce que « *les expérimentations qui auront lieu dans ce cadre, comme toutes les autres, [soient] soumises au droit commun en matière de lutte contre les conflits d'intérêts. Si besoin, au cas par cas, des dispositions relatives à ces conflits d'intérêts seront inscrites dans le cahier des charges* ».

Le décret du 21 février 2018 précité prévoit que le cahier des charges précise, au regard de l'objet de chaque expérimentation, les professionnels, organismes ou structures participant aux expérimentations qui devront remettre aux ARS compétentes des déclarations d'intérêts. Ces déclarations devront mentionner leurs liens d'intérêts, directs ou indirects au cours des cinq dernières années avec des entreprises pharmaceutiques ou fabricants de dispositifs médicaux. Les articles du code pénal relatifs à la corruption passive, au trafic d'influence et à la prise illégale d'intérêts trouveront également à s'appliquer.

v. Les évaluations

Le comité technique définira le cadre méthodologique des évaluations, sur la base d'orientations présentées par le conseil stratégique. Lorsque le niveau de complexité ou l'ampleur du projet le justifiera, le comité pourra s'appuyer sur des évaluateurs externes.

Au plus tard dans les six mois suivants la fin de l'expérimentation, ces évaluations seront transmises au comité technique puis au conseil stratégique, qui proposeront ou non leur généralisation. Ce rapport et ces avis seront transmis au Gouvernement qui devra présenter chaque année au Parlement un état des lieux des expérimentations achevées et en cours.

d. Dans la pratique : la mobilisation du ministère de la santé sur ce sujet

Le conseil stratégique a été installé le 5 avril 2018 par la ministre des solidarités et de la santé, et le comité technique se réunit deux fois par mois depuis fin janvier – avant même la publication du décret.

Cinq personnes travaillent aujourd'hui au sein de l'équipe de la rapporteure générale, et sont chargées du pilotage de ces expérimentations. Le choix a été fait d'un système au plus près du terrain : dans chaque ARS, un référent « article 51 » (en général de niveau directeur) a été nommé pour traiter ces dossiers, accompagner les porteurs de projets et de traiter les candidatures en cas d'appels à projets.

Les premières lettres d'intention ont été reçues au cours des derniers mois par les ARS. Volontairement, aucune date butoir pour présenter un cahier des charges n'a été imposée par le décret, ce qui explique qu'aucune expérimentation n'ait encore été autorisée, les acteurs de terrain préférant pour le moment consolider leurs projets.

Par ailleurs, pour accélérer la mise en place de ces expérimentations, le ministère des solidarités et de la santé et la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) ont lancé conjointement trois appels à manifestation d'intérêt, ouverts jusqu'au 31 juillet 2018, afin d'accélérer le lancement de projets au niveau national. Ces appels à manifestation d'intérêt ont été co-construits avec les sociétés savantes concernées.

Ils portent sur :

– le paiement à l'épisode de soins pour la chirurgie viscérale et digestive, de la colectomie dans le cancer du côlon, de la prothèse totale de hanche ou de genou, de la ligamentoplastie ;

– l'incitation à une prise en charge partagée, inspiré des *accountable care organizations* existant aux États-Unis, afin de permettre la mise en place de groupements d'acteurs de santé organisés au service d'une population, en bénéficiant d'un nouveau mode de financement, prenant la forme d'un intéressement collectif complémentaire aux financements de droit commun. Ces expérimentations doivent favoriser le décloisonnement de notre système de santé ;

– la mise en place d'un paiement forfaitaire en équipe de professionnels de santé en ville, en remplacement du paiement à l'acte, pour les patients atteints de pathologies chroniques, pour des populations spécifiques ou pour une patientèle.

Pour accompagner les acteurs intéressés, une bibliographie spécifique a été mise en ligne et un séminaire en ligne a été organisé par le ministère des solidarités et de la santé pour chacun de ces trois items.

3. Article 54 – Prise en charge de la télémédecine

L'article 54 prévoit le financement des actes de télé-expertise et de téléconsultation par la voie conventionnelle. Il institue aussi un nouveau cadre expérimental d'une durée de 4 ans pour la télésurveillance médicale.

Sur le fondement de cet article, un avenant n° 6 à la convention médicale a été paraphé. Il est aujourd'hui soumis à l'approbation des syndicats de médecins. L'accord prévoit deux nouveaux types d'actes :

– la téléconsultation. L'accord prévoit une entrée en vigueur à compter du 15 septembre 2018 après la modification préalable de la liste des actes et prestations. Les tarifs et modalités de prises en charge de ces consultations sont les mêmes que celles en vigueur pour les consultations de *visu* (de 25 à 30 euros selon les cas). La convention prévoit notamment la rémunération du médecin accompagnant le patient parallèlement à la facturation de la téléconsultation par le médecin télé-consultant ;

– la télé-expertise à compter de février 2019. Ouverte dans un premier temps à certaines catégories de personnes, elle s'élargira à tous les patients à partir de 2020. L'accord prévoit deux niveaux de tarifs qui combinent le niveau de l'expertise réalisée (1 ou 2) et de sa fréquence. Ainsi les télé-expertises de premier niveau, de niveau peu complexe, ouvrent droit à la rémunération du médecin requis à hauteur de 12 euros dans la limite de 4 actes par an, par médecin et pour un même patient. Pour les télé-expertises de second niveau, la rémunération du médecin requis s'élèvera à 20 euros dans la limite de 2 actes par an, par médecin et pour un

même patient. Le médecin requérant est également rémunéré, à hauteur de 5 euros par télé-expertise de niveau 1, et 10 euros par télé-expertise de niveau 2 (dans la limite de 500 euros par an).

Jusqu'en 2020, les actes de télé-expertise seront réservés à cinq catégories de patients regroupant jusqu'à 21,7 millions de personnes

- les patients en affection longue durée (ALD) ;
- les patients atteints de maladies rares ;
- les patients résidant en zones dites « *sous denses* » dès lors que s'appliquent les aides démographiques conventionnelles ;
- les patients résidant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ou dans des structures médico-sociales ;
- les patients détenus.

Source : commission des affaires sociales.

Parallèlement, le ministère chargé de la santé a poursuivi le déploiement des expérimentations relatives à la télésurveillance. Cinq pathologies chroniques font l'objet d'un télé-suivi (insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, insuffisance respiratoire, diabète et arythmie cardiaque). Pour chacune d'entre elles, un cahier des charges a été publié. Selon les dernières données transmises, désormais 251 patients sont suivis au titre du diabète, de l'insuffisance rénale chronique, de l'insuffisance cardiaque chronique et de l'insuffisance respiratoire chronique. Il faut également y ajouter quelque 600 patients inclus pour la prise en charge par défibrillateur automatisé implantable (DAI). Le ministère indique également qu'au 25 mai 2018, 39 industriels disposent de solutions de télésurveillance ayant été déclarées conformes par la CNIL au cadre réglementaire de la télésurveillance. Parallèlement, la direction de la sécurité sociale, la direction générale de l'offre de soins et la CNAM travaillent avec l'IRDES pour « *finaliser le cadre d'évaluation des expérimentations* ».

4. Article 62 – Report de l'application du règlement arbitral dentaire

L'article 62 vise à reporter l'entrée en application des dispositions litigieuses du règlement arbitral exceptionnel portant sur le rééquilibrage de l'activité dentaire au profit des soins conservateurs et chirurgicaux d'une part, sur la réévaluation des actes conservateurs des tissus dentaires d'autre part. Cette mesure a permis aux parties prenantes d'engager de nouvelles négociations et a permis d'aboutir à un accord.

Cet accord est intervenu le 21 juin 2018 et a été signé par la confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD) et Union dentaire d'une part, le directeur général de l'Uncam et le président de l'Unocam d'autre part. Aux termes de l'article L. 162-15, cet accord nécessite encore une approbation par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Son entrée en vigueur sera effective

« au plus tôt à l'expiration d'un délai de six mois à compter de l'approbation » comme le rappelle l'article L. 162-14-1-1 du même code.

Cet accord tend à favoriser le développement d'une médecine buccodentaire préventive et conservatrice à travers la revalorisation progressive des soins courants. Il prévoit un rééquilibrage de l'activité dentaire sur 5 ans à compter du 1^{er} janvier 2019 (606 millions d'euros sont consacrés aux revalorisations tarifaires) tout en proposant un mécanisme de plafonnement des actes soumis à l'entente préalable à travers trois paniers de soins. Tout patient nécessitant des soins prothétiques pourra demander à son dentiste plusieurs devis, selon trois paniers de soins définis :

- un panier dit « reste à charge 0 », intégralement remboursé ;
- un panier aux tarifs maîtrisés, *via* des prix plafonnés ;
- un panier aux tarifs libres.

L'accord qui a vocation à se substituer au règlement arbitral prévoit des mesures de prévention destinées à préserver la santé buccodentaire, notamment chez les enfants ou les jeunes ainsi que des dispositions pour une meilleure prise en charge des populations à risque, comme les patients diabétiques, sous traitement anticoagulants ou en situation de handicap mental. Il prévoit également l'amélioration de la prise en charge des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide à l'acquisition d'une protection en matière de santé (ACS) et stipule qu'il sera tenu compte des évolutions de la classification commune des actes médicaux pour la détermination du panier de soins des bénéficiaires.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

La Commission procède à l'examen du rapport d'information de MM. Olivier Véran et Gilles Lurton sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 lors de sa séance du jeudi 26 juillet 2018.

Cette réunion ne fait pas l'objet d'un compte rendu écrit. Les débats sont accessibles sur le portail vidéo du site de l'Assemblée à l'adresse suivante :

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.6483927_5b5976b592fa0.commissions-des-affaires-sociales--mecss-sur-la-demarche-qualite-des-ehpad--financement-de-la-secu-26-juillet-2018.

*

* *

*La Commission **autorise** le dépôt du rapport d'information sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.*

ANNEXE : ÉTAT DE L'APPLICATION DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2018 AU 18 JUILLET 2018

Numéros articles	Intitulé des articles	Actes d'application, rapports ou ordonnances appelés par le texte	Références des actes ou calendrier prévisionnel de publication*
Première partie	Dispositions relatives à l'exercice 2016		
1 ^{er}	Approbation des tableaux d'équilibre 2016	Aucun	–
2	Approbation du rapport annexé sur les excédents ou les déficits de l'exercice 2016 et tableau patrimonial (annexe A)	Aucun	–
Deuxième partie	Dispositions relatives à l'exercice 2017		
3	Rectification des dotations 2017 des branches maladie et AT-MP et prélèvement sur les recettes du Fonds CMU	Aucun	–
4	Suppression de la C4S	Aucun	–
5	Déplacement en deuxième partie de dispositions figurant initialement en troisième partie	Aucun	–
6	Rectification des tableaux d'équilibre 2017	Aucun	–
7	Rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM 2017	Aucun	–
Troisième partie	Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale pour l'exercice 2018		
Titre 1^{er}	Dispositions relatives aux recettes, au recouvrement et à la trésorerie		
Chapitre 1^{er}	Mesures relatives au pouvoir d'achat des actifs		

Numéros articles	Intitulé des articles	Actes d'application, rapports ou ordonnances appelés par le texte	Références des actes ou calendrier prévisionnel de publication*
8	Mesures de pouvoir d'achat en faveur des actifs	<p>Décret fixant le seuil de revenus en-deçà duquel s'applique la réduction de la cotisation familiale des travailleurs indépendants</p> <p>Décret fixant les modalités de cette réduction</p> <p>Décret fixant le seuil de revenus en-deçà duquel s'applique la réduction de la cotisation maladie des travailleurs indépendants</p> <p>Décret fixant les modalités de cette réduction</p>	Décret n° 2017-1894 du 30 décembre 2017
Chapitre II	Mesures en faveur de l'emploi et des entrepreneurs		
9	Transformation du CICE et du CITS en baisse pérenne de cotisations sociales pour les employeurs	<p>Arrêté fixant la limite dans laquelle la déduction forfaitaire spécifique peut être admise pour le calcul des allègements généraux</p> <p>Décret déterminant les conditions dans lesquelles l'octroi d'un échéancier de paiement par une URSSAF entraîne le bénéfice du même échéancier pour les cotisations AGIRC-ARRCO</p> <p>Arrêté approuvant la convention entre l'ACOSS et l'AGIRC-ARRCO, relative aux modalités de coordination entre les deux réseaux pour assurer l'unicité du recouvrement et de la relation avec les cotisants</p>	<p>En attente de publication</p> <p>Publication envisagée en septembre 2018</p> <p>En attente de publication</p>
10	Déplacement en troisième partie des dispositions de l'article 4 relatives à la rationalisation de la C3S	Aucun	-
11	Réduction du taux de la contribution sociale patronale sur les attributions gratuites d'actions	Aucun	-
12	Prolongation de l'assujettissement des avantages du congé de fin d'activité au forfait social	Aucun	-
13	Réforme de l'ACCRES et encouragement des petites activités	Aucun	-
14	Allègement des démarches des petits déclarants par la modernisation des titres simplifiés	Décret fixant la durée et déterminant les 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.	Publication envisagée en septembre 2018

Numéros articles	Intitulé des articles	Actes d'application, rapports ou ordonnances appelés par le texte	Références des actes ou calendrier prévisionnel de publication*
		Décret fixant 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, le stagiaire aide familial placé au pair, l'accueillant familial ou le particulier.	Publication envisagée en septembre 2018
		Décret fixant les modalités de transmission dématérialisée du décompte des cotisations et contributions, d'une attestation fiscale et du bulletin de paie ou du relevé mensuel de rémunérations et indemnités.	Publication envisagée en septembre 2018
15	Suppression du RSI et modification des règles d'affiliation à la CNAVPL	Décret en Conseil d'État précisant les modalités d'application du VII (dispositions transitoires : comité de pilotage, comité de surveillance, fonctionnement des caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants)	Décret n° 2018-174 du 9 mars 2018
		Décret fixant les conditions d'une égale représentation des femmes et des hommes à l'assemblée générale du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants	Décret n° 2018-174 du 9 mars 2018
		Décret fixant les modalités de répartition entre les branches de la dotation annuelle visant à couvrir les dépenses nécessaires à la gestion administrative du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants	Publication envisagée en septembre 2018 (entre en vigueur le 1 ^{er} janvier 2019)
		Décret relatif à la représentation des organisations représentatives des travailleurs indépendants au sein du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et aux instances régionales : règle permettant de déterminer le nombre de membres que chaque organisation peut désigner	Décret n° 2018-174 du 9 mars 2018 (dispositions qui seront complétées ultérieurement, entrée en vigueur le 1 ^{er} janvier 2019)
		Décret fixant les conditions selon lesquelles les travailleurs indépendants titulaires du RSA ou de la prime d'activité peuvent demander, par dérogation, à opter pour le paiement des cotisations minimales	Décret n° 2018-162 du 6 mars 2018

Numéros articles	Intitulé des articles	Actes d'application, rapports ou ordonnances appelés par le texte	Références des actes ou calendrier prévisionnel de publication*
15		Décret fixant le taux de la cotisation due au titre de la couverture des risques d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants entrant dans le champ d'application de l'article L. 622-1	Décret n° 2017-1894 du 30 décembre 2017
		Décret fixant la réduction du taux de la cotisation due au titre de la couverture des risques d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants	Décret n° 2017-1894 du 30 décembre 2017
		Décret fixant le plafond de revenus au-delà duquel la fraction de revenus supérieure peut faire l'objet du taux réduit de cotisation d'assurance maladie et maternité	Décret n° 2017-1894 du 30 décembre 2017
		Décret fixant le montant plafond de revenus des travailleurs indépendants ne relevant pas du régime microentreprises ou du régime déclaratif spécial, en dessous duquel la cotisation d'assurance maladie et maternité est calculée sur ce montant	Décret n° 2017-1894 du 30 décembre 2017
		Décret fixant les conditions dans lesquelles le taux de cotisation d'assurance maladie et maternité fait l'objet d'une réduction décroissante en fonction des revenus des personnes concernées	Décret n° 2017-1894 du 30 décembre 2017
		Décret fixant le taux de la cotisation d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants qui n'entrent pas dans le champ de l'article L. 622-1 (prestations maladie en espèces)	Décret n° 2017-1894 du 30 décembre 2017
		Décret relatif aux conditions de prolongation de la durée du maintien de droits aux prestations en espèces pour les personnes inscrites sur la liste des demandeurs d'emploi	Les dispositions existent déjà (articles R. 161-3 et R. 161-8-2 du code de la sécurité sociale)
		Conditions dans lesquelles les personnes exerçant simultanément plusieurs activités professionnelles indépendantes sont affiliées et cotisent au régime d'assurance vieillesse dont relève leur activité principale	Décret n° 2017-1894 du 30 décembre 2017

Numéros articles	Intitulé des articles	Actes d'application, rapports ou ordonnances appelés par le texte	Références des actes ou calendrier prévisionnel de publication*
15		Décret fixant les conditions selon lesquelles l'assuré peut justifier d'une activité relevant de l'article L. 631-1 exercée à titre exclusif afin de pouvoir demander la liquidation de sa pension de vieillesse et le service d'une fraction de celle-ci (retraite progressive)	Décret n° 2018-162 du 6 mars 2018
		Décret fixant la liste des organisations professionnelles représentatives devant procéder aux premières désignations de représentants des travailleurs indépendants et le nombre de membres qu'elles peuvent désigner	Publication envisagée en octobre 2018 (désignations pour siéger à compter du 1 ^{er} janvier 2019)
		Décret fixant les conditions et le montant de l'indemnité versée en cas de préjudice résultant du non-renouvellement des conventions antérieurement conclues entre les organismes délégataires et la Caisse nationale du RSI	Publication éventuelle, « <i>si le préjudice [...] présente un caractère anormal et spécial</i> ».
		Décret fixant les taux spécifiques tenant compte des différences existant entre les montants totaux des cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants selon qu'ils relèvent ou non des dispositions de l'article L. 640-1	Publication envisagée en septembre 2018 (entrée en vigueur le 1 ^{er} janvier 2019)
		Décret fixant les modalités de calcul du montant de la pension de base pour les périodes antérieures au changement d'affiliation	Publication envisagée en novembre 2018 (entrée en vigueur le 1 ^{er} janvier 2019)
		Décret relatif aux 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	Publication envisagée en novembre 2018 (entrée en vigueur le 1 ^{er} janvier 2019)
		Décret relatif à la mise en œuvre de l'expérimentation relative à l'acquittement des cotisations et contributions sociales provisionnelles des travailleurs indépendants sur une base mensuelle ou trimestrielle	Décret n° 2018-533 du 27 juin 2018

Numéros articles	Intitulé des articles	Actes d'application, rapports ou ordonnances appelés par le texte	Références des actes ou calendrier prévisionnel de publication*
15		Décret fixant la date de transfert aux organismes du régime général des contrats de travail des salariés des caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants	Publication éventuelle (date fixée par décret et au plus tard le 1 ^{er} janvier 2020)
		Décret fixant une date de transfert anticipé des contrats de travail des salariés dont l'activité relève uniquement des missions d'un seul type d'organisme du régime général	Publication éventuelle (« un décret, pris sur proposition du comité de surveillance, peut... »)
		Arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget de nomination du directeur du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants	Publication envisagée en janvier 2019
		Arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale désignant les personnalités qualifiées membres du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants	Publication envisagée en janvier 2019
		Arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget fixant le montant global de la dotation du Conseil et celle consacrée à l'action sanitaire et sociale	Publication envisagée en janvier 2019
		Arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget approuvant le schéma de transformation des services	Arrêté du 24 avril 2018
		Arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget fixant les modalités de transmission, par les organisations candidates pour désigner des membres au Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants, de tout élément justifiant leur représentativité	Arrêté du 3 mai 2018

Numéros articles	Intitulé des articles	Actes d'application, rapports ou ordonnances appelés par le texte	Références des actes ou calendrier prévisionnel de publication*
15		Rapport d'évaluation de l'expérimentation relative au paiement des cotisations sociales des travailleurs indépendants sur une base mensuelle ou trimestrielle, remis au Parlement par le Gouvernement	Publication envisagée fin 2019
		Ordonnance visant à modifier toute disposition législative, afin d'assurer la cohérence des textes et le respect de la hiérarchie des normes, de regrouper les dispositions qui le justifient dans le livre VI du code de la sécurité sociale et d'abroger les dispositions, codifiées ou non, devenues sans objet, à la suite des modifications opérées par l'article 11	Ordonnance n° 2018-470 du 12 juin 2018
16	Mesures exceptionnelles pour les entreprises de Saint-Martin et Saint-Barthélemy	Éventuel décret fixant les conditions du report au-delà du 1 ^{er} novembre 2018 de la mise en place du plan d'apurement conclu entre l'employeur et l'organisme de sécurité sociale des collectivités d'outre-mer de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy	Publication éventuelle
Chapitre III	Dispositions relatives à la fiscalité comportementale		
17	Augmentation des droits de consommation applicables au tabac et alignement de la fiscalité du tabac en Corse	Arrêté annuel conjoint des ministres de la Santé et du Budget d'indexation des droits de consommation applicables aux produits de tabac	À compter de janvier 2021
18	Verdissement de la TVS	Aucun	—
19	Modification de la taxe sur les boissons contenant des sucres ajoutés	Décret fixant, si nécessaire, les modalités d'application de la contribution perçue sur les boissons et préparations liquides pour boissons destinées à la consommation humaine	Publication éventuelle
Chapitre IV	Dispositions relatives aux recettes de la branche maladie		
20	Fixer les taux Lv et Lh pour 2018 et préciser les conditions d'application de la clause de sauvegarde	Décret fixant les modalités de déclaration des contributions versées par les entreprises au titre des taux Lv/Lh	Décret n° 2018-317 du 27 avril 2018

Numéros articles	Intitulé des articles	Actes d'application, rapports ou ordonnances appelés par le texte	Références des actes ou calendrier prévisionnel de publication*
21	Prorogation et augmentation de la participation des organismes complémentaires au financement des nouveaux modes de rémunération via une taxe	Le cas échéant, décret en Conseil d'État relatif au recouvrement de la participation à la prise en charge des modes de rémunération mentionnés au 13° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale due par les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 du même code	Pas d'obligation de publication, le texte disposant qu'un décret en Conseil d'État est pris « <i>le cas échéant</i> »
22	Contribution à la charge des établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques	Aucun	-
Chapitre V	Dispositions relatives à la modernisation de la branche recouvrement		
23	Simplification de l'affiliation, du recouvrement et de la gouvernance du régime de sécurité sociale des artistes auteurs	Décret en Conseil d'État précisant les modalités d'application relatives au conseil d'administration des organismes agréés pour l'affiliation des artistes-auteurs	Publication envisagée en novembre 2018
		Décret fixant le montant des revenus ou rémunérations en dessous duquel les artistes auteurs peuvent cotiser, à leur demande, sur une assiette forfaitaire	Publication envisagée en novembre 2018
		Décret fixant les pénalités encourues en cas de manquement à l'obligation de fournir le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques des artistes auteurs	Décret n° 2018-417 du 30 mai 2018
24	Modifications relatives à la Protection maladie universelle	Décret relatif au changement d'organisme de rattachement par l'organisme mentionné aux premier, deuxième ou troisième alinéas de l'article L. 160-17	Publication envisagée au deuxième semestre 2018
25	Modification des conditions d'affiliation au régime des Praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés	Aucun	-
26	Dispense d'affiliation des gens de mer qui bénéficient d'une protection sociale équivalente	Aucun	-
27	Centralisation de la passation des marchés de service bancaire du régime général	Aucun	-

Numéros articles	Intitulé des articles	Actes d'application, rapports ou ordonnances appelés par le texte	Références des actes ou calendrier prévisionnel de publication*
Titre II	Conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale		
28	Transferts entre branches et régimes de la sécurité sociale	Arrêté fixant le taux des frais d'assiette et de recouvrement	En attente de publication
		Modification des articles D. 862-1 et D. 862-6 du code de la sécurité sociale pour fixer les nouvelles modalités de financement du Fonds CMU	Décret n° 2017-1869 du 30 décembre 2017
		Décret en Conseil d'État fixant les conditions et modalités de reversement par la CNSA aux départements de la contribution versée par la CNAM, correspondant au remboursement par des États européens de l'APA perçue par des ressortissants de ces États	Décret en Conseil d'État n° 2018-521 du 27 juin 2018
29	Transfert des réserves du FCCPA à la CNRACL	Aucun	–
30	Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionnées à l'annexe 5	Aucun	–
31	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	Aucun	–
32	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	Aucun	–
33	Approbation des recettes (état C) et du tableau d'équilibre du FSV, de l'objectif d'amortissement de la dette sociale, des prévisions de recettes du FRR et de la section 2 du FSV	Aucun	–
34	Listes et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes	Aucun	–
35	Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)	Aucun	–

Numéros articles	Intitulé des articles	Actes d'application, rapports ou ordonnances appelés par le texte	Références des actes ou calendrier prévisionnel de publication*
Troisième partie			
Dispositions relatives aux dépenses pour l'exercice 2018			
36	Majoration du CMG pour les familles monoparentales	Décret précisant le montant maximal du CMG pour les familles monoparentales (majoration de 30 %)	Décret n° 2018-312 du 26 avril 2018
37	Harmonisation des montants et des plafonds de l'allocation de base de la PAJE et du complément familial	Décret fixant le plafond de revenus applicable à la prime à la naissance ou à l'adoption (par référence au plafond applicable à l'allocation de base à taux plein)	Décret n° 2018-312 du 26 avril 2018
38	<i>Rapport sur les modalités d'attribution des places en crèche</i>	<i>Censuré par le Conseil constitutionnel</i>	-
39	Objectif de dépenses de la branche famille	Aucun	-
Titre II			
Dispositions relatives à l'assurance vieillesse			
40	Revalorisation de l'ASPA et des anciennes allocations du minimum vieillesse	Décrets revalorisant l'ASPA et les anciennes formes du minimum vieillesse, ainsi que le plafond de ressources	Décret n° 2018-227 du 30 mars 2018 portant revalorisation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées Publication envisagée en mars 2018 Décret n° 2018-340 du 4 mai 2018 portant revalorisation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon
		Arrêté fixant les modalités de prise en compte (par application d'un abattement) des ressources issues de l'ASPA, l'AAH et l'ASI lors de l'examen de l'éligibilité à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)	En attente de publication
41	Fixation des dates de revalorisation des pensions de retraite et du minimum vieillesse au 1er janvier de chaque année	Aucun	-
42	Clarification de la nature juridique du régime additionnel obligatoire d'allocations viagères aux gérants de débits de tabacs	Aucun	-
43	Objectif de dépenses de la branche vieillesse	Aucun	-

Numéros articles	Intitulé des articles	Actes d'application, rapports ou ordonnances appelés par le texte	Références des actes ou calendrier prévisionnel de publication*
Titre III	Dispositions relatives à la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP)		
44	Indemnisation des victimes de maladies professionnelles à la date de première constatation médicale	Aucun	–
45	Dotation au FIVA, au FCAATA et transfert compensation sous-déclaration AT-MP	Aucun	–
46	Organisation des recours contre tiers	Aucun	–
47	Objectifs de dépenses de la branche AT-MP	Aucun	–
48	<i>Rapport sur l'exposition des salariés aux risques chimiques</i>	<i>Censuré par le Conseil constitutionnel</i>	
Titre IV	Dispositions relatives à la branche maladie		
Chapitre 1^{er}	Dispositions relatives à la prévention		
49	Vaccination obligatoire des enfants	Décret en Conseil d'État, pris après avis de la Haute Autorité de santé, relatif aux conditions d'âge relatives à certaines vaccinations obligatoires	Décret en Conseil d'État n° 2018-42 du 25 janvier 2018
		Décret en Conseil d'État déterminant les modalités d'apport de la preuve du respect de l'obligation vaccinale pour l'admission ou le maintien dans toute école, garderie, colonie de vacances ou autre collectivité d'enfants	Décret en Conseil d'État n° 2018-42 du 25 janvier 2018
50	Prise en charge de la consultation unique de prévention du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus	Décret en conseil d'État relatif à la participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article L. 160-13 s'agissant de la consultation unique de prévention du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus	Publication envisagée au premier trimestre 2019
Chapitre 1^{er}	Promouvoir l'innovation en santé		
51	Cadre d'expérimentations pour l'innovation	Décret en Conseil d'État précisant la liste des dispositions auxquelles il ne peut être dérogé qu'après avis de la Haute Autorité de santé et le délai dans lequel son avis est rendu	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

Numéros articles	Intitulé des articles	Actes d'application, rapports ou ordonnances appelés par le texte	Références des actes ou calendrier prévisionnel de publication*
		Décret en Conseil d'État fixant les catégories d'expérimentations, les modalités de sélection, d'autorisation, de financement, d'évaluation des expérimentations, les modalités d'information des patients, les missions et la composition du comité technique et du conseil stratégique	
		Arrêté fixant chaque année les ressources du fonds	Arrêté du 27 mars 2018 fixant le montant de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour 2018
52	<i>Accès des pharmaciens biologistes au dossier pharmaceutique</i>	<i>Censuré par le Conseil constitutionnel</i>	
53	Rapport sur les indemnités journalières maladie, notamment sur les arrêts courts ou itératifs	Remise du rapport au 1 ^{er} juin 2018	Rapport non encore remis au Parlement
54	Prise en charge de la télémédecine	Évaluation d'étape faisant l'objet d'un rapport transmis au Parlement avant le 30 septembre 2019 Rapport transmis au Parlement avant le 30 septembre 2021 sur l'évaluation médico-économique, sociale, qualitative et quantitative des expérimentations de télésurveillance	Comme prévu par le texte, le premier rapport d'étape sera transmis en 2019
55	Dynamisation de la procédure d'inscription des actes à la nomenclature	Décret prévu par l'article L. 4011-2-1 du code de la santé publique fixant la composition du collège des financeurs Arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale prévu par l'article L. 4011-2 du code de la santé publique fixant les priorités nationales en matière de protocoles de coopération	Décret n° 2018-5 du 3 janvier 2018 Arrêté du 30 janvier 2018 fixant les priorités nationales en matière de protocoles de coopération
56	Adapter les conditions de prise en charge des produits hospitaliers - liste en sus	Aucun	-
Chapitre III	Accroître la pertinence et la qualité des soins		
57	Renforcer l'efficacité et la pertinence des prescriptions hospitalières	Aucun	-

Numéros articles	Intitulé des articles	Actes d'application, rapports ou ordonnances appelés par le texte	Références des actes ou calendrier prévisionnel de publication*
58	Améliorer la pertinence de l'utilisation des produits de santé	Arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale prévu par le II de l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale relatif aux documents relatifs à la prescription intégrés par logiciels d'aide à la prescription.	Le texte prévoit la publication du décret au plus tard le 1 ^{er} janvier 2021. Les arrêtés seront publiés concomitamment.
		Arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale prévu par le II de l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale relatif à l'accessibilité des logiciels d'aide à la prescription aux services dématérialisés déployés par l'assurance maladie.	
		Décret en Conseil d'État au plus tard le 1 ^{er} janvier 2021 prévu par le V de l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale relatif à la certification obligatoire des logiciels d'aide à la prescription et d'aide à la dispensation des produits de santé et de leurs prestations associées	
		Décret en Conseil d'État relatif à la charte de qualité des pratiques professionnelles des personnes chargées de la présentation, de l'information ou de la promotion des dispositifs médicaux à usage individuel, des produits de santé autres que les médicaments et des prestations de service éventuellement associées	Ces trois mesures d'application font l'objet d'un même décret en Conseil d'État qui est actuellement en cours de concertation. Le texte sera transmis au Conseil d'État avant la fin du mois de juillet 2018.
		Décret en Conseil d'État relatif aux conditions de mise en œuvre de la procédure de certification des activités de présentation, d'information ou de promotion en faveur des produits de santé et prestations éventuellement associées mentionnée au 13° de l'article L. 161-37	
Conditions dans lesquelles les éléments relatifs aux circonstances et indications de la prescription sont transmis au service du contrôle médical par le prescripteur, le pharmacien ou, le cas échéant, par un autre professionnel de santé			

Numéros articles	Intitulé des articles	Actes d'application, rapports ou ordonnances appelés par le texte	Références des actes ou calendrier prévisionnel de publication*
59	Renforcer la régulation du secteur des dispositifs médicaux	Décret relatif à la mise à disposition par la CNAM de personnels au profit du CEPS prévu par le I de l'article L. 162-17-3-1 du code de la sécurité sociale.	Décret en Conseil d'État n° 2018-499 du 21 juin 2018
		Décret relatif à la mise à disposition par la CNAM du système d'information au profit du CEPS prévu par le II de l'article L. 162-17-3-1 du code de la sécurité sociale.	
		Décret en Conseil d'État relatif à l'application de l'article L. 165-2-1 du code de la sécurité sociale.	Décret en Conseil d'État n° 2018-522 du 27 juin 2018
		Décret en Conseil d'État relatif à l'application de l'article L. 165-3-3 du code de la sécurité sociale.	
		Décret en Conseil d'État relatif à l'application de l'article L. 165-4 du code de la sécurité sociale.	
60	Uniformiser et renforcer le mécanisme de demande d'accord préalable	Décret relatif au délai mentionné à l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale.	Décret n° 2018-557 du 30 juin 2018
		Décret en Conseil d'État relatif aux conditions d'application de l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale relatif à la décision d'accord préalable par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.	En attente de publication
61	Étendre la mise sous objectif et la mise sous accord préalable à tous les prescripteurs	Décret en Conseil d'État relatif à l'application de l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale.	En attente de publication
Chapitre IV	Moderniser le financement du système de santé		
62	Report de l'application du règlement arbitral dentaire	Aucun	-
63	Suppression de l'obligation de tiers-payant généralisé sur les dépenses d'assurance maladie obligatoire	Remise d'un rapport au Parlement avant le 31 mars 2018	Rapport remis au Parlement en avril 2018.
64	Rapport au Parlement portant sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et en situation de précarité	Remise d'un rapport au Parlement dans un délai de 6 mois à compter de la promulgation de la loi	Remise du rapport prévue au cours du troisième trimestre 2018.

Numéros articles	Intitulé des articles	Actes d'application, rapports ou ordonnances appelés par le texte	Références des actes ou calendrier prévisionnel de publication*
65	Déploiement de la facturation individuelle des établissements de santé pour les prestations hospitalières facturables à l'assurance maladie obligatoire autres que les actes et consultations externes	Décret calendrier de déploiement FIDES séjour	Décret n° 2018-513 du 26 juin 2018 relatif aux modalités calendaires de la généralisation de la facturation individuelle des établissements de santé visés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale
66	Abrogation de la dégressivité tarifaire	Aucun	-
67	Report de l'entrée en vigueur de l'intégration des dépenses de transport inter-établissements dans le budget des établissements de santé	Aucun	-
68	Déploiement de la réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation	Décret en Conseil d'État précisant les nouvelles modalités calendaires de la réforme, les modalités de calcul du coefficient de minoration pour les établissements privés anciennement sous OQN et les modalités de différenciation en fonction des catégories d'établissements	Décret n° 2018-224 du 30 mars 2018 relatif à la prise en compte d'allègements fiscaux et sociaux dans les tarifs des établissements de soins de suite et de réadaptation et au calendrier de la réforme du financement de ces établissements
69	Évolution des compétences financières des Agences régionales de santé (ARS)	Aucun	-
70	Mesure d'efficacité et d'adaptation de l'offre aux besoins du secteur médico-social	Décret fixant 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	Décret n° 2018-552 du 29 juin 2018 relatif à la caducité de l'autorisation des établissements sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'expérimentation territoriale d'un droit de dérogation reconnu au président du conseil départemental et au directeur général de l'agence régionale de santé
		Décret en Conseil d'État fixant les modalités selon lesquelles le contrat conclu avec le président du conseil départemental et le directeur de l'ARS peut prévoir une modulation du tarif des ESSMS en fonction des objectifs d'activité et prévoit l'affectation des résultats d'exploitation par le gestionnaire	Décret n° 2018-519 du 27 juin 2018 relatif à la modulation des tarifs des établissements et services sociaux et médico-sociaux en fonction de l'activité et à l'affectation de leurs résultats

Numéros articles	Intitulé des articles	Actes d'application, rapports ou ordonnances appelés par le texte	Références des actes ou calendrier prévisionnel de publication*
71	<i>Financement de la conférence des financeurs et du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie par la CNSA</i>	<i>Censuré par le Conseil constitutionnel</i>	-
72	Transfert des 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)	Aucun	-
73	Dotation de l'assurance maladie au FMESSP, à l'ONIAM et de la CNSA aux ARS	Aucun	-
74	Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité, maternité et décès	Aucun	-
75	ONDAM et sous-ONDAM	Aucun	-
76	Prévisions des charges concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)	Aucun	-
77	Mise en place d'une convention d'objectifs et de gestion (COG)	Aucun	-
78	Renforcement du dispositif de lutte contre la fraude	Aucun	-

* Selon l'échéancier de Légifrance s'agissant des décrets.