



## Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2014

### Rappel du calendrier :

- Projet de loi déposé : 9 octobre 2013
- Voté en première lecture à l'Assemblée Nationale : 29 octobre 2013
- Rejeté en première lecture par le Sénat : 14 novembre 2013
- Echec de la Commission Mixte Paritaire : 18 novembre
- Voté en nouvelle lecture à l'Assemblée Nationale : 26 novembre 2013
- Rejeté en nouvelle lecture par le Sénat : 28 novembre 2013
- Voté en lecture définitive à l'Assemblée Nationale : 3 décembre 2013
- Saisine du Conseil constitutionnel par les Députés : 4 décembre 2013
- Saisine du Conseil constitutionnel par les Sénateurs : 5 décembre 2013
- Validation du Conseil constitutionnel : 19 décembre 2013
- **Publication au Journal Officiel** : 24 décembre 2013

**Les décrets et arrêtés à venir** sont surlignés en vert.

**Les dispositions et articles censurés par le Conseil Constitutionnel** sont surlignés en rouge.

### Présentation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014

Plusieurs points sont à mettre en exergue afin de mieux comprendre l'esprit de la LFSS 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 face à 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).

## 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 Fonds de Solidarité Vieillesse (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 2015, 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 - 14,2Md€
- régime général de sécurité sociale : solde de - 13,3Md€
- FSV : solde de - 2,7Md€

**Article 7 : rectification de l'ONDAM à 174,8Md€ 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**

Harmonisation des modalités d'application des contributions et prélèvement sociaux sur les produits de placement à un taux de 15,5%. Le champ d'application est réduit aux seuls contrats d'assurance-vie exonérés d'impôt sur le revenu et exclut donc les PEL, les PEA et l'épargne salariale.

**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 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, sauf pour 2014 et 2015.

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

Aujourd'hui constituées 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**

- instauration d'une contribution de 0,17% due par tous les exploitants (fusion des deux taxes assises sur une assiette proche du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine)
- instauration d'une contribution additionnelle de 1,6% pour les exploitants de spécialités pharmaceutiques remboursables
- alignement des conditions fiscales des princeps, qui ont un prix de vente identique à celui des génériques de leur groupe, sur celles des génériques sous tarif forfaitaire de responsabilité (TFR)
- fixation d'un seuil minimum de perception des taxes de la première vente des dispositifs médicaux et produits cosmétiques, sauf pour les TPE avec des taxes inférieures ou égales à 300€
- actualisation de la déclaration des ventes de l'année précédente pour l'ensemble des médicaments et DM : maintien de l'exhaustivité du champ, le champ des déclarants est désormais établi par référence à la nouvelle contribution de base sur le chiffre d'affaires
- sont exclus de la contribution les produits dérivés du sang, y compris s'il s'agit de médicaments non conformes au principe du don de sang bénévole en cas d'offre insuffisante.

#### **Article 13 : création d'une troisième tranche de taxe à 20% pour la contribution due par les grossistes répartiteurs**

- création d'une troisième tranche de 20% sur la fraction du chiffre d'affaires hors taxes réalisée par l'entreprise, correspondant au montant de la marge rétrocédé aux pharmacies
- diminution de la taxe applicable sur la première tranche de la contribution, constituée par le chiffre d'affaire HT, de 1,9% à 1,75%.

#### **Article 14 : autorisation de recommander par branche professionnelle un ou des même(s) organisme(s) complémentaire(s)**

- institution de la possibilité pour les partenaires sociaux de recommander un ou plusieurs organismes assureurs par branche professionnelle **avec une incitation : les entreprises choisissant un autre organisme payent un taux majoré de forfait social sur les contributions le 1<sup>er</sup> janvier 2014**
- instauration d'une procédure de mise en concurrence des organismes avant recommandation
- remise d'un rapport annuel par les organismes et institutions responsables sur la mise en œuvre de l'accord et des contrats au ministre chargé de la sécurité sociale.

#### **Article 15 : fixation du taux K de la clause de sauvegarde pour l'année 2014 à 0,4%.**

#### **Article 16 : 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 Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)**

#### **Article 17 : mesure de transfert de recettes**

- 1,3Md€ de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S et C3S additionnelle) est affecté au fonds de solidarité vieillesse (FSV)
- 3,04Md€ réaffectés à la sécurité sociale dont 2,19 Md€ à la branche famille
- dotation de 100M€ 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 perte d'autonomie
- remise d'un rapport avant le 1<sup>er</sup> septembre 2014 par le Gouvernement au Parlement sur l'affectation de la dotation de 100M€ pour la CNSA dont il est souhaité que 25M€ aillent au fonds d'aide d'urgence pour le domicile et 75M€ pour le plan d'aide à l'investissement (PAI)

- transfert des produits de la taxe sur les boissons énergisantes et 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
- minoration des droits de consommation sur les tabacs affectés à la branche des prestations familiales des salariés agricoles et transfert de la somme restante à la Caisse nationale d'assurance vieillesse
- remise d'un rapport sur les réformes envisageables du financement de la sécurité sociale du Gouvernement remis au Parlement avant le 30 avril 2014 pour 2015 et les années suivantes
- dotation de 30M€ du produit de la CASA affecté à la CNSA

**Article 18 : institution d'une taxation de 100€ par hectolitre sur les boissons énergisantes**

Sont concernées les boissons énergisantes contenant un minimum de 220 mg/L de caféine.

**Article 19: augmentation de la Taxe Spéciale sur les Conventions d'Assurance (TSCA)**

Augmentation du taux de TSCA applicable aux contrats dit « non responsables » de 9% à 14%.

**Article 20 : reconfiguration des exonérations en faveur de certains publics, notamment jeunes (apprentis, volontaires des services civiques, insertion par l'activité économique)**

**Article 21 : 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 22 : approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires pour 2014**

- prévisions de recettes : 464,6Md€
- solde établi : - 9,8Md€ (amélioration de 3Md€ par rapport à 2013)

**Article 23 : approbation du tableau d'équilibre du régime général pour 2014**

- prévisions de recettes : 336,6Md€
- solde établi à - 9,5Md€ (amélioration de 1,9Md€ par rapport à 2013)

**Article 24 : approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)**

- prévisions de recettes : 17Md€
- prévision de dépense : 20,4Md€
- solde établi à - 3,4 Md€

**Article 25 : approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)**

**Article 26 : simplification du mode de calcul des cotisations dues par les travailleurs indépendants**

**Article 27 : 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<sup>er</sup> janvier 2016 : la bascule obligatoire des entreprises vers la DSN au-delà d'un nouveau palier déterminé par un décret, en fonction des cotisations
- accompagnement de cette mesure par un abaissement progressif des seuils de déclaration et de paiement dématérialisés pour les employeurs privés et publics ainsi que pour les tiers déclarants

**Article 28 : instauration de la responsabilité des URSSAF pour le recouvrement des pénalités financières concernant les produits de santé remboursables**

**Article 29 : affectation de 65% des excédents de la section des actifs de la Caisse d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazetières (CAMIEG) à la CNAMTS**

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

**Article 30 : 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) dans le cadre d'un plafond maximal fixé à 250M€**

**Article 31 : 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 3,5Md€
- 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 32 : définition d'un cadre générique pour les expérimentations de nouveaux modèles d'organisation et de financement des soins**

- fixation d'un cadre générique pour les expérimentations pour les pathologies chroniques, notamment une durée maximale de 4 ans et la réalisation d'une évaluation annuelle par les ARS
- précision du champ des dérogations aux règles tarifaires et de facturation autorisées
- publication d'un décret du Conseil d'Etat pour fixer les modalités de chaque expérimentation.

**Article 33 : prolongation des Expérimentations de Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR) au-delà de 2013**

- prolongation des ENMR 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.

**Article 34 : introduction d'un principe d'équité de rémunération entre centres de santé et professionnels de santé libéraux**

**Article 35 : 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, selon des modalités fixées par **décret**, chargé d'émettre pour chacun des protocoles de coopération transmis par l'ARS un avis sur l'opportunité d'une prise en charge financière dérogatoire et sa durée, fondé sur le modèle économique
- accompagnement du protocole de coopération soumis par les professionnels de santé à l'ARS par un modèle économique, établi avec l'aide de l'ARS
- mise en œuvre du protocole de coopération par **arrêté** du Directeur Général de l'ARS, après avis conforme de la HAS
- possibilité pour les Ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale d'autoriser un financement dérogatoire des protocoles, pour une durée maximum de 3 ans, renouvelable 1 fois
- possibilité pour les projets ayant un avis positif de la HAS ou autorisés par l'ARS avant le 1<sup>er</sup> janvier 2014 de soumettre une demande d'avis au collège des financeurs sur le financement
- évaluation des protocoles par la HAS, sur des éléments transmis par les professionnels de santé à l'ARS.

**Article 36 : 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 une liste de régions pilotées définie par **arrêté**, d'après sur un cahier des charges défini par **arrêté**, pilotées par les ARS
- évaluation de l'expérimentation par la HAS en vue d'une généralisation avec un rapport transmis au Parlement par la Ministre avant le 31 septembre 2016
- intégration des pharmaciens d'officine à l'expérimentation.

**Article 37 : remise d'un rapport annuel sur la situation des déserts médicaux par le Gouvernement au Parlement**

**Article 38 : amélioration de la prestation sociale des femmes affiliées au régime des Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés (PAMC) en cas d'arrêt maladie lié à la grossesse**

**Article 39 : évolution du dispositif des Contrats d'Amélioration de la Coordination et de la Qualité des Soins (CACQOS) pour les transports**

- renforcement du dispositif de régulation de la dépense des transports des patients reposant sur une analyse individuelle des prescriptions de transport à l'intérieur de l'établissement

- mise en place d'une expérimentation pour développer des nouvelles modalités d'organisation et de régulation des modes de transports du 1<sup>er</sup> janvier 2014 pour une période maximum de 3 ans
- possibilité pour les ARS de proposer des contrats d'amélioration des soins en se référant au montant maximal de dépenses de transport, et non plus le taux de progression des dépenses.

#### **Article 40 : 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 par la CNAMTS.

#### **Article 41 : réforme de la Tarification à l'Activité (T2A) des établissements de santé**

- instauration d'un financement pour des établissements dans des zones à faibles densité de population et répondant à des critères d'isolement géographique fixés par un **décret en Conseil d'Etat**
- exception lorsque le taux d'évolution ou le volume d'activité 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
- remise d'un rapport par le gouvernement avant le 31 mai 2014 sur la réforme du modèle de financement des établissements de santé.

#### **Article 42 : révision de la mise sous accord des prestations d'hospitalisation pour les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), vers les établissements de court séjour (et non plus vers les établissements avec hébergement)**

#### **Article 43 : 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, étendu à l'organisation de la dialyse à domicile et aux soins de suite et réadaptation
- 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
- intégration des pharmaciens d'officine à l'expérimentation
- un **décret du Conseil d'Etat** en précisera les modalités précises de déploiement.

#### **Article 44 : flexibilité des sous-objectifs de l'Ondam et assouplissement des règles de fongibilité**

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 rattacher le transfert à un transfert ou une création d'activité.

#### **Article 45 : report de la facturation individuelle des établissements de santé**

- mise en place d'expérimentations pour résoudre les difficultés rencontrées sur le plan technique et d'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 (contre 2016 pour les actes et consultations externes)

- fiabilisation et simplification de la répartition des charges hospitalières entre les régimes d'assurance maladie
- harmonisation des modalités de répartition entre les charges des établissements et services médico-sociaux et les charges hospitalières.

#### **Article 46 : 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
- remise d'un rapport par le Gouvernement sur le bilan de l'expérimentation au plus tard le 31 juillet 2017 (impact financier, organisation de la filière pharmaceutique et bon usage)
- définition des informations transmises au patient par le pharmacien un **décret** après consultation des professionnels concernés.

#### **Article 47 : promotion des médicaments biologiques similaires**

- mise en place d'une liste de référence dit « des groupes biologiques similaires » par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), avec d'éventuelles mises en gardes ou restrictions, pour informer les prescripteurs de l'existence de ces médicaments et les inviter à prescrire
- autorisation de la substitution seulement en initiation de traitement
- accompagnement cette substitution par les mentions sur l'ordonnance, le renseignement du dossier pharmaceutique et l'information entre pharmacien et prescripteur
- précision du rôle du médecin dans la prescription de biosimilaires, qui devra être expressément autorisée par le prescripteur
- inscription par le pharmacien du nom du biosimilaire délivré sur l'ordonnance et information du prescripteur

#### **Article 48 : prise en charge des médicaments ayant bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU)**

- pérennisation de l'expérimentation de la facturation à prix libres des médicaments ayant bénéficié d'une ATU et utilisés pendant la période entre l'octroi l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) et la fixation du prix par le Comité économique des produits de santé (CEPS)
- fixation du délai de prise en charge à 7 mois et renforcement de l'encadrement financier
- détermination par la HAS si l'absence d'alternative thérapeutique justifie ou non une ATU
- maîtrise du coût du dispositif par un dispositif de reversement obligatoire, si le prix fixé par le CEPS est inférieur au montant jusqu'alors facturé aux établissements de santé par le laboratoire
- remise d'un rapport annuel au gouvernement à Parlement sur le dispositif
- clarification du champ des patients concernés : si l'ATU ne prend pas en charge l'indication, le traitement peut être acheté, fourni, pris en charge et utilisé au profit des patients s'il n'y a pas d'alternative thérapeutique ou si le patient est en échec de traitement
- fixation d'une période transitoire entre l'expérimentation et le nouveau dispositif
- définition de la procédure de saisine, autorisée sur avis conforme de la HAS et transmise dans un délai de 2 semaines à compter de l'avis du comité des médicaments à usage humain.

**Article 49 : 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, pour permettre un dispositif de transparence sur les remises obtenues par les pharmaciens (dans une limite fixée à 50 % du prix du fabricant par **arrêté** mais reste à 17% en attendant)
- possibilité pour le CEPS de prononcer une pénalité, inférieure ou égale à 5 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fournisseur, pour non-déclaration ou erreur manifeste
- possibilité d'un contrôle mené par les URSSAF.

**Article 50 : intégration des pharmacies mutualistes et des pharmacies de secours minières au champ de la convention pharmaceutique**

**Article 51 : 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 ARS à travers la création d'un outil, au lieu des 2 suivants : le Contrat de Bon Usage et le dispositif de régulation quantitative
- possibilité pour l'ARS de conclure un avenant avec un établissement de santé pour plus d'efficacité dans les pratiques de prescription
- précision des indications thérapeutiques qui permettent la prise en charge au sein de la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une AMM dispensés dans les établissements
- 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 ou de non-respect manifeste.

**Article 52 : 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 (HAS)
- autorisation pour l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) de procéder à la hiérarchisation de l'acte dans les 5 mois suivant la réception de l'avis de la HAS.

**Article 53 : remise d'un rapport avant le 1er mai 2014 par le Gouvernement sur l'élargissement de l'assiette de la contribution pour les dépenses de promotion des médicaments et des dispositifs médicaux au financement des associations représentant les usagers du système de santé**

**Article 54 : renforcement de l'aide au sevrage tabagique à destination des jeunes**

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

**Article 55 : 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 15 ans et plus
- extension de la disposition aux actes de pose, changement, retrait des contraceptifs implantables (stérilets ou implants) et prescriptions d'examen de biologie par les sages-femmes
- garantie de l'anonymat à travers un dispositif de prise en charge par l'assurance maladie via la carte professionnelle du praticien.

#### **Article 56 : réforme de la protection sociale complémentaire santé**

- modification des conditions d'accès à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUc) 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 pour la prévention
- obligation pour les organismes complémentaires d'informer le bénéficiaire de l'ACS, minimum un mois avant renouvellement tacite du contrat, pour lui permettre de ne pas perdre son éligibilité
- revalorisation de 500€ à 550€ du chèque ACS pour les personnes de plus de 60 ans
- plafonnement de la prise en charge des dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux par **décret en Conseil d'Etat** avant le 1<sup>er</sup> janvier 2015
- évolution des règles relatives aux contrats « solidaires et responsables », par **décret**, pour assurer un niveau de couverture minimale des soins et la mise en place de plafonds tarifaires, différents, selon les prestations, y compris pour les dispositifs médicaux à usage individuel, dont l'optique et les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale.

#### **Article 57 : réduction du reste à charge pour les bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) pour les frais d'optique**

#### **Article 58 : maintien du droit à l'ACS pour les personnes bénéficiaires du minimum vieillesse en les dispensant d'une démarche de renouvellement**

#### **Article 59 : simplification de la législation relative aux indemnités journalières pour les travailleurs indépendants et les exploitants agricoles**

#### **Article 60 : remise d'un rapport sur les modalités d'attribution des indemnités journalières au titre de l'assurance maladie et maternité avant la présentation du PLFSS pour 2015**

#### **Article 61 : 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 prélevé sur le budget de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dont la gestion est confiée aux ARS.

#### **Article 62 : abrogation de l'article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 portant sur l'expérimentation de majorations du forfait global relatif aux soins**

#### **Article 63 : 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 : 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 : 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 64 : objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2014**

- objectifs de dépenses pour l'ensemble des régimes de base: 194 Md€
- objectifs de dépenses pour le régime général : 169,8Md€.

**Article 65 : ONDAM et sous-ONDAM pour 2014**

- fixation de l'ONDAM pour 2014 à 179,1Md€
- 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 66 : nouveau mécanisme tarifaire pour les établissements thermaux**

**Article 67 : remise d'un rapport annuel du Gouvernement sur la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des dépenses de santé et des facteurs d'évolution au Parlement**

Section II : dispositions relatives aux dépenses d'Assurance Vieillesse

**Article 68 : 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 69 : 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 70 : extension du régime des marins des dispositions relatives à la faute inexcusable de l'employeur**

**Article 71 : alignement du taux d'incapacité des salariés agricoles, actuellement de 100%, sur celui des salariés (80%) pour permettre aux victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles de bénéficier de la prestation complémentaire**

**Article 72 : 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 73 : 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<sup>er</sup> avril 2014, cette mesure représentera une augmentation de 17€ du montant mensuel pour la métropole et de 10€ pour les DOM.

**Article 74 : 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<sup>er</sup> 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 75 : 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 76 : 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 77 : 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 78 : 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 79 : 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 80 : 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 81 : recouvrement des dettes et créances européennes et internationales**

Transfert de la gestion des dettes et créances internationales d'assurance maladie à la CNAMTS.

**Article 82 : unification de la gestion des prestations des branches maladie et accidents du travail des exploitants agricoles**

**Article 83 : exemplarité des donneurs d'ordre publics**

Alignement 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 84 : 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 : 06 14 85 33 72, [sophie.truchot@nile-consulting.eu](mailto:sophie.truchot@nile-consulting.eu)
- Olivier Mariotte : 06 07 94 61 73, [Olivier.mariotte@nile-consulting.eu](mailto:Olivier.mariotte@nile-consulting.eu)

Cette note est libre de droit et de diffusion.