



Projet de loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2014

Rappel du calendrier :

- 9 octobre 2013 : Présentation du PLFSS en Conseil des Ministres
- 15-16 octobre 2013 : examen du PLFSS 2014 à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale
- 22 au 25 octobre 2013 : examen du PLFSS 2014 à l'Assemblée nationale en séance publique
- 12 au 16 novembre 2013: examen du PLFSS 2014 au Sénat en séance publique
- fin novembre : Commission Mixte Paritaire, nouvelle lecture à l'Assemblée nationale puis au Sénat si échec
- courant décembre 2013 : saisine du Conseil constitutionnel
- courant décembre 2013 : décision du Conseil constitutionnel
- fin décembre 2013 : publication au Journal Officiel.

Présentation du Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014

Plusieurs points sont à mettre en exergue afin de mieux comprendre l'esprit du PLFSS 2014. Deux lignes se dégagent : la continuation de l'augmentation des recettes et la décélération des dépenses.

Le but affiché par le Ministère de la Santé comme du Ministère délégué au Budget est de diminuer le déficit de 2,9 milliards d'euros (Md€) afin de passer à 13Md€ de déficit :

- économie de 2,4Md€ pour l'Assurance maladie en 2014
- ajoutée aux 500 millions d'euros (M€) économisés dans l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) de 2013.

Postes d'économie

On remarque que cette ligne directrice est prioritaire face à des mesures plus « sociales » ou des investissements de solidarité.

- le premier concerne directement l'industrie pharmaceutique avec 980M€ de baisse du prix des médicaments. La baisse du coût des dispositifs médicaux est de 120M€.
- le deuxième concerne les établissements de santé pour 577M€, avec une très large part portant sur les produits de santé de la liste en sus : 138M€ (88 pour les médicaments, 50 pour les dispositifs médicaux).

Outre l'analyse des articles qui intéressent les acteurs de la chaîne de santé, cette note met en relief les modifications et ajouts d'articles lors de la lecture par la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale (15 et 16 octobre 2013). Ces amendements sont surlignés en jaune.

Dispositions relatives à l'exercice 2012

Article 1 : approbation des tableaux d'équilibre, de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et des éléments relatifs au fonds de réserve pour les retraites (FRR), à la section 2 du FSV et à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) pour l'année 2012

- ensemble des régimes obligatoires de base sécurité sociale : solde de - 15,1Md€
- régime général de sécurité sociale : solde de - 13,3Md€
- FSV : solde de - 4,1Md€.

Article 2 : approbation du rapport sur la couverture des déficits de l'année 2012 et du tableau patrimonial (Annexe A)

Dispositions relatives à l'exercice 2013

Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale

Article 3 : Mobilisation des excédents du fonds pour l'emploi hospitalier (FEH)

Transfert de 200M€ du FEH au profit de la Caisse nationale des agents des collectivités locales (CNRACL).

Article 4 : Mise en œuvre de la contribution des organismes assurant la couverture complémentaire en santé à l'avenant n°8 à la convention médicale

Mise en œuvre de la participation des organismes complémentaires dans le cadre d'un forfait annuel pour les médecins traitants à travers un dispositif transitoire par l'intermédiaire de l'assurance maladie, en l'absence d'un mécanisme de tiers payant intégral.

Cette participation, due pour chacune des années 2013 à 2016, se monte à 150M€.

Article 5 : rectification du montant de la dotation au FMESPP, à l'ONIAM et à l'EPRUS

Restitution de 27.623.999,18 € de l'Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences sanitaires (EPRUS) aux régimes obligatoires d'assurance maladie, allouée en majeure partie au Fond de Modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et à l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).

Article 6 : rectification des prévisions et objectifs relatifs à l'année 2013

- ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : solde de - 14,3Md€
- régime général de sécurité sociale : solde de - 13,5Md€
- FSV : solde de - 2,7Md€

Article 7 : rectification de l'ONDAM à 174,9Md€ pour 2013

Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale pour l'exercice 2014

Section I : dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement

Article 8 : refonte des prélèvements sociaux sur les produits de placement

Article 9 : financement des mesures prises en matière de retraites complémentaires obligatoires agricoles

Article 10 : création d'une cotisation déplafonnée pour le régime social des indépendants (RSI)

Déplafonnement partiel, à compter de 2014, de l'assiette des cotisations d'assurance vieillesse de base des artisans et commerçants affiliés au régime sociale des indépendants par la création d'une cotisation assise sur la totalité de la rémunération en sus de celle applicable sous plafond.

Article 11 : réforme des modalités de financement de la Haute Autorité de Santé (HAS)

Aujourd'hui constitué pour plus de la moitié par des taxes versées par le secteur des produits de santé et pour le reste d'une subvention de l'Etat et d'une dotation des régimes d'assurance maladie, les ressources de la HAS :

- seront uniquement constituées d'une subvention de l'Etat et d'une dotation des régimes d'assurance maladie
- les taxes versées actuellement par le secteur des produits de santé au financement de la HAS seront affectées à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Article 12 : fusion de la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires et de la taxe sur les premières ventes de médicaments

- ce sont deux taxes assises sur une assiette proche de celle du chiffre d'affaires hors taxes,
- instauration d'une contribution de base due par tous les exploitants d'1 ou plusieurs spécialité(s) pharmaceutiques à un taux de 0,2%
- instauration d'une contribution additionnelle pour les exploitants d'1 ou plusieurs spécialité(s) pharmaceutiques remboursables à un taux de 1,6%
- alignement des conditions fiscales des principes dont le prix de vente est identique à celui des génériques de leur groupe sur celles applicables aux spécialités génériques sous tarif forfaitaire de responsabilité (TFR)
- fixation d'un seuil minimum de perception des taxes due sur la première vente des dispositifs médicaux et de produits cosmétiques (exclut les très petites entreprises dont le montant des taxes est inférieur ou égal à 300€).

Article 13 : fixation du taux K de la clause de sauvegarde pour l'année 2014 à 0,4%.

Article 14 : intégration des déficits de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et de la Caisse nationale d'assurance familiale (CNAF) dans le champ des reprises de la CADES

- dans la limite de 68Md€, transfert des déficits cumulés du régime général (hors Accidents du Travail – Maladies Professionnelles) et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) pour 2009-2010 et des déficits prévisionnels des branches maladie et famille pour 2011

- dans la limite de 62Md€ et de 10Md€/an, transfert des déficits 2011-2018 de la branche vieillesse du régime général et du FSV
- achèvement de la mise en œuvre du second volet avec le transfert en 2019 du déficit de 2018 (premier volet achevé en 2011).

Article 15 : mesure de transfert de recettes

- 1,3Md€ des réserves accumulées au titre de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S et C3S additionnelle) est affecté au fonds de solidarité vieillesse (FSV)
- 3,04Md€ dans le cadre du projet de loi de finances pour 2014 sont réaffectés à la sécurité sociale dont 2,19 Md€ à la branche famille
- **dotation de 130M€ à la Caisse nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), prélevée sur les recettes de la CSG, pour financer les premières mesures de la réforme de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées**
- **transfert du produit de la taxe sur les boissons énergisantes et des recettes supplémentaires dues à l'augmentation de la Taxe Spéciale sur les Conventions d'Assurance (TSCA) pour les contrats dits « non responsables » afin de compenser la perte de recettes du FSV.**

Article additionnel : augmentation de la TSCA

Augmentation du taux de TSCA applicable aux contrats dit « non responsables » de 9% à 14%, dont le rendement serait affecté à la CNAMTS.

Article additionnel : institution d'une taxation de 100€/hl sur les boissons énergisantes

Sont concernées les boissons énergisantes contenant un minimum de 150 mg/l de caféine ou un seuil minimal de 300mg/l de taurine.

Article 16 : reconfiguration des exonérations en faveur de certains publics, notamment jeunes (apprentis, volontaires des services civiques, insertion par l'activité économique)

Article 17 : approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l'annexe V

- approbation du montant de 3,8Md€ correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale.

Section II Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 18 : approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires pour 2014

- prévisions de recettes : 464,7Md€ (+ 1,6 %)
- solde établi à - 10Md€ (amélioration de 2,8Md€ par rapport à 2013).

Article 19 : approbation du tableau d'équilibre du régime général pour 2014

- prévisions de recettes : 336,6Md€
- solde établi à - 9,6Md€ (amélioration de 1,8Md€ par rapport à 2013).

Article 20 : approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)

- prévisions de recettes : 17,2Md€
- solde établi à 3,2 Md€ (dégradation de 0,8Md€ par rapport à 2013)

Article 21 : approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)

Article 22 : simplification du mode de calcul des cotisations dues par les travailleurs indépendants

Article 23 : promotion de la Déclaration Sociale Nominative (DSN), du Chèque Emploi Service Universel (CESU) dans les Départements d'Outre-Mer et de la dématérialisation

- instauration d'une étape intermédiaire avant la généralisation du système de la DSN à tous les employeurs prévue pour le 1^{er} janvier 2016 : la bascule obligatoire des entreprises vers la DSN au-delà d'un nouveau palier déterminé par un décret à venir, en fonction du montant annuel de cotisations versées par l'entreprise
- accompagnement de cette mesure par un abaissement progressif des seuils de déclaration et de paiement dématérialisés pour les employeurs privés et publics ainsi que les tiers déclarants.

Article 24 : affectation de 65% des excédents de la section des actifs de la Caisse d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazierères (CAMIEG) à la CNAMTS

Section III Dispositions relatives au recouvrement, à la trésorerie et à la comptabilité

Article 25 : reconduction pour 2013-2017 du dispositif d'avance de trésorerie de l'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS) auprès de la Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines (CANSSM)

Prolonge pour 4 ans la possibilité offerte dans la LFSS 2013 de recourir à des avances de trésorerie auprès de l'ACOSS dans le cadre d'un plafond maximal fixé à 250M€.

Article 26 : liste et plafond de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes en 2014

- fixation du plafond d'emprunt de l'ACOSS à 34,5Md€
- fixation du plafond d'emprunt de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA) à 4,2Md€
- abaissement des autres plafonds applicables aux autres régimes (Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales, Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français et Caisse nationale des industries électriques et gazières).

Dispositions relatives aux dépenses pour l'exercice 2014

Section I : dispositions relatives aux dépenses d'Assurance Maladie

Article 27 : Prolongation des Expérimentations de Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR) au-delà de 2013

- prolongation jusqu'au 31 décembre 2014
- inscription dans la loi d'un délai de 3 mois à partir de la promulgation de la LFSS 2014 pour commencer les négociations en vue de conclure un accord conventionnel interprofessionnel

- inscription d'un principe d'équité de rémunération entre les professionnels de santé exerçant dans les centres de santé et d'un délai fixé à 9 mois au plus tard après la promulgation de la LFSS 2014 pour la renégociation de l'accord conventionnel interprofessionnel.

Article additionnel : définition d'un cadre générique pour les expérimentations de nouveaux modèles d'organisation et de financement des soins

Il fixe notamment une durée maximale de 4 ans et la réalisation d'une évaluation annuelle par les Agences Régionales de Santé (ARS). Publication d'un décret du Conseil d'Etat pour en fixer les modalités.

Article 28 : réforme du cadre d'autorisation des coopérations de l'article 51 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 (loi HPST)

- création d'un collège des financeurs chargé d'émettre pour chacun des protocoles de coopération transmis par l'Agence Régionale de Santé (ARS) un avis portant sur l'opportunité d'une prise en charge financière dérogatoire et sa durée, fondé sur le modèle économique du protocole
- possibilité pour les Ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale de mettre en place un financement dérogatoire de ces protocoles
- instauration d'un principe d'évaluation des protocoles autorisés, au terme d'une durée déterminée par la HAS en fonction du protocole.

Article 29 : expérimentation de financement d'actes de télémédecine

- autorisation d'expérimentation du financement d'actes de télémédecine pour accélérer le déploiement de nouveaux usages de la télémédecine pour les patients pris en charge en ville ou en structures médico-sociales (notamment les EHPAD)
- mise en place de l'expérimentation à compter du 1er janvier 2014, pour une période de 4 ans maximum, dans des régions pilotes
- expérimentations fondées sur un cahier des charges national défini par arrêté et pilotées par les ARS
- évaluation de l'expérimentation conduite par la HAS
- prise en compte des dispositions conventionnelles applicables aux pharmaciens d'officine.

Article 30 : amélioration de la prestation sociale des femmes affiliées au régime des Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnées (PAMC) en cas d'arrêt maladie lié à la grossesse

Article 31 : évolution du dispositif des Contrats d'Amélioration de la Coordination et de la Qualité des Soins (CACQOS) pour les transports

- renforcement du dispositif juridique qui a instauré un mécanisme de régulation de la dépense des transports pour les patients
- mise en place d'une expérimentation visant à développer des nouvelles modalités d'organisation et de régulation des modes de transports à compter du 1^{er} janvier 2014 pour une période maximum de 3 ans.

Article 32 : suppression du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS)

Suppression du FIQCS pour simplification, la majeure partie de ses missions étant assumées par le Fonds d'Intervention Régional (FIR) ; les dotations restantes seront versées directement par la CNAMTS.

Article 33 : réforme de la Tarification à l'Activité (T2A) des établissements de santé

- instauration d'un financement pour des établissements situés dans des zones à faibles densité de population et répondant à des critères d'isolement géographique (critères d'éligibilité fixés par un décret en conseil d'Etat)
- non-application lorsque le taux d'évolution ou le volume d'activités résulte d'une création ou d'un regroupement d'activités
- mise en place d'une facturation de consultations externes par des médecins salariés d'établissements privés, aujourd'hui non facturables à l'assurance maladie
- possibilité d'un mécanisme instaurant des tarifs nationaux dégressifs pour certaines prestations d'hospitalisation des établissements de santé.

Article 34 : expérimentation de la tarification au parcours pour l'insuffisance rénale chronique et le traitement du cancer par radiothérapie

- nouveau mode de financement du parcours de soins du patient souffrant d'insuffisance rénale chronique et nouveau mode de financement forfaitaire pour le traitement du cancer du sein et de la prostate (détaché du nombre de séances ou de la dose totale d'irradiation) comprenant tous les paramètres du traitement itératif du cancer par radiothérapie
- un décret du Conseil d'Etat en précisera les modalités précises de déploiement.

Article 35 : flexibilité des sous-objectifs de l'Ondam et assouplissement des règles de fongibilités

Autorisation pour les directeurs généraux d'ARS de transférer (dans la limite de 1% des dotations) des crédits entre les dotations régionales, dotation annuelle de financement (DAF) et fonds d'intervention régional (FIR), sans que cette opération soit rattachée à un transfert ou une création d'activité.

Article 36 : report de la facturation individuelle des établissements de santé

- mise en place d'expérimentations pour résoudre les difficultés rencontrées sur le plan technique et de l'organisation (dont les systèmes d'information) pour la généralisation de la facturation directe (FIDES) des établissements de santé, spécifiquement pour les séjours hospitaliers, en repoussant la date de généralisation de la FIDES à 2018 pour ceux-ci (contre 2016 pour les actes et consultations externes)
- fiabilisation et simplification de la répartition des charges hospitalières entre les régimes d'assurance maladie.

Article 37 : expérimentation de la délivrance de médicaments à l'unité

- expérimentation de la délivrance à l'unité d'antibiotiques au sein de pharmacies d'officine pour une durée de 3 ans, afin d'en mesurer l'impact médico-économique
- engagement de la responsabilité des acteurs de la filière pharmaceutique, définition des informations transmises au patient par le pharmacien par décret après consultation des professionnels concernés.

Article 38 : promotion des médicaments biologiques similaires

- mise en place d'un répertoire dit « des groupes biologiques similaires » par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) assorti d'éventuelles mises en gardes ou restrictions, afin d'informer les prescripteurs de l'existence de ces médicaments et de les inviter à prescrire
- autorisation de la substitution par les pharmaciens de biosimilaires à leur médicament biologique de référence seulement à l'occasion de la première délivrance

- accompagnement de cette substitution par les mentions sur l'ordonnance, le renseignement du dossier pharmaceutique et l'information entre le pharmacien et le prescripteur.

Article 39 : prise en charge des médicaments ayant bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisations (ATU)

- pérennisation de l'expérimentation de la facturation à prix libres des médicaments ayant bénéficié d'une ATU et utilisés pendant la période suivant l'octroi l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM)
- correction des difficultés identifiées telles que le délai de prise en charge limité à sept mois et l'insuffisance de l'encadrement financier de la prise en charge
- pérennisation de la prise en charge par l'assurance maladie de ces traitements entre l'octroi de l'AMM et la fixation du prix par le comité économique des produits de santé (CEPS) qui permet de préciser le champ des patients concernés
- maîtrise du coût de ce dispositif par un dispositif de versement obligatoire si le prix fixé par le CEPS est inférieur au montant jusqu'alors facturé par le laboratoire aux établissements de santé.

Article 40 : déclaration des remises sur les médicaments génériques consenties aux pharmaciens par les laboratoires pharmaceutiques

- instauration d'une déclaration des remises accordées aux pharmaciens pour chaque spécialité générique faite auprès du CEPS afin de permettre un dispositif de transparence sur les remises obtenues par les pharmaciens (actuellement dans une limite de 17 % du prix du fabricant)
- possibilité pour le CEPS de prononcer une pénalité en cas de non-déclaration ou d'erreur manifeste, pénalité qui ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fournisseur au titre du dernier exercice clos et des ventes de ces spécialités remboursables aux officines de pharmacie
- possibilité d'un contrôle mené par les URSSAF.

Article 41 : évolution du dispositif de la régulation de la liste en sus et du contrat de bon usage

- simplification de la gestion des produits de la liste en sus par les Agences Régionales de Santé (ARS) à travers la création d'un seul outil contractuel unique, qualitatif et quantitatif (au lieu des 2 outils que sont le Contrat de Bon Usage et un dispositif de régulation quantitative)
- possibilité pour l'ARS de conclure un avenant avec un établissement de santé pour plus d'efficience dans les pratiques de prescription
- possibilité pour l'ARS de prononcer la réduction de remboursement de 10% de la part prise en charge par l'assurance maladie en cas de refus de l'établissement de signer l'avenant ou de non-respect manifeste.

Article 42 : simplification des règles de tarification des actes innovants associés à des produits de santé

- instauration d'une inscription plus rapide à la nomenclature pour les nouveaux actes innovants associés aux dispositifs médicaux, afin que la procédure ait abouti dans les 6 mois suivants l'avis rendu par la Haute Autorité de Santé
- autorisation pour l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) de procéder à la hiérarchisation de l'acte si la procédure de droit commun n'a pas abouti en 5 mois.

Article 43 : renforcement de l'aide au sevrage tabagique à destination des jeunes

Triplement du montant de la prise en charge des substituts nicotiniques pour les jeunes adultes de 20 à 25 ans, avec des programmes d'aide au sevrage pour les bénéficiaires de la prescription.

Article 44 : tiers payant sur les consultations et examens préalables à la contraception chez les mineures d'au moins 15 ans

Instauration du tiers-payant pour les consultations et examens biologiques nécessaires à la contraception pour les mineures de plus de 15 ans.

Article 45 : réforme de la protection sociale complémentaire santé

- modification des conditions d'accès à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CM-c) pour les étudiants précaires et isolés et à l'aide au paiement d'une Assurance Complémentaire Santé (ACS)
- renforcement de l'attractivité de l'ACS en améliorant le rapport qualité-prix des contrats souscrits par la mise en concurrence des organismes complémentaires, **y compris les dépenses de prévention**
- **plaafonnement de la prise en charge des dépassemens d'honoraires pratiqués par les médecins à 150 % du tarif opposable**
- évolution des règles relatives aux contrats « solidaires et responsables » des contrats de couverture complémentaire santé ouvrant droit aux avantages fiscaux et sociaux, fixées par un décret qui les précisera pour assurer un niveau de couverture minimale des soins et éviter des dérives tarifaires en matière de soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale.

Article additionnel : maintien du droit à l'ACS pour les personnes bénéficiaires du minimum vieillesse en les dispensant d'une démarche de renouvellement

Article 46 : simplification de la législation relative aux indemnités journalières pour les travailleurs indépendants et les exploitants agricoles

Article additionnel : connaître le nombre de salariés pénalisés par les conditions actuelles d'ouverture au droit aux indemnités journalières

Article 47 : financement du plan d'aide à l'investissement dans le secteur médico-social pour 2014 et déconcentration des crédits aux agences régionales de santé

Reconduction pour 2014 du dispositif prévu dans la LFSS 2013 : 2 % des recettes de Contribution de Solidarité pour l'Autonomie (CSA) prélevé sur le budget de la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie), dont la gestion est confiée aux Agences Régionales de Santé (ARS).

Article additionnel : évaluation commune de plusieurs services complémentaires gérés par le même organisme gestionnaire

Article 48 : fixation du montant de la participation au titre de l'exercice 2014 des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP, de l'ONIAM, de l'EPRUS ; fixation des montants des contributions de l'assurance maladie et de la CNSA au financement des ARS

- fixation du Fonds pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP) : 263,34M€
- fixation de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) : 138M€
- fixation du Etablissement Public de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS) : 22,2M€
- dotation aux ARS : contribution des régimes obligatoires de l'assurance maladie de 162M€ et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de 91,37M€.

Article 49 : objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2014

- objectifs de dépenses pour l'ensemble des régimes de base: 194,1Md€ (+2,4 %)
- objectifs de dépenses pour le régime général : 169,9Md€ (+2,8%).

Article 50 : ONDAM et sous-ONDAM pour 2014

- fixation de l'ONDAM pour 2014 à 179,2Md€
- fixation du taux d'évolution de l'ONDAM à 2,4% pour 2014
- identification des dépenses du Fond d'Intervention Régional (FIR) au sein d'un nouveau sous-objectif de l'ONDAM pour améliorer la lisibilité des dépenses (au lieu de noter les différentes dépenses du FIR dans les différents sous-objectifs de l'ONDAM).

Article additionnel : nouveau mécanisme tarifaire entre les représentants des établissements thermaux et l'UNCAM**Article additionnel : remise au Parlement d'un rapport annuel sur la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des dépenses de santé et des facteurs d'évolution par le Gouvernement****Section II : dispositions relatives aux dépenses d'Assurance Vieillesse****Article 51 : objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2014**

- fixation des objectifs de dépenses pour l'ensemble des régimes obligatoires de base à 221Md€
- fixation des objectifs de dépenses pour le régime général à 117,2Md€.

Section III : dispositions relatives aux dépenses de la branche Accidents de Travail et de Maladies Professionnelles (AT-MP)**Article 52 : dotation de la branche AT-MP au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et au Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA) et montant du transfert au titre de la sous-déclaration AT-MP pour 2014****Article 53 : extension du régime des marins des dispositions relatives à la faute inexcusable de l'employeur****Article additionnel : extension du remboursement à l'ensemble de la période à laquelle s'appliquent les bases de cotisation rectifiées dans la branche AT-MP****Article 54 : objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnels pour 2014**

- fixation des objectifs de dépenses pour l'ensemble des régimes obligatoires de base à 13,3Md€
- fixation des objectifs de dépenses pour le régime général à 12Md€.

Section IV : dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Article 55 : majoration de 50% du complément familial pour les familles sous le seuil de la pauvreté

Pour les familles nombreuses les plus fragiles, à partir du 1^{er} avril 2014, cette mesure représentera une majoration de 17€ du montant mensuel (pour la métropole) et 10€ (dans les DOM) et bénéficiera à environ 400.000 familles.

Article 56 : modulation de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) et alignement progressif de son montant sur celui du complément familial

Pour les enfants nés/adoptés à partir du 1^{er} avril 2014 et à compter de 2017 pour tous les autres enfants :

- versée à taux plein lorsque les ressources ne dépassent pas un seuil défini par décret
- divisée par 2 pour les familles ayant des ressources dépassant un certain seuil.

Article 57 : suppression du complément de libre choix d'activité (CLCA) majoré et modification des conditions d'accès au CLCA à taux partiel pour les non-salariés

- uniformisation du CLCA à un même montant pour tous les allocataires (suppression de sa majoration)
- droit au CLCA des travailleurs non-salariés conditionné à la condition que le montant d'une rémunération de l'activité à temps partiel soit inférieur à un montant fixé par décret.

Article 58 : plafonnement du complément de libre choix du mode de garde (CMG) dit « CMG structure » et suppression de la condition d'un revenu minimal d'activité pour le CMG

Article 59 : définition des paramètres de calcul de l'allocation de logement familial (ALF) pour 2014

Article additionnel : non révision des montants versés aux unions d'associations familiales pour la première part du fonds spécial destinée aux activités institutionnelles

Article 60 : fixation des objectifs de dépense de la branche famille à 59,2Md€ pour 2014

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

Article 61 : fixation du transfert du fonds de solidarité vieillesse au titre du financement du minimum contributif pour 2014

- fixation des dépenses de prise en charge à 3,4 Md€ pour le régime général
- fixation des dépenses de prise en charge à 400 M€ pour le régime des salariés agricoles
- fixation des dépenses de prise en charge à 100 M€ pour le régime des indépendants.

Article 62 : prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires en 2014

Fixation des prévisions des charges des organismes du financement des régimes obligatoires pour le fonds de solidarité vieillesse (FSV) à 20,4 Md€.

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

Article 63 : recouvrement des dettes et créances européennes et internationales

Transfert de la gestion des dettes et créances internationales d'assurance maladie (c'est-à-dire la prise en charge des soins de santé par l'Etat de séjour temporaire d'une personne affiliée en assurance maladie dans un autre Etat actuellement réalisée par le CLEISS) à la CNAMTS.

Article 64 : unification de la gestion des prestations des branches maladie et accidents du travail des exploitants agricoles

Article 65 : exemplarité des donneurs d'ordre publics

Alignment du régime des donneurs d'ordre publics avec celui des donneurs d'ordre privé, qui oblige les donneurs d'ordre à exercer leur diligence lorsque ceux-ci sont mis au courant de la situation irrégulière de l'entreprise avec laquelle ils ont contracté : le donneur d'ordre est donc solidaire en cas de poursuite des irrégularités. Cette mesure maintient pour les donneurs d'ordre publics la possibilité de rompre le contrat sans frais ce qui se justifie par la nature du contrat et son régime de droit public.

Article 66 : extension aux employeurs de salariés agricoles des pénalités applicables en cas de fausse déclaration AT-MP

Article 67 : perception frauduleuse d'aides au logement via des sociétés écran

Article 68 : harmonisation des sanctions en matière de fraudes aux prestations sociales

Article additionnel : estimation du montant des indemnités journalières complémentaires à travers l'introduction d'une disposition dans ce sens dans la déclaration sociale nominative (DSN)

Article additionnel : prise en compte du week-end et des jours fériés dans le calcul du délai maximal donné au médecin contrôleur mandaté par l'entreprise pour transmettre son rapport à l'assurance maladie sur les arrêts de travail et indemnités journalières

Pour tous renseignements complémentaires, n'hésitez pas à contacter :

- Sophie Truchot : 01 40 46 78 00; sophie.truchot@nile-consulting.eu
- Olivier Mariotte : 06 07 94 61 73, Olivier.mariotte@nile-consulting.eu

Cette note est libre de droit et de diffusion.