



Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2015

Rappel du calendrier :

- 29 septembre 2014 : réunion de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale (CCSS) et conférence de presse de Marisol Touraine, Christian Eckert et Laurence Rossignol à Bercy
- 30 septembre 2014 : diffusion de l'avant-projet
- 8 octobre 2014 : présentation en Conseil des ministres
- 28 octobre 2014 : vote en première lecture à l'Assemblée nationale
- 14 novembre 2014 : rejet en première lecture par le Sénat
- 18 novembre 2014 : échec de la commission mixte paritaire
- 25 novembre 2014 : vote en nouvelle lecture à l'Assemblée nationale
- 27 novembre 2014 : rejet en nouvelle lecture par le Sénat
- 1^{er} décembre 2014 : vote en lecture définitive à l'Assemblée nationale
- 3 décembre 2014 : saisine du Conseil constitutionnel par plus de soixante sénateurs
- 5 décembre 2014 : saisine du Conseil constitutionnel par plus de soixante députés
- 18 décembre 2014 : validation du Conseil constitutionnel
- 22 décembre 2014 : promulgation de la loi par le Président de la République
- 24 décembre 2014 : publication au Journal Officiel

Présentation du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2015

A la suite de la réunion de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale (CCSS), Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Christian Eckert, secrétaire d'Etat chargé du Budget, et Laurence Rossignol, secrétaire d'Etat chargée de la Famille, des Personnes âgées et de l'Autonomie, ont présenté les grandes orientations du PLFSS pour 2015 lors d'une conférence de presse le 29 septembre 2014. C'est un budget déficitaire qui est à nouveau programmé et, pour mémoire, il faut remonter à 1986 pour trouver le dernier équilibre des comptes du régime général de la Sécurité Sociale. A signaler également que les textes d'application peuvent être pris tardivement : par exemple, pour la LFSS pour 2014, au 1^{er} octobre 2014, seulement 44% des textes d'application ont été publiés (il reste 23 textes qui doivent être publiés).

Les grandes orientations du PLFSS pour 2015

Le gouvernement confirme une perte de recettes de l'ordre de 2,5 Mds € pour 2014 et une projection peu encourageante pour 2015. Ainsi, les données budgétaires et comptables sont les suivantes :

- 15,4 Mds € de déficit en 2014 (en incluant le Fonds de Solidarité Vieillesse) dont 11,7 Mds € pour le seul régime général
- 13,2 Mds € de déficit en 2015 dont -10,3 Mds € pour le Fonds de Solidarité Vieillesse

Concernant les économies que l'Etat souhaite réaliser, il convient de noter plusieurs axes majeurs :

- l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie est fixé à 2,1%
- la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés est visée par un plan d'économies de 2,9 Mds €
- gel des pensions vieillesse, la baisse de la prime de naissance au 2ème enfant (923 €), la réduction de la durée du congé parental et une baisse possible du plafond de revenus pour les exonérations de cotisations d'Allocation de Garde d'Enfant à domicile
- au niveau de l'Hépatite C, pour le SOVALDI (entre 800 Ms € et 1 Md € de coût pour l'Assurance Maladie), l'Etat va fixer un plafond de coût pour taxer le dépassement du chiffre d'affaires réalisé avec ce produit

Outre l'analyse des articles qui intéressent les acteurs de la chaîne de santé, cette note met en relief les textes d'application: ils sont surlignés en vert. L'article et la disposition censurés par le Conseil constitutionnel sont surlignés en rouge.

PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX EXERCICES 2012 ET 2013

Article 1er : approbation des tableaux d'équilibre, de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM), des éléments relatifs au fonds de réserve pour les retraites (FRR), du Fonds de Solidarité Vieillesse (FSV) et de la Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale (CADES) relatifs à l'exercice 2013

- ensemble des régimes obligatoires de base sécurité sociale : solde de - 13,1 Mds €
- régime général de sécurité sociale : solde de - 12,5 Mds €
- FSV : solde de - 2,9 Mds €

Article 2 : approbation du rapport sur la situation patrimoniale des régimes et organismes de sécurité sociale et décrivant les modalités de couverture du déficit constaté de l'exercice 2013

DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2014

Article 3 : financement exceptionnel pour les médicaments destinés au traitement de l'hépatite C

- mise en place d'un mécanisme progressif de contribution des entreprises exploitant le traitement de l'hépatite C
- la Haute Autorité de Santé établit la liste des médicaments concernés dans le traitement de l'hépatite C et la met à jour à chaque autorisation de mise sur le marché ou autorisation temporaire d'utilisation de médicaments
- un plafond de dépenses assumé par la solidarité nationale pour l'hépatite C est défini. Si le plafond est dépassé, un effort supplémentaire est demandé aux industriels sur la base du chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'entreprise concernée
- le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS) a la possibilité de conclure avec les laboratoires concernés une convention pour la répartition du montant total de la contribution entre les différentes entreprises
- **le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'évaluation du présent article avant le 15 octobre 2016.**

Article 4 : la dotation de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) pour 2014 est réduite et passe ainsi de 138 millions d'euros à 118 millions

Article 5 : rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre pour 2014

- déficit du régime général (-11,7 Mds €) et du Fonds de Solidarité Vieillesse (FSV) (-3,7 Mds €)

Article 6 : rectification de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) 2014 (178,3 milliards d'euros)

- dépenses de soins de ville : 80,9 Mds €
- dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité : 55,5 Mds €
- autres dépenses relatives aux établissements de santé : 19,7 Mds €
- contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées : 8,5 Mds €
- contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées : 9 Mds €
- dépenses relatives au fonds d'intervention régional : 3 Mds €
- autres prises en charge : 1,7 Mds €

TROISIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER POUR 2015

Titre 1^{er} : Dispositions relatives aux recettes, au recouvrement et à la trésorerie

Chapitre 1^{er} : rationalisation de certains prélèvements au regard de leurs objectifs

Article 7 : changement du mode de calcul de la Contribution Sociale Généralisée (CSG) sur les revenus liés aux retraites et au chômage

Un critère de revenu fiscal est mis en place et concernant l'assujettissement au taux réduit de CSG, une revalorisation du seuil est prévue en fonction de l'inflation.

Article 8 : adaptation de l'encadrement social pour missions occasionnelles dans le domaine sanitaire et social

- le cadre social est adapté aux activités occasionnelles accomplies par des professionnels sous forme de concours à des missions de service public, notamment dans le sanitaire et le social
- un dispositif particulier est proposé pour le versement des rémunérations et le recouvrement des cotisations dues au titre des sommes versées dans le cadre précisé
- un décret fixe les modalités d'application

Article 9 : aménagement par décrets des dispositions de la loi du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises

Article 10 : mise en place pour les personnes ayant des salariés à domicile d'une réduction forfaitaire patronale

Article 11 : cas particuliers de non-exonérations de cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales

Les rémunérations versées aux aides à domicile employées sous CDI ou sous CDD pour remplacer les salariés absents ou dont le contrat de travail est suspendu pour certaines structures.

Article 12 : fixation par décret du taux de cotisation au Fonds national d'aide au logement

Article 13 : encadrement renforcé des assiettes forfaitaires de cotisation de sécurité sociale

- une règle d'encadrement général est fixée et vise à limiter à 30% le taux d'abattement applicable à la rémunération réelle au titre de ces mécanismes d'assiette forfaitaire
- un encadrement limité aux rémunérations supérieures à 1,5 fois le montant du plafond de la sécurité sociale est également prévu
- un décret fixe les cotisations forfaitaires

Article 14 : refonte du mécanisme de la clause de sauvegarde sur le médicament (le "taux K" devient le "taux L")

- une contribution est versée par les laboratoires dès lors que l'évolution de leur chiffre d'affaires hors taxes dépasse le taux L
- le taux L est fixé à -1 %
- les médicaments pris en compte pour le calcul du chiffre d'affaires recourent notamment ceux bénéficiant d'une Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU)
- les principes essentiels du dispositif sont conservés (référence au chiffre d'affaires, progressivité de la contribution, encouragement à un dispositif de remises conventionnelles)
- les entreprises créées depuis moins d'un an non-redevables de la contribution en fonction de la progression du chiffre d'affaires sauf si la création résulte d'une scission / fusion d'une entreprise ou d'un groupe
- le montant de la contribution ne peut excéder 10 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les DOM au cours de l'année civile
- nouveau dispositif rendu plus efficace lorsque la clause de sauvegarde est activée
- extension du rôle du CEPS s'agissant du cas où le débat conventionnel n'a pas permis d'aboutir à un consensus (dispositif alternatif à la fixation unilatérale du prix facial)

Article 15 : simplification des démarches administratives et de la fiscalité pour les entreprises du secteur des dispositifs médicaux

- le seuil d'assujettissement pour la taxe sur les premières ventes de dispositifs médicaux est rehaussé et un rôle de recouvrement est confié au réseau des URSSAF
- les redevables actuels dont le chiffre d'affaires annuel est inférieur à 500 000 € sont dispensés de déclaration et exonérés de la taxe
- les redevables restants sont la déclaration et le paiement de la taxe concomitants à la déclaration et au paiement de la contribution sur les dépenses de publicité (dont ils sont redevables)
- deux dématérialisations sont prévues :
 - de la déclaration et du paiement de l'ensemble des contributions sur les produits de santé
 - des déclarations spécifiques effectuées auprès du CEPS et de l'ANSM

Article 16 : démarches contre les tiers responsables : extension à l'ensemble des caisses de sécurité sociale

- en cas de survenue de lésions causées par un tiers, la caisse d'assurance maladie doit en être informée **ainsi que, le cas échéant la complémentaire santé de la victime**
- il est possible pour les caisses nationales de conclure entre elles des conventions visant à confier ces recours à certaines caisses locales des régimes concernés.

Article 17 : taux augmenté de la contribution exceptionnelle des employeurs au financement de la solidarité sur les retraites « chapeau » les plus élevées

Article 18 : contribution sur les boissons et préparations liquides : boissons à base de soja contenant au minimum 2,9% de protéines issues de la graine de soja exclue du champ d'application

Article 19 : suppression de la prime de partage des profits

Article 20 : application des prélèvements sociaux lors de la clôture des PEA

Article 21 : sortie du champ d'application de la contribution sociale de solidarité (C3S) pour les sociétés coopératives artisanales et les sociétés coopératives d'entreprises de transport

Chapitre 2 : simplification du recouvrement

Article 22 : complémentaires santé et contrats d'assurance automobile : regroupement des taxes applicables

- les taxes applicables aux garanties de protection en matière de frais de santé sont simplifiées
- si les conditions ne sont pas respectées, une majoration du taux est prévue
- rationalisation du recouvrement :
 - URSSAF Ile-de-France pour les contrats d'assurance maladie
 - Direction Générale des Finances Publiques (DGFIP) pour les contrats d'assurance des véhicules terrestres à moteur

Article 23 : instauration d'une retenue des cotisations sociales "à la source" pour les secteurs disposant de caisses de congés payés

Fixation par décret des conditions permettant aux entreprises des secteurs qui le souhaitent de bénéficier du dispositif.

Article 24 : mise en place de nouvelles dispositions (contrôles, transactions) relatives aux relations entre les organismes de recouvrement et les entreprises cotisantes

- relations entre les cotisants et les organismes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale
- les engagements réciproques permettant d'améliorer la sécurité juridique et l'efficacité du recouvrement sont formalisés

- les délais des contrôles et encadrement des transactions conclues avec les organismes sont limités
- les directeurs d'entreprises versant des rémunérations à moins de dix salariés ou les travailleurs indépendants doivent rendre compte avant le 30 juin de chaque année des transactions conclues l'année précédente à l'autorité compétente de l'Etat

Article 25 : modification de la prise en charge des dettes sociales par l'Etat, en fonction du montant

Article 26 : exonération des cotisations et contributions dues par les employeurs dont l'activité économique a été affectée par l'interruption des dessertes maritimes en juin et juillet 2014 sur justification des obligations déclaratives et de paiement à jour

Article 27 : modification des modalités de recours engagés par les employeurs vis-à-vis des accidents du travail et maladies professionnelles : prise en charge sur l'ensemble de la période

- mesure visant à éviter que l'employeur n'ait à former plusieurs recours pour obtenir le remboursement des cotisations indument versées auprès de l'URSSAF quand la révision de son taux de cotisation par la CARSAT est la conséquence :
 - d'une décision de la CPAM
 - d'une décision juridictionnelle

Article 28 : simplification de l'action en remboursement de cotisations AT-MP indues

Article 29 : harmonisation de l'ensemble des régimes de sécurité sociale pour les remises de majoration et pénalité de retard et la télédéclaration

- le rôle du directeur des caisses de mutualité sociale agricole est renforcé pour les remises de majoration et pénalités de retard inférieures à un seuil fixé par **arrêté**
- les déclarations ainsi que les versements des non salariés agricoles dont les revenus sont les plus importants sont dématérialisés

Article 30 : suppression de la Caisse maritime d'allocations familiales (CMAF) et transfert de ses activités aux caisses d'allocations familiales

- les prestations familiales gérées par la CMAF sont transmises aux caisses d'allocations familiales
- les activités de gestion des prestations et de recouvrement sont également transférées à compter du 1^{er} janvier 2016

Chapitre 3 : relations financières entre les régimes et entre ceux-ci et l'Etat

Article 31 : possibilité d'emprunt pour l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) à la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) pour ses besoins de financement

- l'ACOSS pourra prêter à la CCMSA, contre rémunération, les sommes nécessaires à la couverture du besoin de financement courant
- un plafond d'emprunt est fixé sur une période triennale

Article 32 : réorganisation et modification du fonctionnement de la Caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) ; rapprochement du régime général

- rapprochement, pour l'ensemble des prestations, de l'organisation comptable et budgétaire de la CSSM de celle applicable aux caisses générales de sécurité sociale
- la tarification des séjours hospitaliers des assurés de Mayotte lorsqu'ils reçoivent des soins sur le territoire national relève désormais du droit commun

Article 33 : compensation des exonérations de cotisations prévues par la LFSS rectificative pour 2014 et affectation de 50 millions d'euros pour l'investissement immobilier du secteur médico-social

- les recettes (taxe sur les salaires, contribution sociale de solidarité des sociétés, droit de consommation sur les tabacs) internes sont réaffectées entre les branches et caisses de sécurité sociale
- attribution au FSV du produit de la fiscalisation des majorations de pensions pour enfants
- la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) bénéficiera d'une compensation des effets du Pacte de responsabilité et de solidarité à cause de l'inclusion de la Contribution Solidarité Autonomie (CSA) dans le champ des nouveaux allègements de cotisations
- correction marginale relative aux règles de la centralisation des contributions fiscales et sociales par l'ACOSS

Article 34 : modification des modalités de versement des prélèvements sociaux par l'Etat aux organismes sociaux au titre de l'"exit tax" sur les plus-values latentes sur les valeurs mobilières

Article 35 : approbation de la compensation des exonérations de cotisations prévues par le Projet de Loi de Finances (PLF) pour 2015 à hauteur de 3,7 milliards d'euros et figurant à l'annexe 5

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

Articles 36 à 38 : prévisions de recettes et tableaux d'équilibre des branches de la sécurité sociale et des organismes concourant au financement des régimes (annexe C)

- solde de l'ensemble des régimes obligatoires : -10,3 Mds € pour 2015 (prévision)
- solde prévisionnel du FSV : -2,9 Mds € pour 2015 (prévision)

Article 39 : plafond des ressources exceptionnelles ouvertes à certains organismes de sécurité sociale pour leurs besoins de trésorerie en 2014

- pour l'ACOSS : 36,3 Mds €
- pour la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole : 3,7 Mds €
- pour la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités territoriales : 600 M €

- pour la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines : 1,050 Mds €
- pour la Caisse nationale des industries électriques et gazières : 200 M €
- pour la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF : 400 M €
- pour la Caisse de retraite du personnel de la RATP : 15 M €

Article 40 : approbation du rapport fixant le cadrage 2015-18 (annexe B)

QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES POUR 2015

Titre 1^{er} : Dispositions relatives aux dépenses d'Assurance maladie

Chapitre 1^{er} : Amélioration de l'accès aux soins et aux droits

Article 41 : tiers payant intégral étendu aux bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)

- le tiers payant intégral est généralisé pour les bénéficiaires de l'ACS à compter de l'entrée en vigueur de la réforme des contrats ACS le 1^{er} juillet 2015
- fixation par décret des modalités du tiers payant pour les professionnels et établissements de santé souhaitant avoir un interlocuteur unique et précise la procédure à suivre

Article 42 : exonération des participations forfaitaires et des franchises pour les bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)

Le dispositif entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2015.

Article 43 : honoraires de dispensation du pharmacien exonérés en cas d'ordonnance complexe

Article 44 : facturation par les pharmaciens d'un honoraire de dispensation par boîte de médicament

Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application.

Article 45 : transfert au parent survivant en cas de décès de la mère de l'indemnisation du congé maternité et modification des conditions d'indemnisation du congé maternité

Un décret fixe les conditions dans lesquelles le père peut demander le report de sa période d'indemnisation.

Article 46 : harmonisation des circuits de financement des soins aux personnes détenues

Article 47 : création par décision des ARS de Centres d'Information, de Dépistage et de Diagnostic Gratuit des Infections (CIDDDGI)

- la fusion de la CDAG (Consultations de Dépistage Anonyme et Gratuit du VIH et des hépatites) et de la CIDDIST (Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles) est effective à compter du 1^{er} janvier 2016
- le financement de la nouvelle structure est confié à l'Assurance maladie

Article 48 : rapport au Parlement sur le dispositif permettant l'accès à la contraception aux mineures d'au moins quinze ans de manière gratuite et anonyme

Un rapport d'évaluation sera remis au Parlement avant le 1^{er} octobre 2015.

Article 49 : prise en charge des vaccins dispensés en centres de vaccination

- l'Assurance maladie prend en charge des dispensations de vaccins réalisés par les centres dans les mêmes conditions que les vaccins réalisés en ville ou par la Protection Maternelle et Infantile (PMI)
- les centres de vaccination prennent en charge le ticket modérateur (65%)

Article 50 : financement par l'assurance maladie d'associations d'usagers promouvant la santé publique

- le financement est réalisé au niveau national
- la liste est déterminée par arrêté
- les dotations sont gagées par un redéploiement de crédits consacrés à la démocratie sanitaire en provenance du Fonds d'Intervention Régional (FIR)

Article 51 : création d'une dotation complémentaire d'incitation à la qualité et à la sécurité des soins pour les établissements de santé ; contractualisation entre établissements et agences régionales de santé (ARS) sur la prévention de trois risques

- incitation financière pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé exerçant des activités de médecine, chirurgie et obstétrique. Le dispositif sera généralisé en 2016
- à titre transitoire, pour 2015, les rémunérations versées en crédits d'Aide à la Contractualisation (AC) et limitée à des établissements répondant à un appel à candidatures lancé dans le cadre du programme portant sur l'Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ)
- les risques couverts par le dispositif de contractualisation entre établissements et ARS sont les infections nosocomiales, les risques de rupture de parcours et les risques médicamenteux
- en cas de non atteinte des objectifs du contrat, des pénalités financières à l'encontre des établissements sont décidées par l'ARS

Article 52 : mise en place d'un financement propre aux hôpitaux de proximité

- définition des critères permettant à des établissements ayant les mêmes caractéristiques d'activité et de fonctionnement d'être qualifiés d'hôpitaux de proximité
- le modèle de financement est spécifique puisque seules les activités de médecine sont visées
- un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application notamment les modalités les modalités de révision de la liste des hôpitaux de proximité

Article 53 : expérimentation d'hôtels hospitaliers pour favoriser la chirurgie ambulatoire

- les prises en charge hospitalières sont optimisées
- une expérimentation de trois ans est prévue
- la liste des établissements est arrêtée après avis des ARS concernées
- un décret en Conseil d'Etat précise les conditions de mise en œuvre puis le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation au terme de l'expérimentation

Article 54 : création du statut de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA)

- le dispositif est réservé aux jeunes médecins généralistes installés depuis moins d'un an et exerçant dans les territoires identifiés par les ARS
- incitations financières diverses pour les PTMA
- les engagements individualisés dans le contrat sont élargis
- un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application dont les règles limitant les dépassements d'honoraires des médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents des tarifs conventionnels

Article 55 : mesures de soutien à l'activité ambulatoire en terrain isolé

- possibilité pour les médecins exerçant en terrain isolé de percevoir une rémunération complémentaire sous réserve notamment que son activité soit marquée par une forte saisonnalité
- un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application, notamment les critères caractérisant le territoire isolé

Article 56 : restructuration des champs d'intervention du fonds d'intervention régional (FIR) et réforme des modalités de gestion

- missions étendues à la démocratie en santé et à l'amélioration des conditions de travail des personnels des structures médico-sociales et des établissements de santé susceptibles d'être bénéficiaires du fonds
- amélioration de sa lisibilité autour de quatre axes :
 - prévention
 - amélioration de la qualité et coordination de l'offre de soins
 - permanence des soins et répartition territoriale des structures et professionnels
 - efficacité des organisations et conditions de travail de leurs personnels
- l'ensemble des paiements relatifs au FIR (sauf ceux directement versés aux professionnels de santé) est confié aux ARS : en cas de non consommation intégrale des crédits, ils seront reportés sur l'exercice de l'année suivante dans la limite d'un plafonnement
- le dispositif entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2016

Article 57 : extension du dispositif d'inscription accélérée au remboursement des actes innovants

- dispositions venant compléter le dispositif prévu par l'article 52 de la LFSS pour 2014
- deux types d'actes sont couverts :
 - actes pratiqués en établissement de santé et ne présentant pas de bénéfice clinique, mais ayant un impact médico-économique ou sur les dépenses de l'Assurance maladie
 - actes pour lesquels des expérimentations ont permis d'évaluer un niveau pertinent de tarification ainsi que le bénéfice clinique et / ou un bénéfice médico-économique
- conditions d'usage du « forfait innovation » : les conditions d'accès sont plus exigeantes en termes de données scientifiques
- un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application

Chapitre 4 : Promotion de la pertinence des prescriptions et des actes

Article 58 : renforcement du pilotage régional de la pertinence des soins en établissement de santé avec une contractualisation tripartite entre l'établissement de santé, l'ARS et l'assurance maladie

- contractualisation de deux types d'objectifs :
 - amélioration de la pertinence des soins, définis sur la base d'indicateurs de processus (pour une contractualisation large au niveau régional)
 - maîtrise du nombre des prescriptions, actes ou séjours non pertinents pour des établissements présentant un écart important avec les moyennes nationales et / ou régionales pour une même activité ou pratiques non conformes aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)
- refonte du dispositif de Mise Sous Accord Préalable (MSAP) pour les établissements de santé
- un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application dont les modalités de l'atteinte des objectifs fixés au contrat d'amélioration de la pertinence des soins

Article 59 : le Gouvernement remet au Parlement avant le 1^{er} juillet 2015 un rapport relatif à la diffusion des actions concernant la pertinence des soins au sein des équipes médicales hospitalières

Les moyens consacrés à la diffusion des bonnes pratiques sont évalués ainsi que la faisabilité d'extension à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle.

Article 60 : mise en place d'un nouveau mode d'inscription des dispositifs médicaux (DM) sur la liste des produits et prestations (LPP)

- intermédiaire entre la description générique et le nom de marque
- création d'une « description générique renforcée » pour identifier individuellement les dispositifs médicaux pris en charge par l'Assurance maladie pour lesquels la performance est prévisible et ne nécessitant pas d'évaluation clinique spécifique par la HAS
- un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application

Article 61 : extension de la gamme des génériques aux médicaments dont la substance active est d'origine minérale ou végétale

- la composition en substance, la forme pharmaceutique et l'activité thérapeutique doivent être équivalentes à la spécialité de référence
- aucunes différences significatives ne doivent être observées en termes d'efficacité thérapeutiques ni d'effets indésirables

Article 62 : règles applicables à la substitution des médicaments dispensés par voie inhalée

Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application.

Article 63 : possibilité de minorer le tarif national des prestations inscrites sur la liste en sus en fonction de leur fréquence de prescription

- création d'un forfait à la charge des établissements de santé pour les prescriptions dans la liste en sus d'un certain nombre de spécialités
- des arrêtés des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent le montant forfaitaire ainsi que la liste des prestations d'hospitalisation concernées

Article 64 : fixation annuelle d'un objectif de prescription des médicaments et des génériques

- ce taux est arrêté sur recommandation du conseil d'hospitalisation sur la base de l'analyse de l'évolution annuelle du nombre d'unités de conditionnement de ces médicaments rapporté au nombre d'unités de conditionnement des médicaments
- un objectif de progression du volume de prescription de ces médicaments et appartenant au répertoire des groupes génériques, résultant des prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein de l'établissement, corrélé à son activité et à sa patientèle, en lien avec le taux prévisionnel
- si à la fin de chacune des trois années de la durée du contrat, l'objectif n'est pas atteint par l'établissement, l'ARS peut ordonner à l'établissement de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses correspondant à l'écart entre le taux réalisé de prescription et l'objectif de progression de volume de prescription desdits médicaments prévus au contrat

Article 65 : possibilité pour les entreprises de taxis d'accéder au conventionnement assurance maladie pour le transfert assis de patients

Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application.

Chapitre 5 : Paiement des produits de santé à leur juste prix

Article 66 : mise en place d'un nouveau dispositif de l'écart médicament indemnisable sur les produits de rétrocession

- extension aux produits de la liste de rétrocession du mécanisme d'intéressement proche de celui existant pour les produits de la liste en sus par un maintien d'un dispositif d'incitation à la négociation des prix

- rapprochement de la prise en charge par l'Assurance maladie du prix réel d'achat par les établissements tout en leur permettant de conserver à leur bénéfice une partie de l'écart entre le prix d'achat et le tarif de remboursement
- un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe le montant des indemnisations

Article 67 : procédure plus rapide de fixation des prix des médicaments non pris en charge par les établissements de santé et financés par l'assurance maladie

Les modalités de fixation du tarif des médicaments facturables en sus des prestations d'hospitalisation sont modifiées.

Chapitre 6 : Amélioration de l'efficacité de la défense des établissements de santé

Article 68 : création d'une mise en réserve prudentielle sur le champ des établissements sous objectif quantifié national (OQN)

- montant mis en réserve fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale
- il pourra être différencié entre les deux secteurs de l'Objectif Quantifié National (OQN) : les activités de soins de psychiatrie et les activités de soins de suite et de réadaptation
- un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application

Article 69 : rapprochement des règles de tarification des soins urgents du droit commun de la facturation des soins

- passage de l'application des tarifs journaliers de prestation à celle des tarifs nationaux utilisés dans le cadre de la tarification à l'activité
- alignement du délai de facturation des soins urgents sur celui de l'Aide Médicale d'Etat

Chapitre 7 : Autres mesures

Article 70 : exclusion du champ de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (Oniam) des actes de chirurgie esthétique dont la visée n'est pas réparatrice

Article 71 : modification des tarifs des plasmas thérapeutiques

- mise en conformité avec la réglementation européenne
- redéfinition du champ des médicaments dérivés du sang pour y inclure le plasma industriel
- dérogation au circuit pharmaceutique pour le plasma industriel
- plasma industriel soumis à un double circuit de pharmacovigilance et d'hémovigilance

Article 72 : réforme de l'assurance décès

Un décret précise le montant forfaitaire.

Article 73 : extension jusqu'à fin 2017 de l'expérimentation visant à donner la possibilité à certains médecins hospitaliers de consulter le dossier pharmaceutique du patient hospitalisé

Article 74 : fixation de dotations et de contributions pour l'année 2015

- participation de l'assurance maladie au Fonds pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP) : 280,6 millions d'euros
- dotation de l'assurance maladie à l'ONIAM : 115 millions d'euros
- participation de l'assurance maladie à l'Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS) : 15,257 millions d'euros
- contribution de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) aux ARS : 103,17 millions d'euros
- fléchage de 20 millions d'euros pour l'adaptation de logements privés aux personnes âgées

Article 75 : mise en place d'un financement partagé pour les évaluations externes dans les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah)

Article 76 : remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement d'évaluation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus depuis 2008

Article 77 : fixation des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2015

- pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : 198 milliards d'euros
- pour la sécurité sociale : 173,6 milliards d'euros

Article 78 : fixation à 182,3 milliards d'euros de l'ONDAM pour 2014 et sa ventilation

Titre II : Dispositions relatives aux dépenses d'Assurance vieillesse

Article 79 : aide au rachat de trimestres de retraite pour les enfants des anciens harkis

Sous réserve qu'ils aient été âgés de 16 à 21 ans entre mars 1962 et décembre 1975.

Article 80 : adaptation des règles du cumul emploi-retraite au cas des danseurs du corps de ballet de l'Opéra national de Paris

- entrée en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2018
- un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités particulières d'application

Article 81 : fixation des objectifs de dépenses de la branche Vieillesse pour 2015

- pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale: 224 milliards d'euros
- pour le régime général de la sécurité sociale : 120,9 milliards d'euros

Titre III : Dispositions relatives aux dépenses de la branche des Accidents du travail et des Maladies professionnelles

Article 82 : fixation des dotations

- au fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA) : 380 millions d'euros
- pour la branche Accidents du Travail-Maladies Professionnelles au Fonds de Cessation Anticipée d'Activité des Travailleurs de l'Amiante (FCAATA) : 693 millions d'euros
- transfert à l'assurance maladie au titre de la sous-déclaration : 1 milliard d'euros

Article 83 : extension des indemnités journalières des branches maladie et accidents du travail des exploitants agricoles (Atexa) aux membres de la famille

Article 84 : objectifs de dépenses de la branche Accidents du Travail-Maladies Professionnelles pour 2015

- pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale: 13,5 milliards d'euros
- pour le régime général de la sécurité social : 12,1 milliards d'euros

Titre IV : Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Article 85 : modulation du montant des allocations familiales selon le niveau de ressources des bénéficiaires

- barème de définition du montant des allocations selon les ressources, défini par décret
- entrée en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} juillet 2015

Article 86 : fixation des objectifs de dépenses de la branche famille pour 2015

- ensemble des régimes : 54,6 milliards d'euros

Titre V : Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 87 : fixation du transfert du fonds de solidarité vieillesse (FSV) au titre du financement du minimum contributif pour 2015

- un décret fixe la fraction qui ne peut être inférieure à 50%

Article 88 : prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires en 2015

- fonds de solidarité vieillesse : 19,6 milliards d'euros

Titre VI : Dispositions relatives à la gestion des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement ainsi qu'au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article 89 : rationalisation des systèmes d'information de la branche famille

- effectif au 1^{er} juillet 2015
- dissolution des centres régionaux de traitement informatique le 30 juin 2015

Article 90 : proportionnalité des sanctions prononcées en cas de fraudes aux prestations famille et vieillesse

Article 91 : régularisation des déclarations à la suite d'un contrôle des cotisations sociales

Article 92 : ajout du montant des prestations en espèces dans le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS)

Article 93 : remboursement des réductions et exonérations de cotisations sociales en cas de recours au travail dissimulé

Article 94 : lutte contre la fraude aux cotisations sociales