

SOMMAIRE

Les dispositions de la Loi de Financement de la Sécurité sociale pour 2014 sont présentées et explicitées de la page 4 à la page 22 et celles relatives à la Loi de Finances pour 2014 de la page 22 à 29.

Note réalisée par le Pôle Santé-Social et la Direction des Relations du Travail

Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2014

Principales dispositions

Loi n° 2013 – 1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014
publiée au Journal Officiel du 24 décembre 2013

SOMMAIRE

Principales dispositions intéressant les établissements de santé
Principales dispositions intéressant les établissements et services sociaux et médico-sociaux
Principales dispositions en matière de « Ressources Humaines »

Article	Thème	Page
14	Mise en place de clauses de recommandation d'un organisme de prévoyance.	5-6
17	Hausse de la cotisation vieillesse déplafonnée / Baisse de la cotisation « famille » / Financement de la CNSA	6
20	Reconfiguration des exonérations en faveur des apprentis et des jeunes ayant souscrit un contrat de service civique	7
27	Dématérialisation des déclarations sociales et de leur paiement	7

32	Expérimentations de nouveaux modes de rémunérations des soins : définition d'une cadre générique pour des expérimentations de nouveaux modèles d'organisation et de financement des soins.	8
33	Prolongation des Expérimentations de nouveaux modes de rémunérations (ENMR) au-delà de 2013.	8
34	Introduction d'un principe d'équité de rémunération entre les centres de santé et les professionnels de santé libéraux.	21
35	Protocole de coopération entre professionnels de santé.	8
36	Expérimentation du financement d'actes de télémédecine.	9
37	Déserts Médicaux.	21
39	Contrat d'amélioration de la qualité et de la coordination de soins et expérimentations en matière de transports.	9-10
40	Suppression du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS).	10
41	Réforme du financement des établissements de santé : activité isolées, ACE pour les médecins salariés et dégressivité tarifaire.	10-11
42	Procédure de mise sous accord préalable en SSR.	11-12
43	Expérimentation de la tarification au parcours pour l'insuffisance rénale chronique et le traitement du cancer par radiothérapie.	12-13
44	Fongibilité entre les DAF de SSR et de psychiatrie et le FIR.	13-14
45	Report de la généralisation du projet FIDES Facturation directe à l'Assurance Maladie.	14
47	Médicaments biologiques et biosimilaires.	15
48	Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU).	15

51	Evolution du dispositif de la régulation de la liste en sus et du contrat de bon usage.	15
52	Simplification des règles de tarification des actes innovants associés à des produits de santé.	16
54	Renforcement de l'aide au sevrage tabagique.	16
55	Tiers payant sur les consultations et examens préalables à la contraception chez les mineures d'au moins 15 ans.	16
56	Protection complémentaire en matière de santé pour les étudiants – mise en concurrence des complémentaires santé concernant l'aide pour l'acquisition d'une assurance complémentaire santé (ACS) - règles concernant le contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide - contrats d'ACS : revalorisation du crédit d'impôt par personne âgée de soixante ans et plus. Reconfiguration du contrat solidaire et responsable.	17-18
58	Renouvellement automatique de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS) pour les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.	22
61	Plan d'aide à l'investissement dans le secteur médico-social-CNSA.	18
62	Fin des expérimentations relatives au financement à la qualité du forfait global soins des EHPAD.	18
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.	19
64	Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2014.	19
65	Répartition des objectifs de dépenses.	19
67	Rapport au Parlement.	20

73	Modalités de majoration du complément familial.	20
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.	20
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.	21
86	Renforcement de lutte contre la fraude sociale.	21

I – Cadrage général de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2014

La Loi de Financement de la Sécurité sociale pour 2014 est marquée par de nouveaux efforts. C'est en effet dans un contexte marqué par les conséquences de la crise économique que le gouvernement prévoit 2,4 milliards d'euros d'économies sur l'assurance maladie en 2014, auxquelles s'ajoutent des mesures d'économies dans l'ONDAM. Le gouvernement ambitionne de faire passer le déficit de 2,9 milliards d'euros à 1,3 milliards d'euros.

Pour 2014, l'ONDAM a été fixé à 2,4 % L'ONDAM est fixé dans un contexte économique contraint mais en voie de redressement, marqué toutefois par les conséquences de la crise économique. Le respect de cet objectif passe par un effort qui se décline autour de deux axes : le déploiement de la Stratégie Nationale de Santé (SNS) et la poursuite des efforts d'économies. Le respect de l'ONDAM nécessite encore cette année des mesures d'économies : pour les soins hospitaliers, elles s'élèvent à 577 millions d'euros. Ces économies conduiront à des efforts d'efficacité supplémentaires du système de santé, à hauteur de : 138 millions d'euros portant sur les produits de santé de la liste en sus (Médicaments et Dispositifs Médicaux), 300 millions d'euros au titre des achats hospitaliers, 139 millions d'euros sur l'amélioration de la qualité et la pertinence des prises en charge.

Par ailleurs, la LFSS pour 2014 donne corps à plusieurs des orientations de la Stratégie Nationale de Santé (SNS) même si la SNS a vocation à se traduire sous la forme d'autres vecteurs juridiques dont une Loi annoncée pour la fin du premier semestre 2014.

L'annexe B de la Loi détaille les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses. Elle décrit l'évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du Fonds de Solidarité Vieillesse (FSV) sur la période 2014-2017.

Tableau des enveloppes pour 2014 (article 65 de la LFSS 2014)

- fixation de l'ONDAM pour **2014 à 179,1 Md€**
- fixation du taux d'évolution de l'ONDAM à **2,4% pour 2014**

Pour l'année 2014, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit : (En milliards d'euros)

Objectif de dépenses

Dépenses de soins de ville.....	81,1
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité.....	55,6
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées.....	8,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,0
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional.....	3,2
Autres prises en charge.....	1,7
Total.....	179,1

Le Conseil Constitutionnel a censuré totalement 4 articles et partiellement 1 article, qui sont toutefois présentés dans la présente note, compte tenu de la forte probabilité du retour dans un autre vecteur législatif de dispositions censurées par le Conseil Constitutionnel, mais toutefois proposées ou acceptées par le Gouvernement puis adoptées par le Parlement.

II - Articles commentés

Article 14

Mise en place de clauses de recommandation d'un organisme de prévoyance

Cet article tire les conséquences de la décision du Conseil Constitutionnel n°2013-672 DC du 13 juin 2013 qui a déclaré inconstitutionnelles les dispositions de l'article L.912-1 du code de la sécurité sociale modifié par le projet de loi de sécurisation de l'emploi qui instauraient une clause de désignation d'un organisme assureur dans le cadre des régimes de protection sociale complémentaire (cf. circulaire FEHAP n°2013-06 du 23 septembre 2013 relative à la loi de sécurisation de l'emploi).

L'article 14 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 vise à modifier l'article L.912-1 du Code de la sécurité sociale en prévoyant la possibilité pour les partenaires sociaux d'instaurer des clauses de recommandation d'un ou plusieurs organismes d'assurance pour les accords professionnels ou interprofessionnels instituant des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité.

Ces accords professionnels ou interprofessionnels devraient ainsi prévoir notamment la mise en place de « prestations à caractère non contributif, pouvant notamment prendre la forme d'une prise en charge partielle ou totale de la cotisation pour certains salariés, d'une politique de prévention ou de prestations d'action sociale ».

Une procédure préalable de mise en concurrence des organismes est obligatoire (les modalités de celle-ci doivent être prévues par un décret à paraître).

Le ou les organismes sélectionnés seront tenus de ne pas refuser l'adhésion d'une entreprise relevant du champ d'application de l'accord, d'appliquer un tarif unique et d'offrir des garanties identiques pour toutes les entreprises et les salariés concernés.

Cette faculté de recourir aux clauses de recommandation sera possible à compter du 1^{er} janvier 2014.

Le projet de loi adopté par le Parlement prévoyait que lorsqu'une entreprise est couverte par un accord professionnel ou interprofessionnel comportant une clause de désignation, mais choisit de souscrire un contrat auprès d'un autre assureur que le ou les organismes assureurs recommandés, le taux du forfait social sera porté :

- à 20% pour les entreprises d'au moins 10 salariés ;
- à 8 % pour les entreprises de moins de 10 salariés.

Toutefois les Sages du Conseil Constitutionnel ont décidé que les dispositions instaurant ces taux sont contraires à la Constitution en égard à l'objectif d'intérêt général (Décision n°2013-682 DC du 19 décembre 2013). Ces dispositions relatives à la majoration du forfait social ne sont donc pas applicables.

Pour rappel, la FEHAP a décidé de négocier au niveau de la CCN 51 la généralisation de la couverture complémentaire frais de santé (cf. circulaire FEHAP n°2013-06 du 23 septembre 2013 relative à la loi de sécurisation de l'emploi).

Dans ce cadre, le Conseil d'Administration de la FEHAP a décidé de mener les négociations sur la base des orientations suivantes :

- Le principe d'un panier de garanties dans les limites légales avec système optionnel pour des garanties supplémentaires.
- La répartition de la charge employeur/salarié sur la base de la répartition imposée par la loi : 50/50.

Ces choix sont dictés par la prise en compte du coût supportable pour les employeurs et les salariés, étant précisé qu'en pratique, les entreprises partent du coût supportable pour l'entreprise et des orientations sur les prestations à privilégier et c'est l'organisme assureur qui fait des propositions.

- Le choix de l'assureur.

Le Conseil d'Administration a fait le choix sur ce point de prendre des contacts avec certains organismes qui pourraient proposer des taux « préférentiels », avec la liberté laissée aux établissements de contracter avec l'organisme de leur choix.

Pour assurer la transparence nécessaire à la mise en place d'un tel dispositif, la procédure pourrait se mener dans le cadre d'Uni SARA afin de proposer des prestataires référencés.

Article 17

Hausse de la cotisation vieillesse déplafonnée / Baisse de la cotisation « famille » / Mesure de transfert de recettes

L'article 17 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit une hausse de la cotisation vieillesse déplafonnée : 0,15 points pour les employeurs et les salariés en 2014 et 0,05 point en 2015, 2016 et 2017.

Cette hausse sera compensée par une baisse de la cotisation « famille » qui sera mise en œuvre par un décret à paraître.

L'article 17 prévoit également une dotation de 100 millions d'euros à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), prélevée sur les recettes de la CSG, pour financer les premières mesures de réforme de la perte d'autonomie.

Dans le cadre des débats parlementaires, il a été évoqué une répartition :

- 75 millions pour le plan d'aide à l'investissement ;
- 25 millions pour le fonds d'aide d'urgence pour le domicile.

Article 20

Reconfiguration des exonérations en faveur des apprentis et des jeunes ayant souscrit un contrat de service civique

L'article 20 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 vise à adapter les modalités de financement de la protection sociale dont bénéficient trois catégories d'assurés et percevant des rémunérations d'un montant peu élevé. Sont ainsi visés les apprentis, les jeunes ayant souscrit un contrat de service civique et les personnes travaillant dans des chantiers d'insertion.

S'agissant des apprentis, cette mesure vise à permettre aux apprentis de valider tous leurs trimestres d'apprentissage pour la retraite tout en n'accroissant pas le coût de l'apprentissage pour l'employeur.

L'article 20 prévoit ainsi l'obligation pour l'entreprise de cotiser à l'assurance vieillesse sur la base de la rémunération réelle des apprentis (l'abattement de 11 points de smic pour la détermination de l'assiette des cotisations vieillesse de base est donc supprimé). Le coût de l'apprentissage pour l'employeur reste inchangé puisque l'exonération de cotisation vieillesse-veuvage dont bénéficie les employeurs sera également calculée sur le salaire réel (et non plus sur le salaire abattu de 11 points). L'article L.6243-3 du code du travail est modifié en conséquence.

Pour les volontaires effectuant un service civique, la mesure vise à simplifier et rapprocher du droit commun les cotisations finançant la couverture des jeunes ayant souscrit un contrat de service civique. Cet alignement avec le droit commun permet ainsi aux jeunes de valider des droits à la retraite proportionnés à la durée de leur service et de permettre la suppression du mécanisme de validation complémentaire de trimestres d'assurance vieillesse à charge de l'Etat.

L'article 20 prévoit ainsi que l'ensemble des cotisations pour les volontaires effectuant un service civique (sauf AT-MP) sera calculé aux taux de droit commun (et non plus à taux forfaitaire).

Article 27

Dématérialisation des déclarations sociales et de leur paiement

La déclaration sociale nominative visant à réduire la charge administrative des employeurs, sera généralisée au 1^{er} janvier 2016. Afin d'anticiper ce basculement pour tous les employeurs en 2016, l'article 27 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit que les employeurs qui versent un certain niveau de cotisations (montant qui devra être déterminé par un décret à paraître) seront soumis obligatoirement à la DSN dès le 1^{er} juillet 2015.

Cette disposition de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit également d'abaisser les seuils au-dessus desquels les entreprises ont l'obligation de déclarer et de payer leurs cotisations par voie électronique (ces seuils seront fixés par un décret à paraître).

Il est également prévu de réduire réglementairement les seuils au-dessus desquels les employeurs ont l'obligation de procéder à la déclaration préalable à l'embauche par voie électronique (500 DPAE en 2013 et probablement 100 DPAE en 2014 puis 50 en 2015).

Article 32

Expérimentations de nouveaux modes de rémunérations des soins : définition d'un cadre générique pour des expérimentations de nouveaux modèles d'organisation et de financement des soins

Cet article fixe un cadre générique pour des expérimentations n'excédant pas 4 ans et dans le cadre de projets pilotes visant à optimiser les parcours des patients souffrant de pathologies chroniques. Le contenu des projets pilotes et leur périmètre territorial sont définis par un cahier des charges national. La publication d'un décret en Conseil d'Etat permettra de fixer les modalités pour chaque expérimentation : objet, champ et la durée de l'expérimentation. Les expérimentations seront mises en œuvre par les Agences Régionales de Santé (ARS) et les promoteurs (professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux, les collectivités territoriales volontaires et le cas échéant les organismes complémentaires d'assurance maladie par le biais de conventions. Cet article introduit donc des expérimentations d'un financement au parcours de soins coordonné afin d'inciter à la mise en place de modalités innovantes de prise en charge du patient.

Les ARS devront établir annuellement une évaluation des expérimentations mises en place dans le cadre des projets pilotes visant notamment à alimenter la production d'un rapport annuel au Parlement sur le bilan des expérimentations en cours dont il conviendra pour les délégations régionales FEHAP d'en demander la communication régionale.

Article 33

Prolongation des Expérimentations de Nouveaux Modes de Rémunérations (ENMR) au-delà de 2013

L'article 44 de la LFSS pour 2008 prévoyait la possibilité de mettre en place des expérimentations de nouveaux modes de rémunérations dans les maisons et centres de santé à compter du 1^{er} janvier 2008 et pour une durée de 5 ans maximum, soit le 1^{er} janvier 2012. L'article 49 de la LFSS pour 2012 a prolongé cette expérimentation jusqu'au 1^{er} janvier 2014 et a prévu qu'à compter du 1^{er} janvier 2014 la voie conventionnelle permette la rémunération de l'exercice pluri - professionnel sur la base des résultats de l'évaluation des ENMR. La négociation conventionnelle est donc privilégiée mais cet article 33 prévoit, en cas d'échec de cette négociation, une possibilité d'un règlement arbitral approuvé par les Ministres.

Article 35

Protocole de coopération entre professionnels de santé

Cet article prévoit que les professionnels ont la possibilité de soumettre aux ARS des protocoles de coopérations qui préciseront la nature de la coopération notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés. Cet article crée un collège des financeurs chargés d'émettre pour chacun des protocoles de coopérations transmis par les ARS un avis portant sur l'opportunité d'une prise en charge financière dérogatoire et sa durée fondée sur un modèle économique. Ainsi les protocoles de coopérations entre professionnels, promus par les ARS, ne peuvent être autorisés qu'après examen par la HAS qui appréciera le modèle économique proposé de chaque protocole. Cet article prévoit la mise en place d'un collège des financeurs qui émettra un avis sur le modèle médico-économique qui devient une des conditions de l'autorisation du protocole et du financement. Enfin, cet article instaure un principe d'évaluation des protocoles autorisés, au terme d'une durée déterminée par la HAS en fonction des protocoles.

Il est par ailleurs précisé que le financement dérogatoire ne pourra excéder une période de trois ans, renouvelable une fois.

Article 36

Expérimentation du financement d'actes de télémédecine

Le présent article autorise l'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 en EHPAD. Les interlocuteurs du Ministère nous ont confirmé que cette locution inhabituelle vise bien l'ensemble des EMS et également les services à domicile (SSIAD, SAMSAH, etc...). Cette expérimentation est mise en place à compter du 1er janvier 2014 pour une période de 4 ans dans des régions pilotes dont la liste sera arrêtée par les ministres. Ces expérimentations seront fondées sur un cahier des charges national défini par l'arrêté. Elles feront l'objet d'un pilotage régional via les ARS. Elles porteront sur les activités de télé-expertise, de téléconsultation et de télésurveillance et pourront notamment s'appliquer au suivi des plaies chroniques ou aux consultations dans les structures médico-sociales, pour la télé-expertise (ex : psychiatrie, oncologie, dermatologie, cardiologie), pour la télésurveillance (ex : affections cardiovasculaires, diabète, affections respiratoires, insuffisance rénale). Elles nécessitent de déroger aux règles de tarification de droit commun. Des travaux seront engagés par la DGOS en lien avec la CNAMTS. Les expérimentations seront financées via le FIR par des crédits fléchés.

Plusieurs objectifs sont visés par cet article : la facilitation de l'accès aux soins notamment dans les zones sous denses ou enclavées, l'optimisation de l'efficacité de la prise en charge pour les patients et l'optimisation des parcours de santé notamment pour les personnes âgées et handicapées.

Au terme des expérimentations, une évaluation est conduite par la HAS en vue de la généralisation en liaison avec les acteurs participant à l'expérimentation. Un rapport sera transmis au Parlement avant le 30 septembre 2016.

Article 39

Contrat d'amélioration de la qualité et de la coordination de soins et expérimentations en matière de transports

L'article vise tout d'abord à réviser le cadre juridique des CAQCOS (contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins) mis en place par la LFSS 2010. Ces contrats pourront désormais être proposés dès que l'établissement aura dépassé le taux d'évolution des dépenses de transport ou que ces dépenses dépassent un montant fixé par arrêté.

Le critère de non-respect des pratiques de prescriptions imposant le recours au transport le moins coûteux et le plus adapté à l'état de santé du patient ne constitue plus un élément de ciblage des établissements, néanmoins les établissements signant le contrat devront s'engager sur un objectif d'amélioration des pratiques portant sur ce point.

D'autre part, là où le texte initial prévoyait une pénalité financière systématique pour l'établissement qui refuserait de signer un CAQCOS, l'article 39 prévoit simplement que l'ARS peut prendre une telle injonction.

L'article révisé également les modalités d'expérimentation relatives à l'organisation des transports prévues par la LFSS pour 2008 : il ne s'agit plus de centres de régulation mis en place par les établissements et les transporteurs mais de conventions passées par l'établissement avec l'ARS et l'AM et concernant l'ensemble des transports des patients de l'établissements réalisés par des transporteurs sanitaires agréés et/ou conventionnés, en dehors des transports d'urgence régulés par les SAMU. L'objectif est de promouvoir une optimisation de l'utilisation des véhicules et de développer des modes de transports plus efficaces.

Les expérimentations pourront être mises en place à compter du 1er janvier 2014, et pour une période de 3 ans au plus.

Deux points majeurs doivent être relevés :

- l'ARS peut enjoindre à un établissement qui entre dans les critères de ciblage du CACQOS de rentrer dans une telle expérimentation. Ces expérimentations ne reposent donc pas uniquement sur le principe du volontariat.
- l'ARS peut, mais n'y est pas tenue, allouer un financement d'aide au lancement de l'expérimentation ainsi qu'une dotation d'intéressement sur les économies réalisées.

Article 40

Suppression du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS)

Cet article supprime le FIQCS dont la plupart des missions sont assumées désormais par le FIR. Les dotations restantes sont versées directement par la CNAMTS. Par souci de simplification cet article supprime donc le FIQCS, tout en réorganisant le financement des missions nationales qu'il conservait.

Article 41

Réforme du financement des établissements de santé : activités isolées, ACE pour les médecins salariés et dégressivité tarifaire

Plusieurs dispositifs majeurs sont portés par cet article 41 qui constitue une étape importante dans la mise en œuvre de la réforme de la tarification à l'activité. A noter que les évolutions qu'il comporte sont issues notamment des réflexions présentées au Comité de Réforme de la Tarification à l'Activité Hospitalière (CORETAH) auquel participe la FEHAP aux côtés d'autres fédérations hospitalières. Elles visent notamment à mieux prendre en compte les enjeux de mise en œuvre d'objectifs de santé publique et de déploiement de la Stratégie Nationale de Santé. Les établissements sont invités à prendre connaissance via le site internet (rubrique financement des deux notes de positionnement de la FEHAP produites dans le cadre de ces travaux (juin et juillet 2013).

Ainsi cet article prévoit trois dispositions importantes pour les établissements du secteur sanitaire :

- **Pour les établissements de santé situés dans des zones à faible densité de population** et répondant à les critères d'isolement géographique (les critères seront fixés par décret en Conseil d'Etat) et qui par leur implantation dans des territoires peu denses ou isolés sont dans une situation où le modèle actuel de financement ne leur apporte pas un niveau de recettes adapté à leurs charges, pourront bénéficier sur décision nationale d'un financement adéquat. Cette mesure permettra des modalités de financement dérogatoires des activités assurées par les établissements MCO situés dans des zones à faible densité et répondant à les critères d'isolement géographique. Concrètement, la liste des établissements concernés est fixée par arrêté des ministres de la santé et du budget, sur proposition des ARS. Les modalités de financement, les critères permettant de caractériser les zones en question ainsi que les critères d'éligibilité des établissements sont précisés par décret en CE (attendu pour février 2014). D'ores et déjà, la DGOS a réalisé un premier ciblage sur la base de critères d'éloignement géographique, complétés par une enquête auprès des ARS. Une étude sera menée par un prestataire extérieur et les résultats sont attendus pour janvier 2014. Les fédérations seront concertées fin janvier 2014 sur ce sujet.
- **Le financement des actes et consultations externes** : cet article prévoit également la mise en place d'une facturation des consultations externes réalisées par des médecins salariés d'établissements de santé privés OQN (relevant du d) et e) du L 162-22-6 du code de la sécurité sociale). Actuellement seuls les actes réalisés par les praticiens salariés rattachés à une prestation d'hospitalisation peuvent être facturés par les établissements de santé privés où ils exercent. Cette disposition autorise la facturation des ACE pour les établissements sous OQN de SSR, de dialyse, d'HAD ou de psychiatrie sur la base du tarif conventionnel. Jusqu'à présent, cette activité bien réelle et répondant à une logique d'accessibilité à certaines spécialités médicales

absentes ou sans équivalent en ville dans de nombreux territoires, ne pouvait donner lieu à un financement de l'établissement.

L'enjeu est également d'améliorer les parcours pour ce qui concerne l'IRCT : il s'agit d'anticiper la prise en charge en dialyse, d'orienter le patient vers des modalités de prise en charge les plus adaptées (et développer notamment le hors centre comme cela a été précisé lors du CORETAH de novembre 2013). Enfin cette disposition permet l'égalité de traitement entre établissements de santé et entre praticiens : les ACE sont aujourd'hui facturables par les médecins libéraux des établissements privés au titre de leur activité libérale, les établissements publics de santé ou privés ex DG au titre de l'activité de leurs praticiens hospitaliers.

S'agissant des établissements financés sous DAF, en SSR et en psychiatrie, l'activité de consultation externe demeure réputée incluse dans la dotation annuelle, telle que définie par le code de la sécurité sociale à l'article L162-26. Néanmoins, les établissements qui souhaiteraient conforter ou développer cette activité peuvent envisager soit la conclusion d'un partenariat avec un établissement MCO qui peut quant à lui facturer les activités de consultations, soit créer un centre de santé dédié à cette activité, ce type de structure étant relativement souple en terme de création et de fonctionnement.

Pour aller plus loin sur ce type de projet, une note d'accompagnement est disponible sur le site de la FEHAP à partir du lien suivant : http://www.fehap.fr/jcms/fehap_74546/centre-de-sante-et-consultations-externes-en-ssr?hlText=centre+de+sante

- Cet article introduit un **mécanisme instaurant des tarifs nationaux dégressifs** pour certaines prestations d'hospitalisation des établissements de santé. Les objectifs poursuivis par le gouvernement sont : individualiser la régulation prix volume pour être plus équitable entre les établissements (sous deux angles : équité vis-à-vis des établissements qui ne contribuent pas au dépassement de l'ONDAM, d'une part, coûts marginaux en réduction pour l'activité supplémentaire pour ceux qui sont dynamiques, d'autre part, cet article vise à inciter les établissements à maîtriser leur volume d'activité et à favoriser la pertinence des soins et ainsi réduire les inadéquations hospitalières. Les modalités techniques de mise en œuvre de cette mesure sont en cours de concertation auprès des fédérations hospitalières, un décret en Conseil d'Etat déterminera les modalités d'application de ce mécanisme de régulation nouveau.

Avant le 31 mai 2014 un rapport au Parlement sur la réforme du modèle de financement est attendu, il détaillera notamment les pistes envisagées pour intégrer des critères de pertinence des soins et de qualité des prises en charge dans la tarification des établissements et pour mieux contrôler l'évolution des volumes d'activité en fonction de ces critères.

Article 42

Procédure de mise sous accord préalable en SSR

L'article 42 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 procède à une réécriture partielle de l'article L162-1-17 du code de la sécurité sociale relatif à la portée et aux modalités de la procédure de mise sous accord préalable (MSAP) en SSR.

En premier lieu, l'article 42 vient modifier la procédure en matière de MSAP applicable aux prestations de SSR. Dorénavant, la MSAP portera sur l'établissement prescripteur de la prestation de SSR. Ceci répond à un biais repéré de longue date dans le dispositif initial, et permet de donner davantage de cohérence à la procédure en la faisant porter non plus sur l'effecteur de la prestation mais sur celui qui adresse le patient à l'établissement de SSR et est de ce fait en situation d'établir l'adéquation entre le profil du patient et son orientation en établissement de SSR.

Par ailleurs, la rédaction retenue par cet article présente, selon la FEHAP, pour carence majeure de ne pas ménager des critères de ciblage intégrant la distinction entre temps partiel hospitalier ou la ville.

Les établissements prescripteurs se verront ainsi ciblés dans le cas d'une constatation d'une proportion élevée de prescriptions de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hospitalisation. Ce faisant, le texte ne tient pas compte, en dépit des demandes de la FEHAP en ce sens, de la possibilité d'être pris en charge à temps partiel en établissement de SSR, entre l'hospitalisation complète de SSR et la rééducation de ville.

Cette formulation est d'autant moins satisfaisante compte tenu du référentiel de juillet 2013 de la HAS portant sur la pertinence des admissions en SSR versus en ville, qui lui non plus ne retient pas dans son périmètre l'hospitalisation à temps partiel, mais dont on pourrait craindre du fait de son caractère très général qu'il ouvre la porte à des MSAP non plus ciblées sur des actes spécifiques comme c'est le cas aujourd'hui.

Article 43

Expérimentation de la tarification au parcours pour l'insuffisance rénale chronique et le traitement du cancer par radiothérapie

La Stratégie Nationale de Santé a notamment pour objectif de promouvoir une approche de la prise en charge des patients articulée autour de la notion de parcours. Dans cette dynamique, cet article prévoit qu'à compter du 1er juillet 2014, pourront être menées des expérimentations n'excédant pas 4 ans dans le cadre de projets pilotes destinés à améliorer le parcours de soins et la prise en charge des patients atteints d'insuffisance rénale chronique et de radiothérapie. Elles nécessiteront des dérogations aux règles de financement et de facturations existantes.

Pour ce qui concerne l'IRCT : il s'agit d'expérimenter de nouveaux modes de financement qui doivent contribuer à l'optimisation du parcours de soins des patients en incitant à la mise en place de modalités innovantes de prise en charge du patient, en limitant le nombre de dialyses en urgence et en développant la greffe et les prises en charge de proximité (UDM, Dialyse péritonéale, auto-dialyse...) et ce, conformément notamment aux conclusions des travaux des Etats Généraux du Rein (EGR) auxquels la FEHAP a largement contribué pour ce qui concerne ces dispositions.

Les EGR, organisés en 2013, ont posé un diagnostic consensuel des difficultés de suivi des patients en IRC, notamment de ceux en phase 4 de la maladie, confrontés au risque d'une défaillance rénale aggravée et au besoin d'une technique de suppléance (dialyse ou greffe rénale). Les parcours de soins de ces patients sont parfois désorganisés, génèrent une discontinuité des soins, des prises en charge en urgence évitables.

Les modalités de mise en œuvre des expérimentations sont définies par décret en Conseil d'Etat. Sur proposition des ARS (5 projets pilotes à retenir), chaque cahier des charges est défini au niveau national par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale qui arrêtent le cadre juridique et financier de l'expérimentation, les établissements de santé et médico-sociaux et les professionnels de santé y participant. La mise en œuvre est prévue par une convention conclue entre l'ARS, les établissements de santé et médico-sociaux et les professionnels de santé pour la durée de l'expérimentation. C'est au cours du second semestre 2014 qu'un appel à projets national pour les deux segments, pré IRCT (il s'agirait d'actions de : repérage de la population cible, coordination de la prise en charge et du suivi, d'interventions pluridisciplinaires (aux fins d'éducation thérapeutique, de conseil diététique, de soutien psychologique...), d'orientation et de préparation du patient en cas de survenue d'IRCT (réunions de concertation pluridisciplinaires, information,...)). Phase IRCT avec le développement de la greffe (mise en œuvre de parcours sur les patients favorisant la greffe et l'orientation hors centre, développement des dialyses à domicile (DP) avec l'appui des PSAD dans le cadre de conventions avec des structures autorisées à la dialyse. Ces appels à projets seront lancés pour une sélection des projets fin 2014 et une mise en œuvre en 2015.

Il convient de préciser que le troisième alinéa de cet article prévoit une extension de cette expérimentation à la dialyse à domicile : « Pour l'expérimentation de parcours de soins adaptés à la dialyse à domicile, il peut, en outre, être dérogé au principe de dispensation au public par les pharmaciens des médicaments, produits et objets pharmaceutiques, mentionné au 4° de l'article L. 4211-1 du code de la santé publique, afin de permettre l'intervention des prestataires de service et distributeurs de matériels mentionnés à l'article L. 5232-3 du même code pour dispenser à domicile des dialysats, sous la responsabilité d'un pharmacien inscrit à l'ordre des pharmaciens en section A et D ». Le cadrage réglementaire en application de cet alinéa devra préciser les garanties d'indépendance professionnelle vis-à-vis des fournisseurs, concernant les prestataires.

Enfin, le texte final de l'article intègre une proposition de la FEHAP visant à ajouter les établissements de soins de suite et de réadaptation dans le champ de l'expérimentation, ce qui permet de faire avancer le problème connu de longue date mais non résolu à ce jour, de traitements d'épuration extra-rénale adaptés pour les patients admis dans des établissements de soins de suite et de réadaptation.

Ceci s'apparente à l'évolution heureuse, promue par la FEHAP de longue date du cadre de développement de la dialyse péritonéale, dans les établissements de santé de court séjour, en EHPAD et en USLD.

Pour ce qui concerne la radiothérapie : la radiothérapie est l'une des trois principales modalités de traitement du cancer (avec la chirurgie et la chimiothérapie). L'activité de radiothérapie se caractérise par une forte évolutivité, liée aux progrès de la spécialité (évolution des outils, des techniques, des contrôles,...). Ni la notion de parcours, ni le caractère évolutif, ne sont suffisamment pris en compte dans le modèle actuel de financement de la radiothérapie, qui repose pour partie sur des critères obsolètes et des règles hétérogènes entre les secteurs public et privé.

Cet article vise à moderniser le modèle de financement de la radiothérapie afin de mieux prendre en compte : la notion de parcours de patient, l'évolution des techniques et thérapeutiques, les impératifs de qualité et de sécurité des soins. Cette dynamique s'inscrit dans une logique d'incitation aux bonnes pratiques, et de neutralité du statut juridique des acteurs (publics ou privés) ;

L'expérimentation porterait sur deux affections : le cancer du sein (représente 30% de l'activité totale de radiothérapie) et le cancer de la prostate (représente 20% de l'activité totale de radiothérapie). Elle peut être menée à partir de mars 2014 pour une période n'excédant pas 4 ans. L'expérimentation concerne tous les acteurs de la radiothérapie (publics et privés) et ne repose pas sur le volontariat. La concertation s'est tenue en 2013 sur ce sujet. Les principes de construction du modèle (son périmètre et les critères de financement, les modalités et les vecteurs de financement ainsi que le recueil d'informations médicalisées et les questions de facturation) feront l'objet du décret en Conseil d'Etat prévu pour juillet 2014 et d'un arrêté pour la fixation des tarifs pour les deux secteurs.

L'article 43 précise qu'un bilan annuel de ces expérimentations régionales sera réalisé par le ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale d'après les éléments transmis par les Agences Régionales de Santé : rapport transmis au parlement avant le 30 septembre 2016.

Article 44 **Fongibilité entre les DAF de SSR et de psychiatrie et le FIR**

L'article 44 de la loi introduit un article L.174-1-2 au code de la sécurité sociale prévoyant la fongibilité des dotations annuelles de financement (DAF) des établissements de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation avec le fonds d'intervention régional (FIR). Cette fongibilité est symétrique, elle peut se faire soit de la DAF vers le FIR, soit du FIR vers la DAF, sur arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé.

Les transferts, dans un sens comme dans l'autre, ne peuvent excéder 1% du montant des dotations régionales concernées.

Ce procédé apporte une certaine souplesse de gestion afin de répondre aux besoins régionaux.

Article 45

Report de la généralisation du projet FIDES Facturation directe à l'Assurance Maladie

Actuellement, les établissements de santé facturent à l'assurance maladie les actes et consultations externes ou les séjours sur une base mensuelle et globale. Sur cette base, l'objectif central de la facturation directe (FIDES) est, d'une part, d'instaurer un dispositif permettant de gagner en visibilité sur la valorisation de l'activité hospitalière, et d'autre part, de faciliter le rapprochement des dépenses engagées en ville et à l'hôpital pour un même assuré.

Cet article repousse la généralisation pour les actes et consultations externes à 2016 et à 2018 pour la partie séjours.

Les expérimentations en cours qui portent uniquement sur les actes et consultations externes, permettent d'envisager une généralisation du dispositif pour 2016. En revanche, la mise en œuvre du dispositif pour les séjours hospitaliers est plus complexe (sur le plan technique et de l'organisation, notamment en matière de systèmes d'information). La résolution des difficultés techniques et la nécessité de conduire des expérimentations avant d'envisager une généralisation, ont conduit le Ministère à repousser la date de généralisation de la facturation directe des séjours à 2018.

La FEHAP attire l'attention des établissements ex DG MCO (hors HAD et hors dialyse) sur le calendrier de mise en œuvre pour les actes et des consultations externes des ESPIC : il reste inchangé soit septembre 2014 sauf exceptions prévues par décret en cours de publication. Ces exceptions sont les suivantes : fusion d'établissements entrant en vigueur dans la période comprise entre le 1^{er} juillet 2012 et le 31 décembre 2013 ; acquisition juridiquement actée d'un nouveau logiciel de facturation hospitalière entre le 1^{er} juillet 2012 et le 31 décembre 2013 ; utilisation d'un logiciel de facturation hospitalière ne disposant pas au 1^{er} janvier 2013 du certificat de qualité délivré par le centre national de dépôts et d'agrément de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Pour ces trois cas de figure un an de plus est accordé aux établissements concernés.

La mise en place de la nouvelle facturation nécessite d'être anticipée et va requérir des moyens internes organisationnels et humains importants. Il s'agira d'un projet à part entière, et ce tout particulièrement dans sa dimension d'accompagnement au changement. Rappelons par ailleurs la nécessaire mise en place des télétransmissions qui constitue un pré-requis au bon fonctionnement du futur dispositif. L'ensemble des pré-requis organisationnels et techniques doit être identifié dans toutes ses dimensions financières, des systèmes d'information et dans ce contexte, les établissements du champ concerné (ex DG MCO) doivent se préparer à améliorer leurs délais de recueil et de production des données de facturation, mettre en œuvre une dématérialisation opérationnelle (norme B2), organiser le traitement des rejets, etc. Un dispositif de formation au catalogue FEHAP est prévu depuis 2013 et se poursuit en 2014 pour accompagner les établissements.

Par ailleurs, l'article 45 prévoit également deux compléments techniques de nature à sécuriser et rendre plus souple la conduite du projet FIDES : il s'agit, d'une part, de rendre insaisissable les biens des organismes de base de l'assurance maladie à l'égard des établissements publics de santé et, d'autre part, de permettre une simplification et une dématérialisation des procédures de recouvrement des créances.

Article 47

Médicaments biologiques et biosimilaires

L'article 47 est relatif aux médicaments biologiques et aux biosimilaires.

Il précise notamment les conditions de prescription des médicaments biologiques et les indications devant être portées sur la prescription.

Concernant les biosimilaires, l'article 47 insère au code de santé publique un article L.5125-23-3 relatif aux conditions de substitution d'un médicament biologique par un biosimilaire. Il prévoit également les modalités selon lesquelles le pharmacien informera le prescripteur de cette substitution.

Article 48

Autorisations Temporaires d'Utilisation (ATU)

Cet article relatif aux autorisations temporaires d'utilisation (ATU) vise à permettre un meilleur accès aux médicaments ne bénéficiant pas d'autorisation de mise sur le marché. Il pérennise la prise en charge par l'assurance maladie de ces traitements pendant la période entre l'octroi de l'autorisation et la fixation du prix par le comité économique des produits de santé (CEPS), et précise le champ des patients concernés.

Article 51

Evolution du dispositif de la régulation de la liste en sus et du contrat de bon usage

Cet article prévoit une simplification de la gestion des produits de la liste en sus par les 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 (outil de régulation qualitative des prescriptions) et un dispositif de régulation quantitative, économique reposant sur un taux national annuel des dépenses au-delà duquel les prescriptions de l'établissement concerné sont contrôlées.

Cet article vise donc à simplifier la procédure pour une meilleure efficacité de la maîtrise des dépenses de la liste en sus dont le taux de progression augmente fortement et nécessite d'être mieux maîtrisé. Ainsi cet article prévoit la possibilité pour l'ARS de conclure un avenant avec un établissement de santé pour plus d'efficacité dans les pratiques de prescription et il donne des précisions sur les indications thérapeutiques qui permettent la prise en charge au sein de la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une AMM dispensées dans les établissements.

Seuls seront concernés les établissements de santé pour lesquels l'agence régionale de santé aura constaté des prescriptions non conformes aux recommandations et référentiels de la Haute Autorité de Santé, de l'Institut national du cancer ou de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

En cas de refus de l'établissement de signer l'avenant en question, ou s'il ne respecte pas les dispositions de cet avenant, la part prise en charge par l'assurance maladie des dépenses de médicament sur la liste en sus sera réduite de 10% (dans une limite de 30% en cumulant avec les réductions potentiellement liées aux objectifs quantitatifs du CBUM).

Article 52

Simplification des règles de tarification des actes innovants associés à des produits de santé

Cet article prévoit une inscription plus rapide à la nomenclature pour les nouveaux actes innovants associés aux dispositifs médicaux et prévoit une 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. En cas d'échec de la procédure de droit commun dans les 5 mois à compter de la transmission de l'avis de la HAS, l'Uncam pourra procéder à la hiérarchisation de l'acte et l'inscrire à la nomenclature sous 30 jours. L'accès aux nouvelles technologies et donc aux nouvelles alternatives thérapeutiques ou diagnostiques est fréquemment conditionné à la création d'un acte nouveau dans la nomenclature des actes médicaux, garantissant la prise en charge de cet acte par l'assurance-maladie. Aujourd'hui les délais d'inscription et de tarification d'un acte nouveau sont élevés : 3 ans en moyenne (évaluation par la Haute Autorité de Santé, travail technique dit de « hiérarchisation » par les commissions ad hoc, tarification par le directeur général de l'Uncam).

L'article 42 vise ainsi à permettre une inscription plus rapide à la nomenclature d'un acte innovant nécessaire à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie d'un dispositif médical, implantable ou non ou encore équipement d'imagerie.

Article 54

Renforcement de l'aide au sevrage tabagique

Les caisses nationales d'assurance maladie peuvent mettre en place des programmes d'aide au sevrage tabagique, visant à apporter des conseils et un soutien pour favoriser l'arrêt du tabac à l'attention des personnes bénéficiaires de la prescription d'un traitement de substitution nicotinique.

Article 55

Tiers payant sur les consultations et examens préalables à la contraception chez les mineures d'au moins 15 ans

Dans le cadre de la politique nationale visant à encourager la prévention et la bonne prise en charge de la contraception notamment chez les mineures, cette mesure vise à faciliter l'accès aux consultations et examens par l'instauration du tiers payant pour les mineures d'au moins 15 ans. Afin de faciliter le recours à la contraception, il est proposé d'instaurer pour les médecins et les sages-femmes le bénéfice du tiers-payant sur la part prise en charge par l'assurance maladie, pour les consultations et examens biologiques nécessaires à la contraception, pour les mineures de plus de 15 ans ainsi que pour les actes de pose ou de retrait d'un contraceptif.

Article 56

Protection complémentaire en matière de santé pour le étudiants – mise en concurrence des complémentaires santé concernant l'aide pour l'acquisition d'une Assurance Complémentaire Santé (ACS) - règles concernant le contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide - contrats d'ACS : revalorisation du crédit d'impôt par personne âgée de soixante ans et plus

Les étudiants bénéficiaires de certaines prestations mentionnées à l'article L.821-1 du Code de l'éducation peuvent bénéficier de la protection complémentaire en matière de santé.

Nouvelles modalités de mise en concurrence des complémentaires santé concernant l'aide pour l'acquisition d'une assurance complémentaire santé, (ACS) : sélection dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence, visant à sélectionner des contrats offrant, au meilleur prix, des garanties au moins aussi favorables que celles prévues à l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale. Elle est régie par des dispositions définies par décret en Conseil d'État, dans le respect des principes de transparence, d'objectivité et de non-discrimination. Ce décret fixe les règles destinées à garantir une publicité préalable suffisante, les conditions de recevabilité et d'éligibilité des candidatures, les critères de sélection des contrats, le ou les niveaux de prise en charge des dépenses entrant dans le champ des garanties, ainsi que le nombre minimal de contrats retenus pour chaque niveau de garantie. La liste des contrats sélectionnés est rendue publique et est communiquée par les caisses d'assurance maladie aux bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé (ACS). Ces dispositions s'appliquent aux contrats complémentaires de santé individuels souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2015.

Nouvelles dispositions relatives aux règles concernant le contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide, dans le cadre de l'ACS : prise en charge totale ou partielle de tout ou partie de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, y compris les prestations liées à la prévention, et du forfait journalier hospitalier ; conditions dans lesquelles peuvent être prises en charge les dépassements tarifaires sur les consultations et actes des médecins, ainsi que les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, notamment les dispositifs d'optique médicale. Elles peuvent comprendre des plafonds de prise en charge distincts par catégorie de prestations, ainsi que s'agissant des soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et de certains dispositifs médicaux à usage individuel, des niveaux minimaux de prise en charge. Ces dispositions entrent en vigueur selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat, au plus tard le 1er janvier 2015.

Revalorisation du montant du crédit d'impôt prévu dans le cadre des contrats d'ACS, par personne âgée de soixante ans et plus, qui passe de 500 à 550 euros. Le montant du crédit d'impôt varie selon le nombre et l'âge des personnes composant le foyer, ouvertes par le ou les contrats. Le bénéficiaire de l'ACS doit obligatoirement être informé par les organismes complémentaires de la date d'échéance du contrat, ainsi que de la possibilité de renouveler ou non ce contrat avec le bénéfice du crédit d'impôt prévu au Code de la sécurité sociale, au minimum deux mois avant l'échéance de ce contrat.

Reconfiguration du contrat solidaire et responsable

Cette mesure s'inscrit dans le cadre de réforme de la protection sociale complémentaire santé voulue par le Président de la République. La première étape de cette réforme a été franchie par la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 en généralisant la couverture de tous les salariés par une complémentaire santé (cf. circulaire FEHAP n°2013-06 du 23 septembre 2013 relative à la loi de sécurisation de l'emploi). La seconde étape de la réforme est destinée aux personnes ayant des faibles revenus et a pour objectif de faire évoluer les règles relatives aux contrats solidaires et responsables en matière de complémentaire santé.

Pour améliorer la couverture minimale proposée par les contrats complémentaire santé, le panier minimal de soins sera étendu à la prise en charge de tout ou partie du ticket modérateur.

Et, pour éviter des pratiques tarifaires excessives, le contrat devra fixer des plafonds de prise en charge (article L.871-1 modifié du code de la sécurité sociale).

Les contrats responsables reconfigurés continueront d'ouvrir droit à un régime fiscal et social de faveur.

Les nouveaux contours de ces contrats responsables seront précisés par décret en Conseil d'Etat (à paraître). Ces nouvelles dispositions entreront en vigueur au plus tard le 1er janvier 2015.

Article 61

Plan d'aide à l'investissement dans le secteur médico-social- CNSA

Le plan d'aide à l'investissement est reconduit pour 2014 avec la déconcentration de la gestion du plan aux agences régionales de santé. La contribution allouée à chaque ARS sera arrêtée par décision du Directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Article 62

Fin des expérimentations relatives au financement à la qualité du forfait global soins des EHPAD

Cet article abroge l'article 67 de la LFSS pour 2012. Celui-ci ouvrait la possibilité, à titre expérimental, de déroger aux règles de calcul du forfait global de soins des EHPAD en introduisant une majoration de ce dernier en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficience, dont la liste aurait dû être fixée par voie de décret. Face à la mobilisation des organisations représentatives du secteur, et en l'absence d'élaboration, d'une part, des règles tarifaires dérogatoires et, d'autre part, d'indicateurs de qualité et d'efficience fiables, le décret fixant les modalités des expérimentations n'a jamais été publié. Cet article 62 met donc fin à une expérimentation qui n'a jamais vu le jour, à la grande satisfaction des gestionnaires d'EHPAD et de leurs représentants.

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

Cet article fixe les montants respectifs comme suit :

- Fonds pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (**FMESPP**) : **263,34M€**.
- Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (**ONIAM**) : **138M€**.
- 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 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€ (+2,4 %)**.
- Objectifs de dépenses pour le régime général : **169,8 Md€ (+2,8%)**.

Article 65

Répartition des objectifs de dépenses

Pour l'année 2014, l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie et ses sous-objectifs sont répartis comme suit :

	Objectif de dépenses Mds€
Dépenses de soins de ville	81,1
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	55,6
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,0
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional	3,2
Autres prises en charge	1,7
Total	179,1

Article 67
Rapport au Parlement

Cet article prévoit la 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.

Article 73
Modalités de majoration du complément familial

L'article définit à compter du 1^{er} avril 2014 de nouvelles dispositions concernant les modalités de majoration du montant du complément familial, attribué aux ménages ou aux personnes dont les ressources ne dépassent pas un plafond qui varie en fonction du nombre d'enfants à charge (le plafond de majoration pour les couples avec deux revenus et trois enfants était en 2013 de 22.388 € par an). Ce plafond est majoré lorsque la charge des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel, soit par une personne seule. Le niveau du plafond de ressources varie conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac. Les taux respectifs du complément familial et du montant majoré du complément familial seront fixés par décret.

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

Le recentrage de certaines prestations au bénéfice des familles en ayant le plus besoin a été annoncé par le Premier Ministre en juin 2013 dans le cadre de la rénovation de la politique familiale. La modulation de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant selon le niveau de ressources des familles, qui s'appliquera pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} avril 2014, et pour tous les autres enfants à compter du 1^{er} avril 2017, traduit cette annonce.

L'article L. 531-3 du Code de la Sécurité Sociale dispose que l'allocation de base sera versée à taux partiel aux ménages ou aux personnes dont les ressources ne dépassent pas un certain plafond (défini à l'article L. 531-2 du Code de la Sécurité Sociale) et sera versée à taux plein lorsque les ressources ne dépassent pas un plafond, fixé par décret. Ce dernier plafond varie selon le nombre d'enfants nés ou à naître et est majoré lorsque la charge du ou des enfants est assumée par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel minimal ou par une personne seule.

Le montant de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant sera aligné de manière progressive sur celui du complément familial en vigueur : il sera forfaitairement défini au niveau de leur montant en vigueur au 1^{er} avril 2013 jusqu'à ce que le montant du complément familial, prévu à l'article L. 522-1 du Code de la Sécurité Sociale, soit supérieur ou égal au montant forfaitaire de l'allocation de base à taux plein.

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

Le complément de libre choix du mode de garde est attribué au ménage ou à la personne qui emploie une assistante maternelle agréée ou une personne mentionnée à l'article L. 772-1 du Code du Travail pour assurer la garde d'un enfant.

Pour soutenir le retour à l'emploi des parents, la condition de revenu minimum tiré d'une activité professionnelle pour toucher ce complément est supprimée et est remplacée par une condition simple d'exercice d'une activité.

En second lieu, le complément de libre choix du mode de garde versé aux familles qui recourent à un établissement d'accueil de jeunes enfants est conditionné au respect d'un plafond tarifaire : l'article L. 531-6 du code de la Sécurité Sociale prévoit désormais que l'établissement ne doit pas dépasser un montant horaire maximal fixé par décret.

Article 86

Renforcement de la lutte contre la fraude sociale

Cet article harmonise les sanctions en matière de fraude sociale.

Les sanctions en cas de fraudes aux prestations sociales seront de 2 ans d'emprisonnement et 30 000€ d'amende en cas de faux et à 7 ans d'emprisonnement et 750 000€ d'amende en cas d'escroquerie constatée au préjudice d'un organisme de sécurité sociale.

III. Articles censurés par le Conseil Constitutionnel (Décision n° 2013-682 DC en date du 19 décembre 2013)

Article 34

Introduction d'un principe d'équité de rémunération entre les centres de santé et les professionnels de santé libéraux

Cet article prévoyait l'inscription d'un principe d'équité de rémunération entre les professionnels de santé libéraux et ceux exerçant dans les centres de santé. Il est précisé un délai de 9 mois au plus tard après la promulgation de la Loi LFSS 2014 pour la renégociation de l'accord conclu en application de l'article L 162-32-1 du code de la sécurité sociale.

Article 37

Déserts Médicaux

Cet article prévoyait la remise d'un rapport annuel sur la situation des déserts médicaux par le gouvernement au Parlement. Ce rapport présenterait notamment les inégalités géographiques et les zones sous dotées en médecins généralistes et spécialistes et infirmiers. Il évaluerait également les disparités financières d'accès aux soins et les zones où seraient constatés des dépassements d'honoraires. A noter que le HCAAM conduit également des travaux sur ces thèmes pour des rapports attendus en 2014.

Article 58

Renouvellement automatique de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS) pour les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées

L'article prévoyait le renouvellement automatique de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS) pour les allocataires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées ou d'une des allocations prévues à l'article 2 de l'ordonnance du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse.

Loi de Finances pour 2014

Principales dispositions concernant les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

LOI n° 2013-1278 du 29 décembre 2013 de finances pour 2014 (1)

SOMMAIRE

Article	Thème	Page
4	Suppression de l'exonération fiscale de la participation de l'employeur aux contrats collectifs et obligatoires de complémentaire santé.	23
6	Maintien du taux de TVA à 5,5% pour les biens et services de première nécessité listés à l'article 278-0 du Code Général des Impôts.	24
12	Suppression du droit de timbre pour introduire un recours en justice.	24
21	Bénéfice d'un crédit d'impôt pour certains opérateurs ; à raison de l'acquisition ou de la construction de logements neufs dans les départements d'outre-mer, lorsqu'ils respectent un certain nombre de conditions, dont l'adaptation à l'hébergement de personnes âgées de plus de soixante-cinq ans ou de personnes handicapées.	24
29	Accessibilité de l'immeuble et du logement et adaptation du logement aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées, concernant les cheminements extérieurs, le stationnement, l'accès au bâtiment, les parties communes de l'immeuble et les logements : taux réduit de TVA applicable aux livraisons à soi-même de travaux de rénovation.	25-26

124	Reconnaissance du métier d'accompagnant des élèves en situation de handicap.	26-27
130	Recentrage sur les bas salaires de l'exonération des cotisations employeurs dans les départements d'Outre-Mer et certaines collectivités d'Outre-Mer.	27
139	Fonds national des solidarités actives.	27
140	Suppression des indemnités compensatrices forfaitaires (ICF) et création d'une prime à l'apprentissage pour les très petites entreprises (TPE).	27-28
141	Restriction de l'exonération spécifique applicable aux organismes d'intérêt général (OIG) dans les zones de revitalisation rurale (ZRR).	28-29

Article 4

Suppression de l'exonération fiscale de la participation de l'employeur aux contrats collectifs et obligatoires de complémentaire santé

La participation de l'employeur à un régime de prévoyance complémentaire collectif et obligatoire était jusqu'à présent exclue, sous certaines limites, du revenu imposable du salarié.

Afin de réduire les avantages fiscaux attachés aux contrats complémentaires obligatoires santé, le présent article a pour objet de soumettre à l'impôt sur le revenu, les cotisations patronales sur les garanties complémentaires « frais de santé » dès le 1er euro.

Les autres contributions au financement d'un régime complémentaire (contributions finançant une couverture autre que celle relative à des frais de santé) restent soumises à un plafond d'exonération à l'impôt sur le revenu. Toutefois, ce plafond a été réduit.

Ainsi, ce nouveau plafond est désormais égal à la somme de 5 % du plafond annuel de la Sécurité sociale (au lieu de 7 %) et de 2 % de la rémunération annuelle brute (au lieu de 3 %). Le total ne doit toutefois pas excéder 2 % (au lieu de 3 %) de 8 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Cette mesure s'appliquera aux revenus perçus depuis le 1^{er} janvier 2013. Il convient par conséquent, de recalculer le net imposable des salariés dans la DADS.

Cette disposition de la loi de finances fait état des « cotisations à la charge de l'employeur ... ». Aucune précision n'est apportée à ce jour par instruction fiscale sur le sort réservé à la participation des CE dans le financement de la complémentaire frais de santé. Sous réserve d'éléments nouveaux, il convient à notre sens de faire une lecture littérale du texte et de soumettre à impôt sur le revenu seulement la part prise en charge par l'employeur.

Article 6
Maintien du taux de TVA à 5,5% pour les biens et services de première nécessité listés à l'article 278-0 du Code Général des Impôts

Par l'abrogation du B du I et du A du III de l'article 68 de la loi n° 2012-1510 du 29 décembre 2012 de finances rectificative pour 2012, le passage initialement prévu du taux réduit de 5,5% à 5% pour certains biens et services considérés comme étant de première nécessité est annulé. Le taux de 5,5% est donc maintenu pour les équipements listés à l'article 278-0 du Code Général des Impôts : appareillages pour personnes handicapées, fourniture de logement et de nourriture dans certains établissements médico-sociaux, prestations exclusivement liées à l'état de dépendance des personnes âgées et aux besoins d'aide des personnes handicapées hébergées qui sont dans l'incapacité d'accomplir les gestes essentiels de la vie courante...

Article 12
Suppression du droit de timbre pour introduire un recours en justice

Cette disposition de la loi de finances vise à renforcer l'accès à la justice et à l'équité de l'aide juridictionnelle en supprimant le droit de timbre d'un montant de 35 euros à compter du 1er janvier 2014.

En place depuis le 1er octobre 2011, cette contribution était due par les personnes engageant notamment une action en justice pour un litige d'ordre civil, commercial, prud'homal, social ou rural, devant une juridiction judiciaire ou administrative.

Article 21
Bénéfice d'un crédit d'impôt pour certains opérateurs ; à raison de l'acquisition ou de la construction de logements neufs dans les départements d'outre-mer, lorsqu'ils respectent un certain nombre de conditions, dont l'adaptation à l'hébergement de personnes âgées de plus de soixante-cinq ans ou de personnes handicapées

Insertion dans le Code général des impôts d'un article 244 quater X., qui prévoit que sur option, les organismes d'habitations à loyer modéré, à l'exception des sociétés anonymes coopératives d'intérêt collectif pour l'accession à la propriété, les sociétés d'économie mixte exerçant une activité immobilière outre-mer et les organismes concourant aux objectifs de la politique d'aide au logement (maîtrise d'ouvrage d'opérations d'acquisition, de construction ou de réhabilitation de logements ou de structures d'hébergement en tant que propriétaire ou preneur de bail à construction, emphytéotique ou de bail à réhabilitation, ingénierie sociale, financière et technique, intermédiation locative et gestion locative sociale), peuvent bénéficier d'un crédit d'impôt à raison de l'acquisition ou de la construction de logements neufs dans les départements d'outre-mer, lorsqu'ils respectent un certain nombre de conditions, parmi lesquelles : les logements peuvent être spécialement adaptés à l'hébergement de personnes âgées de plus de soixante-cinq ans ou de personnes handicapées auxquelles des prestations de services de nature hôtelière peuvent être proposées.

Article 29

Accessibilité de l'immeuble et du logement et adaptation du logement aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées, concernant les cheminements extérieurs, le stationnement, l'accès au bâtiment, les parties communes de l'immeuble et les logements : taux réduit de TVA applicable aux livraisons à soi-même de travaux de rénovation

Modification de l'article 278 sexies du Code général des impôts, pour instaurer le taux réduit de TVA applicable aux livraisons à soi-même de travaux de rénovation portant sur certains types de locaux (définis aux 2 à 8 du I. de l'article 278 sexies du Code général des impôts), et ayant pour objet de concourir directement à l'accessibilité de l'immeuble et du logement, et l'adaptation du logement aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées, concernant les cheminements extérieurs, le stationnement, l'accès au bâtiment, les parties communes de l'immeuble et les logements.

L'article 68 de la loi n° 2012-1510 du 29 décembre 2012 de finances rectificative pour 2012, qui prévoyait plusieurs dispositions sur les différents taux réduits applicables, est à nouveau modifié.

Tout d'abord, pour la fourniture de logement et de nourriture, l'assujettissement au taux de 5,5% déjà prévu dans les maisons de retraite et les établissements accueillant des personnes handicapées, est étendu aux logements foyers (de l'article L. 633-1 du code la de la construction) et aux établissements mentionnés au b du 5° et aux 8° et 10° du I de l'article 312-1 du CASF soit :

- Les établissements ou services de réadaptation, de préorientation et de rééducation professionnelle mentionnés à l'article L. 323-15 du code du travail ;
- Les établissements ou services comportant ou non un hébergement, assurant l'accueil, notamment dans les situations d'urgence, le soutien ou l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active ou l'insertion sociale et professionnelle des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse ;
- Les foyers de jeunes travailleurs qui relèvent des dispositions des articles L. 351-2 et L. 353-2 du code de la construction et de l'habitation ;

Ce taux réduit de 5,5% s'applique également aux prestations exclusivement liées, d'une part, à l'état de dépendance des personnes âgées et, d'autre part, aux besoins d'aide des personnes handicapées, hébergées dans ces établissements et qui sont dans l'incapacité d'accomplir les gestes essentiels de la vie quotidienne ;

Dans un second temps, l'article 278 sexies du Code Général des Impôts dispose désormais que sont soumis au taux de 5,5% (au lieu du taux de 7% applicable depuis le 1^{er} janvier 2012) :

- les livraisons de locaux aux établissements agissant sans but lucratif et dont la gestion est désintéressée mentionnés au 2°, 6° et 7° du I. de l'article L. 312-1 du CASF
- les livraisons à soi-même de travaux de rénovation portant sur ces locaux et ayant pour objet de concourir directement soit à :
 - la réalisation d'économies d'énergie et de fluides
 - l'accessibilité de l'immeuble et du logement et l'adaptation du logement aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées,
 - la mise en conformité des locaux avec certaines normes tendant à favoriser l'investissement locatif, l'accession à la propriété de logements sociaux et le développement de l'offre foncière ;
 - la protection de la population contre les risques sanitaires liés à une exposition à l'amiante ou au plomb ;
 - la protection des locataires en matière de prévention et de lutte contre les incendies, de sécurité des ascenseurs, de sécurité des installations de gaz et d'électricité, de prévention des risques naturels, miniers et technologiques ou d'installation de dispositifs de retenue des personnes.

Enfin, par application du nouvel article 278 sexies A, la taxe sur la valeur ajoutée est perçue au taux réduit de 10 % en ce qui concerne les livraisons à soi-même de travaux d'amélioration, de transformation, d'aménagement ou d'entretien, autres que l'entretien des espaces verts et les travaux de nettoyage, lorsqu'ils ne bénéficient pas du taux réduit de 5,5 % en application du IV de l'article 278 sexies et dans la mesure où ces travaux portent sur les locaux mentionnés aux 2 à 8 du I du même article.

Les dispositions d'application dans le temps de ces nouvelles dispositions sont précisées par la loi.

Note bene : Concernant les établissements de santé et la demande de préservation d'un taux réduit de TVA pour les prestations de restauration, la FEHAP a initié une démarche collective qui a progressivement réuni la FHF, la FHP-MCO, la FHP-SSR, l'UNCPSY, UNICANCER et la FHP. Cette mobilisation n'a pas permis de faire évoluer le texte de la Loi de Finances 2014, mais les démarches se poursuivent sous la forme de questions écrites aux parlementaires (disponibles auprès de vos chargés de mission FEHAP si vous pouvez mobiliser un parlementaire dont vous seriez proches), et de rendez-vous auprès des cabinets ministériels.

Article 124

Reconnaissance du métier d'accompagnant des élèves en situation de handicap

L'article L.351-3 du Code de l'Education dispose qu'une aide individuelle ou mutualisée peut être prévue pour les enfants en situation de handicap par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) lorsque celle-ci est nécessaire à leur scolarisation. Faisant suite à l'annonce gouvernementale d'août dernier, les assistants d'éducation chargés d'apporter cette aide se voient reconnaître un véritable statut et deviennent des « accompagnants d'élèves en situation de handicap ». Ces accompagnants ne pourront plus être recrutés sans condition de diplôme, même dans le cas où l'aide nécessaire à l'élève handicapé ne comporte pas de soutien pédagogique.

Plusieurs dispositions spécifiques au sein d'un nouvel article L. 917-1 du Code de l'Education précisent les modalités relatives à ces nouveaux accompagnants d'élèves en situation de handicap.

Ces derniers sont recrutés pour exercer des fonctions d'aide à l'inclusion scolaire de ces élèves, y compris en dehors du temps scolaire. Ils sont recrutés par l'Etat ou par les établissements d'enseignement

Ils bénéficient d'une formation spécifique pour l'accomplissement de leurs fonctions, mise en œuvre en collaboration avec les associations d'aide aux familles d'enfants en situation de handicap et peuvent demander à faire valider l'expérience acquise dans les conditions définies par le code du travail.

Les accompagnants des élèves en situation de handicap sont recrutés par contrat d'une durée maximale de trois ans, renouvelable dans la limite maximale de six ans. Au-delà de cette période maximale, l'Etat doit conclure un contrat à durée indéterminée avec cette personne en vue de poursuivre ces missions. Jusqu'à l'entrée en vigueur du décret mentionné au dernier alinéa de l'article L. 917-1 du code de l'éducation, les assistants d'éducation exerçant des missions d'aide à l'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap demeurent régis par le décret n° 2003-484 du 6 juin 2003 fixant les conditions de recrutement et d'emploi des assistants d'éducation.

L'Etat peut proposer un contrat à durée indéterminée aux assistants d'éducation parvenus, à compter du 1er janvier 2013, au terme de six années d'engagement pour exercer des missions d'aide à l'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap. Cette proposition est faite au plus tard au terme du contrat en cours des personnels concernés, qu'ils soient en fonction ou en congé prévu par les dispositions réglementaires qui leur sont applicables à la date d'entrée en vigueur de la présente loi. Le contrat à durée indéterminée proposé prévoit

une quotité de temps de travail au moins égale à celle prévue par le précédent contrat. Il peut prévoir de modifier les clauses relatives aux établissements d'enseignement où l'assistant d'éducation est susceptible d'exercer.

Article 130

Recentrage sur les bas salaires de l'exonération des cotisations employeurs dans les départements et certaines collectivités d'Outre-Mer

Cette disposition vise à modifier le dispositif actuel d'exonération de cotisations patronales de sécurité sociale spécifique à l'Outre-Mer tel que défini par l'article L 752 -3-2 du code de la Sécurité Sociale.

L'objectif de cet article est de recentrer le dispositif d'exonération sur les bas salaires concernant les entreprises éligibles au crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE).

Il est à noter que pour les entreprises ou organismes non éligibles au CICE, les limites d'exonération restent inchangées.

L'article 130 de la loi de finances clarifie les seuils d'effectif retenus dans le régime de droit commun.

En outre, cette disposition, introduit une distinction supplémentaire. Les entreprises mentionnées à l'article 244. I du code général des impôts, c'est-à-dire celles éligibles au CICE ainsi, que pour les rémunérations leur ouvrant droit au CICE, les organismes mentionnés à l'article 207 du code général des impôts, c'est-à-dire celles bénéficiant d'une exonération ou d'un régime particulier au regard de l'impôt sur les sociétés, voient l'exonération spécifique à l'outre-mer recentrée sur les bas salaires, qu'il s'agisse de l'exonération de droit commun ou du régime renforcé.

Cette disposition s'applique aux rémunérations versées à partir du 1er janvier 2014.

Article 139

Fonds national des solidarités actives

L'article prévoit que pour l'année 2014, le fonds national des solidarités actives finance la totalité des sommes payées au titre de l'allocation de revenu de solidarité active versée aux bénéficiaires.

Article 140

Suppression des indemnités compensatrices forfaitaires (ICF) et création d'une prime à l'apprentissage pour les très petites entreprises TPE

L'indemnité compensatrice forfaitaire (ICF) était une aide versée par chaque région en cas de conclusion d'un contrat d'apprentissage. Ses modalités de calcul et de versement étaient propres à chaque région. Selon le gouvernement, l'évaluation de ces aides a démontré qu'elles n'étaient pas suffisamment incitatives à l'embauche d'un apprenti.

Dans un souci d'efficacité, il a été décidé de remplacer dès le 1er janvier 2014, l'indemnité compensatrice forfaitaire (ICF) par la prime à l'apprentissage ciblée sur les très petites entreprises (entreprises de moins de 11 salariés).

Le montant minimal de cette prime reste fixé à 1 000 euros par année de formation. Il appartient à chaque région de déterminer le montant de cette prime ainsi que ses modalités d'attribution (article L.6243-1 du Code du travail). Etant précisé que les régions pourront verser une prime supérieure à 1000€.

L'article 140 de la loi de finances pour 2014 prévoit des dispositions transitoires :
Ainsi, les contrats d'apprentissage conclus avant le 1er janvier 2014 pour lesquels une indemnité compensatrice forfaitaire était versée, continueront à ouvrir droit au versement d'une aide de la région dans les conditions suivantes:

- pour la première année de formation : une aide versée selon les mêmes modalités que l'ancienne ICF;
- pour la 2e année de formation : 500 € dans les entreprises de 11 salariés et plus, 1.000 € si l'entreprise a moins de 11 salariés ;
- pour la troisième année de formation : 200 € dans les entreprises de 11 salariés et plus, 1.000 € si l'entreprise a moins de 11 salariés.

Pour les entreprises de 11 salariés et plus qui signeront des contrats d'apprentissage à compter du 1^{er} janvier 2014, aucune aide ne pourra être demandée auprès de la région.

Article 141

Restriction de l'exonération spécifique applicable aux organismes d'intérêt général dans les zones de revitalisation rurale

En dépit d'une mobilisation très active de la FEHAP et de ses adhérents, et de démarches épistolaires auprès des Ministres et du Premier Ministre en lien avec l'UNAPEI et l'APAJH, il n'a pas été possible de faire évoluer le texte de l'article 78, lequel réduit de manière drastique les exonérations sociales au titre des ZRR. Nos initiatives ont obtenu un vote positif d'un amendement de la commission des finances en seconde lecture à l'Assemblée Nationale, mais l'opposition du Gouvernement n'a pas permis la confirmation de cette avancée dans les débats.

L'exonération est donc reconfigurée : elle demeure complète pour les rémunérations éligibles jusqu'à 1,5 SMIC. Puis elle est dégressive pour s'annuler dès 2,4 SMIC.

L'estimation présentée par Bercy de cette mesure est une économie de 30 millions d'euros, pour un coût global national des exonérations de 130 millions d'euros. Selon des estimations faites par plusieurs adhérents FEHAP à leur échelle propre, la réduction est en réalité plus sévère encore, avec à la clé de nombreuses suppressions d'emplois.

La FEHAP souhaite recevoir par le truchement des chargés de mission en région, dès qu'elles seront établies par un maximum d'adhérents sanitaires, sociaux et médico-sociaux, des évaluations de l'impact négatif de la mesure et, au regard du coût moyen du poste chargé, du nombre d'emplois ainsi perdus. En effet, une mission parlementaire doit être mise en place sur les ZRR et il est crucial que le coût économique et social de la réduction de l'article 78 puisse être mis en balance avec l'économie recherchée.

Cette disposition vise à restreindre les exonérations de charges prévues pour les organismes d'intérêt général installés en zones de revitalisation rurale pour les contrats conclus avant le 1^{er} novembre 2007.

L'article 141 de la loi de finances pour 2014 vise ainsi, à compter du 1^{er} janvier 2014, à plafonner l'exonération, qui porte sur les cotisations patronales de sécurité sociale hors cotisations accident du travail - maladie professionnelle (ATMP), cotisations au fonds national d'aide au logement (FNAL) et versement transport, aux rémunérations inférieures ou égales à 1,5 fois le Smic, et à instaurer un calcul dégressif qui s'annule pour les rémunérations égales à 2,4 fois le SMIC.

Le présent article a donc pour conséquence d'aligner ces modalités d'exonération sur celles du dispositif ZRR de droit commun.

Cette disposition s'applique aux gains et rémunérations versés à compter du 1er janvier 2014.

La FEHAP s'était mobilisée aux côtés des adhérents concernés et des parlementaires afin d'éviter l'adoption de cette mesure. La FEHAP avait contribué à l'adoption d'un amendement 439 par la commission des finances de l'Assemblée Nationale atténuant l'impact négatif de la mesure. Cette adoption avait permis d'espérer une voie de sortie par le haut, mais l'opposition du Ministre du Budget n'a pas permis son adoption.

Rédaction

179 rue de Lourmel 75015 Paris
Tél. : 01 53 98 95 00
fax : 01 53 98 95 02

Directeur de la publication : Yves-Jean Dupuis

CPPAP : N°0712 G 84064
ISSN : 0757-0481

