

Article 46 : Obligation de justificatifs de l'employeur en cas de contestation du caractère professionnel de la maladie

- Précise que l'employeur qui conteste le caractère professionnel de l'accident dans le cadre d'une action précontentieuse ou contentieuse doit produire les éléments relatifs à l'absence de matérialité ou de lien entre l'accident et le travail.

Article 47 : Fixation de l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail-maladies professionnelles pour 2018 (+2,3 %)

- Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : 13,5 milliards d'euros.
- Pour le régime général : 12,2 milliards d'euros.

~~**Article 48 : Remise au Parlement d'un rapport gouvernemental sur l'exposition des salariés aux risques chimiques**~~

- ~~▪ Ce rapport porte sur les conséquences de l'exposition sur la santé des salariés, les actions de prévention existantes, ainsi que les coûts de prise en charge induits pour la sécurité sociale.~~

TITRE IV : DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE ASSURANCE MALADIE

Chapitre I : Dispositions relative à la prévention

Article 49 : Vaccination obligatoire des enfants

- Étend l'obligation vaccinale, pour les enfants âgés de 0 à 18 mois, de 3 à 11 vaccins obligatoires. Les huit vaccins ajoutés, qui étaient jusqu'ici recommandés, sont les suivants : coqueluche, rougeole, oreillons, rubéole, hépatite B, méningocoque C, Haemophilus influenzae, pneumocoque.
- La mesure n'est pas rétroactive, concerne les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018 et entre en vigueur à partir du 1^{er} juin 2018.
- La HAS évaluera chaque année le taux de couverture vaccinal en s'appuyant sur des données épidémiologiques, sur des études sur l'efficacité et la tolérance de la vaccination, ainsi que des études médico-économiques. Cette étude sera publiée, par le Gouvernement et à compter du dernier trimestre 2019.

Article 50 : Remboursement à 100% d'une consultation de prévention des cancers du col de l'utérus et du sein pour les femmes de 25 ans

Article 51 : Cadre d'expérimentation pour l'innovation dans le système de santé

- Permet la mise en place, pour une durée maximale de cinq ans, d'expérimentations dédiées à la diversification des modes de financement des soins, à l'émergence de nouvelles organisations dans les secteurs sanitaire et médico-social afin d'améliorer le parcours du patient, et à l'expérimentation de produits de santé, grâce à un fonds de financement d'expériences.
- Ce fonds contribue à des expérimentations de remboursements pertinents des médicaments :
 - en incitant les professionnels de santé à une juste prescription, notamment des biosimilaires
 - en définissant de nouvelles modalités de prise en charge des médicaments onéreux et produits innovants pour les établissements de santé
 - en améliorant l'accès au forfait innovation pour les dispositifs médicaux.
- Le fonds participe à l'évaluation des projets expérimentaux, développe les modes d'exercices regroupés et de coopération des professionnels de santé, et lutte contre la désertification médicale.
- Les expérimentations à dimension régionale sont autorisées par arrêté des directeurs généraux d'ARS, et celles à dimensions nationales par arrêté des ministres en charge de la Sécurité sociale et de la Santé.
- Crée un comité technique composé des ministres de la Sécurité sociale, des représentants des ARS et de l'Assurance maladie en charge d'émettre un avis sur les expérimentations, sur leur financement et leur évaluation. Le comité technique devra saisir l'avis de la HAS sur les projets dérogeant à la loi.
- Les catégories, modalités de sélection et d'autorisation, de financement et d'évaluation des expérimentations ainsi que la composition et les missions du comité technique **seront précisées par décret.**
- Complète la gouvernance du nouveau cadre d'expérimentation, en introduisant, en plus du comité technique, un conseil stratégique chargé de la réflexion prospective, du suivi et de la formulation d'un avis autour de ces expérimentations. Les professionnels de santé, les établissements de santé et les associations de patients « auraient » vocation à siéger. Sa composition et ses missions **seront précisées par décret.**
- La mise en œuvre des expérimentations sera financée par le fonds pour l'innovation du système de santé, dont le montant est fixé annuellement par arrêté des ministres, par le FIR et par l'Assurance maladie au titre du risque maladie. Leur évaluation restera financée essentiellement pour l'innovation du système de santé. Pour l'année 2018, 20 millions d'euros sont prévus pour le fonds ainsi que 10 millions pour le FIR.

Article 52 : Extension de l'usage du dossier pharmaceutique aux pharmaciens biologistes

Article 53 : Remise d'un rapport gouvernemental au Parlement, au plus tard le 1er juin 2018, relatif aux dépenses des indemnités journalières au titre de la maladie, notamment concernant les arrêts courts ou itératifs, afin de mieux prévenir ces arrêts ou d'en améliorer les contrôles

Article 54 : Prise en charge de la télémédecine

- Bascule le financement de certains actes de télémédecine dans le droit commun de la sécurité sociale, qui jusque-là était assuré à titre dérogatoire dans un cadre expérimental.

- Organise la prise en charge de la téléconsultation par vidéotransmission et de la télé-expertise par l'assurance maladie. Dans l'attente de signature de l'accord conventionnel, le cadre expérimental restera en vigueur jusqu'au 1^{er} juillet 2019 au plus tard.
- Renouvelle le cadre expérimental, jusqu'au 30 juin 2019, de la télésurveillance par pathologie. Le financement des expérimentations sera réalisé par le FIR.

Article 55 : Dynamisation de la procédure d'inscription des actes à la nomenclature nécessaire à leur remboursement

- Facilite la procédure d'inscription au remboursement des actes libéraux réalisés en équipe, dont le financement n'était assuré aujourd'hui qu'à titre dérogatoire et limité dans le temps.
- Facilite la mise en place de protocoles de coopération entre professionnels libéraux.

Article 56 : Adaptation des conditions de prise en charge des produits hospitaliers de la liste en sus

- Supprime le mécanisme de minoration tarifaire qui conduisait à minorer de 40 euros le tarif d'hospitalisation lorsqu'un médicament de la liste en sus était utilisé.
- Crée un tarif unique de remboursement pour les médicaments à efficacité équivalente. Cela permet au Comité économique des produits de santé (CEPS) de proposer un tarif unifié pour les médicaments de même classe. Permet d'encourager les établissements de santé à prescrire des médicaments biosimilaires ou génériques.
- Permet au CEPS de fixer un prix limite de vente pour les médicaments de liste en sus ou rétrocedés.
- Permet de facturer directement le coût de la consommation de produits onéreux de la liste en sus aux patients qui relèvent d'un régime de sécurité sociale étranger.
- Favorise le recours à la recommandation temporaire d'utilisation (RTU) en introduisant une renégociation systématique des prix des médicaments en bénéficiant. Jusqu'à présent, le prix d'un médicament sous RTU était figé.

Chapitre III : Accroître la pertinence et la qualité des soins

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

- Depuis 2016, des objectifs contractuels d'amélioration de la qualité, de la pertinence et d'efficacité des soins (CAQES) sont prévus pour les établissements de santé dans l'objectif de proscrire les dépenses injustifiées.
- L'article crée, après évaluation des contrats conclus à compter du 1^{er} janvier 2018, un intéressement aux établissements, sous forme de dotations du FIR, pouvant aller jusqu'à 30 % des économies réalisées en fonction des résultats obtenus. L'intéressement existant, qui ne concernait jusqu'ici que les volets additionnels des CAQES, est étendu au volet obligatoire.
- Associe les commissions et conférences médicales d'établissement à la conclusion des CAQES.

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

- Encadre la visite médicale pour les dispositifs médicaux (DM) et prestations associées en instaurant une procédure de certification pour les activités de promotion, de présentation ou d'information, établies par la Haute Autorité de santé (HAS), et mise en œuvre à partir du 1^{er} janvier 2019 selon les modalités fixées par décret.

- Étend le principe de certification des logiciels d'aide à la prescription, centrée sur la prescription des médicaments, aux dispositifs médicaux. Les logiciels devront comporter l'affichage du prix du produit, les recommandations et avis de la HAS, et devront permettre la prescription sous la dénomination commune internationale.
- Encadre les démarchages publicitaires au sein des établissements de santé grâce au levier de la certification.
- Encadre l'information et les pratiques commerciales sur les dispositifs médicaux à travers une charte de qualité conclue, avant le 30 septembre 2018, entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et les syndicats ou organisations regroupant les fabricants ou distributeurs de produits.
- Limite la possibilité de faire de la publicité sur les dispositifs médicaux et leurs prestations associées. Le CEPS pourra fixer des objectifs chiffrés d'évolution des pratiques commerciales, promotionnelles et d'information sur les dispositifs médicaux. Une pénalité maximale à 10 % du chiffre d'affaires pouvant être appliquée en cas de non-respect des objectifs.
- Subordonne la prise en charge par l'assurance maladie d'un produit de santé et de ses prestations associées, à des renseignements sur les circonstances et les indications de la prescription portés par le professionnel de santé sur l'ordonnance.
- Ajoute aux missions des directeurs d'établissement public de santé celle de définir les conditions de réalisation et d'encadrement des activités de présentation, d'information ou de promotion des produits de santé ou de formation à leur utilisation.
- Les modalités d'application seront précisées par décret.
- Introduit une dérogation à l'interdiction de publicité des DM pris en charge par l'assurance maladie au bénéfice de ceux n'ayant pas d'impact important sur les dépenses d'assurance maladie, aux dispositifs médicaux individuels d'optique médicale et aux audioprothèses.
- Encadre, par voie de décret, les règles de « bonnes pratiques » relatives aux activités de formation professionnelle relatives à la connaissance ou à l'utilisation des produits de santé.
- Modifie le champ d'application de la législation de la législation encadrant la publicité en faveur des DM et de leurs prestations associées.

Les régimes de publicité au terme du projet de loi, censurés par le conseil constitutionnel

		Pub auprès du grand public	Pub auprès des professionnels de santé
DM, DM de diagnostics in vitro, prestations associées,	Remboursables	Interdiction, sauf pour les DM: <ul style="list-style-type: none"> - ayant un faible risque pour la santé humaine, - n'ayant pas d'impact important sur les dépenses d'assurance maladie, - les lunettes et audioprothèses 	Autorisation
	Non remboursables		Publicité