

**PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
2014**

La sécurité sociale est notre bien commun

Ces dernières années, elle a été fragilisée par des déficits qui ont sapé la confiance dans sa pérennité et par des désengagements qui ont affaibli sa capacité à protéger.

La place qu'elle occupe dans la vie des Français, dans notre économie et dans nos finances publiques, la met nécessairement au cœur des priorités du Gouvernement. C'est pourquoi l'ambition que traduit ce projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour notre système de protection sociale est triple.

Garantir la pérennité de notre système de protection sociale

On ne peut construire une politique active de solidarité durablement à crédit : notre protection sociale doit s'inscrire dans un modèle qui reste fidèle à ses valeurs de solidarité, mais qui soit aussi financièrement durable. C'est pourquoi le Gouvernement a entrepris dès les premières lois financières de prendre les mesures nécessaires à la réduction des déficits sociaux. Avec le PLFSS pour 2014, ce sont 8,5 milliards d'euros d'efforts qui seront réalisés l'année prochaine. Si leur effet sur le solde est encore limité par la conjoncture, ces efforts sont appelés à porter leurs fruits davantage chaque année. En 2014, malgré une croissance encore limitée, le déficit de la Sécurité sociale sera réduit de 3,4 milliards d'euros.

Assurer le financement de la Sécurité sociale, au service de la croissance et de l'emploi

Le PLFSS s'intègre dans la stratégie de finances publiques du Gouvernement au service de la croissance et de l'emploi. C'est pourquoi les efforts demandés ne pèseront pas sur le coût du travail et plus de 4 milliards d'euros de redressement résulteront d'économies. Au-delà des mesures figurant dans ce PLFSS, le Gouvernement poursuivra avec les partenaires sociaux la réflexion sur le financement de la protection sociale.

Mettre en œuvre des réformes structurelles pour l'avenir et l'équité de notre système de protection sociale

Le PLFSS pour 2014 permettra de porter les réformes structurelles engagées par le Gouvernement :

- Le projet de loi garantissant l'avenir des retraites et la justice du système de retraites contribue au redressement des comptes de la branche vieillesse. Le solde de la branche s'améliorera notamment sous l'effet du report au 1er octobre 2014 de l'indexation des pensions - sauf pour les pensions les plus modestes - et de la hausse de 0,15 point des cotisations patronales et salariales, pour un impact global sur les régimes de base de plus de 2,5 milliards d'euros. La fiscalisation des majorations de pension bénéficiera à la branche vieillesse à compter de 2015.
- Il comportera les mesures annoncées en juin dernier pour assurer la pérennité de la branche famille et rendre la politique familiale plus juste. Les comptes de la branche famille qui seront présentés traduiront ainsi les mesures de modulation de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant, d'uniformisation du montant du complément de libre choix d'activité, qui contribueront à l'effort d'économie, ainsi que les mesures de justice que représentent la majoration du complément familial et de l'allocation de soutien familial. Le plafonnement de l'avantage fiscal découlant de la présence d'enfants au foyer (quotient familial) bénéficiera intégralement à la branche famille. La baisse de la cotisation patronale pour la branche famille (0,15 point sur 5,4 points) sera intégralement compensée à la branche. Dans le même temps, la convention d'objectifs et de gestion de la caisse nationale d'allocations familiales permet de traduire la priorité donnée au développement des modes de garde, dans le cadre de l'objectif de 275 000 nouvelles solutions d'accueil des jeunes enfants.
- Le PLFSS permettra enfin d'engager la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé en contribuant à mieux structurer l'offre de soins par le renforcement des soins de premier recours, en adaptant les modalités de financement des établissements de santé, en s'inscrivant dans l'objectif de généralisation de l'accès à une couverture complémentaire santé, en promouvant la santé publique et en veillant à une politique du médicament efficiente et favorable à l'innovation.

Sommaire

Pour un modèle social soutenable	5
Le rétablissement des comptes de la Sécurité sociale se poursuit en 2013 et 2014	7
Des dépenses sociales maîtrisées et plus efficaces grâce à des réformes de structure	13
L'ONDAM : des dépenses d'assurance maladie maîtrisées en 2013 comme en 2014	17
Le PLFSS 2014 permet d'engager la stratégie nationale de santé	23
Renforcer les soins de premier recours	25
Rénover la stratégie de soutien aux investissements des établissements de santé	27
Engager la réforme du financement des établissements de santé	28
Poursuivre l'effort en faveur des personnes âgées et handicapées	29
Améliorer l'accès aux soins notamment par une nouvelle étape dans la généralisation de la complémentaire santé	30
Améliorer l'aide au sevrage tabagique chez les jeunes de 20 à 25 ans	32
Mettre en œuvre le tiers-payant pour les actes en lien avec la prescription d'un contraceptif à une mineure de plus de 15 ans	33
Mettre en œuvre une politique de produits de santé efficiente et favorable à l'innovation	34
Le PLFSS 2014 met en œuvre les décisions relatives à la rénovation de la politique familiale	37
La majoration du complément familial pour les familles sous le seuil de pauvreté	41
La modulation de l'allocation de base de la PAJE et alignement progressif de son montant sur celui de complément familial	42
La suppression du CLCA majoré et la modification des conditions d'accès au CLCA à taux partiel des non salariés	43
Le plafonnement du CMG structure et la suppression de la condition de revenu minimal d'activité pour le CMG	44

Pour un modèle social soutenable



Le rétablissement des comptes de la Sécurité sociale se poursuit en 2013 et 2014

Il y a un an, la loi de finances rectificative d'août 2012 et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 répondaient à l'urgence : endiguer la dérive des déficits qui menaçait la pérennité de notre système de protection sociale.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 (PLFSS 2014) poursuit cette œuvre de redressement, en la faisant reposer sur des réformes structurelles qui visent à moderniser notre système de protection sociale et s'inscrivent dans une stratégie économique orientée vers la croissance et l'emploi.

Le déficit diminue de 1,3 milliard d'euros en 2013

malgré une conjoncture défavorable

L'année 2013 suit onze années, de 2002 à 2012, au cours desquelles le cumul des déficits de la sécurité sociale - régime général (RG) et fonds de solidarité vieillesse (FSV) - a atteint 160 milliards d'euros.

Ces niveaux de déficit ont fragilisé notre protection sociale. Les dépenses de sécurité sociale sont des dépenses courantes : rien ne peut justifier d'en reporter le financement sur les générations futures. Assurer la pérennité de notre système de protection sociale passe par le retour à l'équilibre des comptes sociaux.

La loi de finances rectificative (LFR) d'août 2012 et la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013 ont permis de réduire le déficit de la sécurité sociale dès 2012 (17,5 milliards d'euros pour le RG et le FSV, contre 20,9 milliards d'euros en 2011) grâce à d'importants efforts réalisés en 2013.

L'année 2013 est marquée par la maîtrise des dépenses de santé : 2,4 milliards d'euros d'économies ont été réalisées. Les dépenses de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) seront même inférieures de 500 millions d'euros au montant voté en LFSS pour 2013. Les mesures prises en LFR 2012 et la LFSS 2013 ont quant à elles apporté plus de 8 milliards d'euros de ressources nouvelles à notre système de protection sociale.

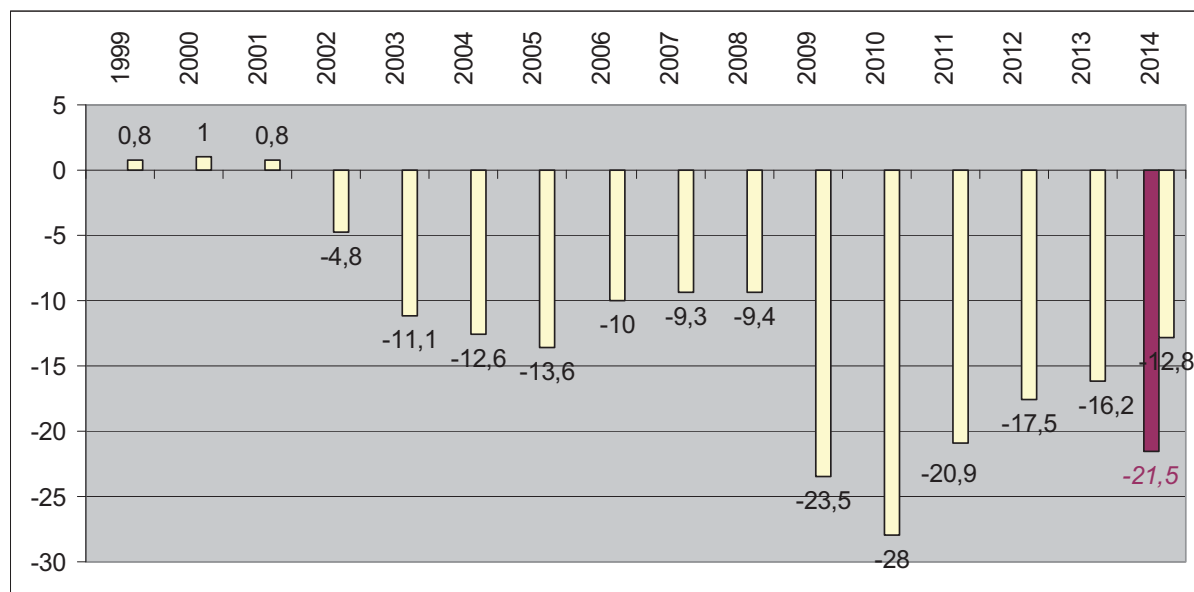
Cet effort permet de réduire le déficit du régime général et du FSV de plus de 1 milliard d'euros en 2013, malgré une conjoncture particulièrement défavorable : croissance du PIB limitée à 0,1%, progression de la masse salariale privée de 1,3%. Sans ces mesures, le déficit 2013 du RG et du FSV aurait dépassé les 25 milliards d'euros.

Réduire le déficit dans un contexte aussi défavorable constitue un résultat remarquable : en 2010, par exemple, avec une croissance nettement plus élevée (1,6%), le déficit du régime général et du FSV s'était creusé de 4,5 milliards d'euros pour atteindre 28 milliards d'euros.

	Solde 2011	Solde 2012	Solde 2013
Maladie	-8,6	-5,9	-7,7
AT/MP	-0,2	-0,2	+0,3
Vieillesse	-6,0	-4,8	-3,3
Famille	-2,6	-2,5	-2,8
Total RG	-17,5	-13,3	-13,5
FSV	-3,4	-4,1	-2,7
Total RG+FSV	-20,9	-17,5	-16,2

La LFSS 2014 permettra de réduire de 3,4 milliards d'euros le déficit de la sécurité sociale en 2014, le rapprochant ainsi de son niveau d'avant la crise

Compte tenu d'une croissance du PIB de 0,9% et de la masse salariale privée de 2,2% attendues en 2014, le déficit de la sécurité sociale atteindrait 21,5 milliards d'euros l'an prochain en l'absence de mesures de redressement.



Solde annuel du régime général et du FSV de 1999 à 2014
En rouge : solde 2014 avant LFSS 2014

Les mesures proposées dans le cadre du PLF et du PLFSS 2014 permettront d'infléchir cette tendance de plus de 8,5 milliards d'euros.

Cet effort se répartit ainsi :

- Près de 4 milliards d'euros d'économies sur les dépenses sociales. Il s'agit de l'impact sur le seul champ du régime général et FSV des mesures d'économies portant sur l'ensemble des régimes de sécurité sociale : ralentissement à 2,4% de la croissance de l'ONDAM, économies décidées dans le cadre des réformes de la politique familiale et des retraites, économies de gestion sur les caisses de sécurité sociale ;
- 2 milliards d'euros de transferts de recettes de l'Etat vers la sécurité sociale :
 - o affectation à la CNAF du rendement de la baisse du plafond du quotient familial décidée dans le cadre de la réforme de la politique familiale
 - o affectation à la CNAMTS du rendement de la fiscalisation de la participation de l'employeur aux contrats complémentaires santé collectifs décidée dans le cadre de la généralisation de l'accès à la complémentaire santé
 - o en outre, sera reversé à la CNAF un montant équivalent à la perte de recettes liées à la diminution de 0,15 point de la baisse du taux de cotisations « famille »
- 2,2 milliards d'euros de recettes nouvelles pour la sécurité sociale, issues :
 - o de la hausse de 0,15 point des cotisations retraite dans le cadre de la réforme des retraites (un effet de 1,7 milliard d'euros sur le champ du régime général et du FSV) ;

- d'une mesure ciblée de réduction de niche sur les prélèvements sociaux : la simplification du calcul des prélèvements sociaux sur les produits de placement exonérés à l'impôt sur le revenu. En outre, dans le champ du régime agricole, une mesure limitant l'optimisation via les revenus distribués par les exploitations sous forme sociétaria à la famille de l'exploitant permettra de financer en 2014 les mesures prises en faveur des retraites agricoles.
- diverses mesures de transferts.

En 2014, le déficit du régime général et du FSV s'établira ainsi à 12,8 milliards d'euros, en réduction de 3,4 milliards d'euros par rapport à 2013. Il retrouve donc un niveau proche de ce qu'il était avant la crise de 2008. Le déficit du régime général repassera sous la barre des 10 milliards d'euros et s'établira à 9,6 milliards d'euros.

	Solde 2013	Solde 2014 avant LFSS	Solde 2014
Maladie	-7,7	-10,9	-6,2
AT/MP	+0,3	+0,1	+0,1
Vieillesse	-3,3	-3,7	-1,2
Famille	-2,8	-3,3	-2,3
Total RG	-13,5	-17,8	-9,6
FSV	-2,7	-3,7	-3,2
Total RG+FSV	-16,2	-21,5	-12,8

Au-delà de 2014, une sécurité sociale sur une trajectoire de retour à l'équilibre

Les réformes de la politique familiale et des retraites continueront à améliorer les soldes des branches famille et vieillesse ainsi que du FSV dans la durée. A cela s'ajoute la maîtrise durable des dépenses d'assurance maladie, en appui sur la stratégie nationale de santé.

Dès lors, le déficit du régime général et du FSV devrait redescendre à 4 milliards d'euros à l'horizon 2017, soit un déficit divisé par cinq entre 2011 et 2017.

	2013	2014	2015	2016	2017
Maladie	-7,7	-6,2	-5,4	-4,0	-2,6
AT/MP	+0,3	+0,1	+0,4	+0,6	+0,9
Vieillesse	-3,3	-1,2	-0,6	0,0	0,6
Famille	-2,8	-2,3	-1,9	-1,6	-1,0
Total RG	-13,5	-9,6	-7,6	-4,9	-2,1
FSV	-2,7	-3,2	-3,0	-2,6	-1,9
Total RG+FSV	-16,2	-12,8	-10,6	-7,5	-4,0

Ces efforts permettent de limiter l'évolution de la dette de la sécurité sociale

Les déficits sociaux qui s'accumulent sans être résorbés par des excédents ni être transférés à la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) sont portés par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

Cette situation n'est pas satisfaisante, car l'ACOSS a vocation à financer des besoins temporaires de trésorerie et non une dette pérenne.

Le Gouvernement ne souhaite pas renouveler le précédent de 2010, année au cours de laquelle le montant des besoins de trésorerie de l'ACOSS avaient dépassé 50 milliards d'euros.

Au contraire, il entend mettre immédiatement à profit l'effet positif sur le solde de la branche vieillesse des mesures qu'il a prises, et notamment dans le cadre de la réforme des retraites.

En 2014, il n'y aura pas de nouvelle reprise de dette de la sécurité sociale : cela aurait supposé, pour respecter les règles organiques sur le financement de la dette sociale, d'affecter à la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) de nouvelles recettes, alors que la stratégie économique du gouvernement vise la stabilité des prélèvements obligatoires.

Pour autant, l'évolution de la dette de la sécurité sociale sera maîtrisée grâce à la réduction globale des déficits.

Notamment, les déficits de la branche vieillesse diminuent très fortement grâce aux apports de recettes réalisés en LFR 2012 et en LFSS 2013 puis à la réforme des retraites de 2013. Les déficits de la CNAV et du FSV se situent donc très nettement en deçà des plafonds de déficits vieillesse dont la reprise a été votée en 2010, à savoir 62 milliards d'euros entre 2011 et 2018 dans la limite de 10 milliards d'euros par an.

Cette amélioration de la situation des déficits vieillesse offre donc des marges pour intégrer les déficits maladie et famille dans le champ de la reprise des déficits vieillesse votée en 2010, dans le respect des plafonds de 10 milliards d'euros par an et de 62 milliards d'euros sur 2011-2018.

Ainsi, en 2013, le déficit de la CNAV et du FSV s'élèvera à 6 milliards d'euros. La reprise pourra donc intégrer, au sein du plafond de 10 milliards d'euros, ces déficits de la branche vieillesse et 4 milliards d'euros de déficits de la CNAMTS et de la CNAF.

Cette reprise n'allonge pas l'horizon d'amortissement de la dette sociale, qui est calculé à partir des plafonds de reprise de dette autorisés en 2010.

Le besoin maximal de trésorerie de l'ACOSS se situera donc en 2014 à 31 milliards d'euros, à un niveau proche de celui de 2013 (27 milliards d'euros).

Ce choix, qui répond à la préoccupation exprimée par la Cour des comptes dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, permet d'engager dès à présent la résorption des déficits sociaux accumulés à l'ACOSS sans augmenter pour cela les prélèvements obligatoires, conformément à la stratégie du Gouvernement orientée vers la stabilité fiscale.

La réforme du calcul des prélèvements sociaux sur les produits de placement

Objectif de la réforme

Simplifier et rendre plus juste le calcul des prélèvements sociaux sur les produits de placement exonérés d'impôt sur le revenu.

Descriptif de la mesure

L'ensemble des revenus du capital sont soumis à des prélèvements sociaux de 15,5% lors de leur réalisation.

Toutefois, une règle de calcul dérogatoire s'applique à certains produits de placement exonérés d'impôt sur le revenu qui ne sont assujettis aux prélèvements qu'au moment où les sommes investies et les revenus correspondants deviennent liquides pour l'épargnant. C'est le cas des gains sur les rachats de versements sur des contrats d'assurance-vie (hors contrats en euros) effectués jusqu'en 1997 ; des gains sur les rachats de plans d'épargne en actions (PEA) à partir de 5 ans ; et, pour les plans d'épargne-logement (PEL) ouverts avant le 1^{er} mars 2011, des intérêts taxés au dixième anniversaire du plan (ou à son dénouement s'il intervient avant). Les intérêts des PEL ouverts depuis le 1^{er} mars 2011 ou, pour les PEL antérieurs, ceux qui sont versés après la dixième année du plan ne sont pas concernés car ils font l'objet d'un prélèvement chaque année, au fil de l'eau.

Pour ces produits, le gain n'est pas intégralement imposé au taux de 15,5% : il est réparti en fractions correspondant aux années où il a été acquis, et on applique à chaque fraction annuelle le taux de prélèvements qui était en vigueur à l'époque, dit « taux historique ». Comme les prélèvements sociaux ont augmenté de 1996 à 2012, cela revient à appliquer à une partie des gains, non pas le taux de 15,5%, mais des taux plus faibles : ainsi, pour un placement réalisé en 1990, les gains acquis entre 1990 et 1995 sont taxés à 0%, ceux qui ont été acquis en 1996 à 0,5%, ceux qui ont été acquis en 1997 à 3,9%, ceux qui ont été acquis entre 1998 et 2004 à 9,5%, etc.

Cette modalité de calcul est particulièrement avantageuse par rapport à la manière dont sont taxés les autres revenus du capital : les revenus des produits de placement semblables mais soumis à l'impôt sur le revenu sont imposés pour tout leur montant à 15,5%. C'est également le cas lorsqu'un particulier réalise une plus-value imposable : elle est entièrement soumise au taux de 15,5%, même si elle a été constituée sur plusieurs années.

La mesure proposée consiste à appliquer le taux de 15,5% à l'intégralité des gains constitués depuis 1997 (année qui correspond à l'assujettissement des produits de placement à la CSG). Elle se traduira par des prélèvements plus lisibles et plus simples. Elle s'appliquera aux faits générateurs intervenant à partir du 26 septembre 2013.

Impact financier

Le rendement est de 600 M€, dont 450 M€ pour la Sécurité sociale, la CNSA et la CADES, et 150 M€ pour le FNAL et le FNSA.

Le financement des retraites agricoles

Objectif de la réforme

Assurer le financement de l'amélioration des retraites agricoles en mettant fin à des pratiques d'optimisation.

Descriptif de la mesure

La réforme des retraites met en œuvre les engagements d'amélioration des retraites agricoles portés par le Président de la République. Dès 2014, des points gratuits de retraite complémentaire seront attribués aux retraités conjoints et aides familiaux de ce régime : cette mesure améliorera la situation de 550 000 retraités. A partir de 2015, un montant de 75% du SMIC sera garanti aux chefs d'exploitation partant en retraite avec une carrière complète.

Ces mesures seront financées par des ressources supplémentaires, notamment le rendement d'une mesure encadrant l'optimisation via des formes sociétaires.

Actuellement, si l'exploitation est détenue par une société comprenant l'exploitant et des membres de sa famille, elle peut verser à ces derniers une partie des gains de l'exploitation. Si les membres de la famille de l'exploitant ne participent pas aux travaux, ces gains ne sont pas soumis à cotisations sociales car ils sont considérés comme des revenus du capital, alors qu'ils sont en réalité issus du travail de l'exploitant. Ce montage permet donc de réduire le montant des prélèvements sociaux par rapport à la réalité des revenus du travail de l'exploitant.

Il est proposé de traiter comme des revenus du travail de l'exploitant et donc de réintégrer dans l'assiette des cotisations sociales les revenus distribués aux conjoint et enfants mineurs.

Impact financier

Cette mesure de financement produit un rendement de 168 M€ en régime de croisière.

Des dépenses sociales maîtrisées et plus efficaces grâce à des réformes de structure

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 place les différentes branches sur des trajectoires de retour à l'équilibre, grâce à des réformes de structure.

Ces réformes permettent de maîtriser l'évolution des dépenses de sécurité sociale en générant, dès 2014, plus de 4 milliards d'euros d'économies.

Grâce à ces réformes, les dépenses sont non seulement maîtrisées mais également plus efficaces : l'efficacité de notre système de soins progresse, notre politique familiale s'adapte à l'évolution des besoins sociaux et la justice de notre système de retraite est renforcée.

Un effort sans précédent de maîtrise des dépenses d'assurance maladie :

2,9 milliards d'euros d'économies en 2014

Le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) sera ramené à 2,4% en 2014. Cet effort de maîtrise des dépenses est particulièrement important : à titre de comparaison, les dépenses d'assurance maladie ont augmenté en moyenne de 4,2% par an entre 2002 et 2011.

Cela représente un effort de **2,4 milliards d'euros d'économies**.

En outre, les dépenses d'assurance maladie seront en 2013 inférieures de **500 millions d'euros** à l'objectif voté en LFSS 2013. L'objectif de dépenses sera donc diminué d'autant.

La maîtrise durable des dépenses d'assurance maladie repose exclusivement sur des gains d'efficacité : la stratégie nationale de santé, en optimisant le parcours de soins des patients, contribuera à cette logique d'efficacité au cœur de l'organisation de notre système de soins.

La maîtrise des dépenses ne reposera donc pas sur des mesures de désengagement de l'assurance-maladie qui se réduiraient à transférer des charges vers les ménages sans maîtriser la dépense globale de santé, au risque de fragiliser l'accès aux soins. Au contraire, l'accès aux soins de tous les Français sera amélioré par la généralisation de la couverture complémentaire santé : la régulation des contrats responsables sera renforcée pour en améliorer la qualité et l'accès des plus démunis à la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) ou à l'aide à la complémentaire santé (ACS) sera facilité.

Des dépenses de retraites soutenables et financées :

800 millions d'euros d'économies en 2014

La soutenabilité à long terme de nos dépenses de retraites est assurée par l'allongement de la durée de cotisation, qui permet de réduire les besoins de financement des régimes de retraite de 10,4 milliards d'euros à l'horizon 2040. Cet effort est constitué pour l'essentiel des économies liées au décalage des départs en retraite.

Le décalage de six mois de la revalorisation des pensions permettra de modérer l'évolution des dépenses de pensions. Pour préserver la situation des retraités les plus modestes, cette mesure ne s'appliquera pas au minimum vieillesse. Elle générera **800 millions d'euros d'économies** dès 2014.

Enfin, une modernisation de la gestion de la retraite sera engagée pour permettre des économies de gestion, à hauteur de 200 millions à l'horizon de 2016.

Au total, le montant d'économies s'élève à 11,6 milliards d'euros sur l'ensemble des régimes à horizon 2040.

Des prestations familiales renouvelées : 200 millions d'euros d'économies dès 2014

La réforme de la politique familiale a pour objet de :

- garantir sa pérennité en améliorant de plus de 1 milliard d'euros dès 2014 (1,7 milliards d'euros en 2016) les comptes de la branche famille ;
- l'adapter aux évolutions des besoins des familles : davantage de solidarité envers les familles modestes et davantage de services pour toutes les familles.

Près de **200 millions d'euros d'économies** (800 millions d'euros à l'horizon 2017) seront réalisés en recentrant la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) sur les familles qui en ont le plus besoin:

- l'allocation de base de la PAJE sera divisée par deux au-delà d'un seuil de ressources (12% des familles qui en bénéficient sont concernées). Son montant convergera progressivement vers celui du complément familial attribué aux familles nombreuses ;
- la majoration du CLCA (congé de libre choix d'activité) dont seules bénéficient les familles les plus aisées (au-dessus du plafond de l'allocation de base de la PAJE) sera supprimée.

La solidarité à l'égard des familles les plus modestes est au cœur de cette réforme :

- Dès 2012, le gouvernement a revalorisé de 25% l'allocation de rentrée scolaire, ciblée sur les familles qui en ont le plus besoin ;
- Le complément familial sera revalorisé chaque année pour les familles nombreuses les plus modestes (la hausse atteindra +50% à horizon 2018), de même que l'allocation de soutien familial destinée aux familles monoparentales (+25% à l'horizon 2018).

Le développement des services aux familles bénéficiera à toutes les familles : pour cela, les crédits d'action sociale de la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) permettront de financer 100 000 nouvelles places d'accueil collectif pour les jeunes enfants à l'horizon 2017, auxquelles s'ajouteront 100 000 solutions d'accueil par les assistants et assistantes maternelles et 75 000 accueils en classe de maternelle pour les 2-3 ans.

Une gestion toujours plus efficiente de nos caisses de sécurité sociale :

500 millions d'euros d'économies

La maîtrise des coûts de gestion de la sécurité sociale est un impératif : les prélèvements sociaux doivent avant tout financer des prestations sociales. L'Etat et les partenaires sociaux concluent périodiquement, pour chaque caisse de sécurité sociale, des conventions d'objectif et de gestion (COG) qui visent précisément à améliorer la qualité et la performance des systèmes de gestion.

Un objectif de **500 millions d'euros d'économies sur les coûts de gestion** est fixé pour 2014.

200 millions d'euros d'économies sont le fruit d'efforts déjà accomplis par les caisses de sécurité sociale : il s'agit d'une exécution 2013, à un niveau plus faible par rapport aux prévisions, des dépenses de gestion administrative et d'action sociale, signe d'une bonne maîtrise de ces dépenses. Elle sera intégrée en base pour l'année 2014 et viendra donc infléchir d'autant la trajectoire de ces dépenses.

Par ailleurs, l'objectif de gains d'efficience et de réduction des dépenses de fonctionnement sera poursuivi dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion à renouveler en 2014 (CNAMTS, CNAV, ACOSS notamment). Il sera permis par la montée en charge de la dématérialisation, des mutualisations et des mesures de simplification. L'objectif du gouvernement est de dégager une économie de 200 millions d'euros en 2014 sur ces dépenses de gestion.

Enfin, diverses mesures d'efficience permettront de dégager 100 millions d'euros d'économies en 2014, et notamment des mesures de réorganisation inscrites dans le PLFSS 2014 : unification de la gestion des régimes maladie et accident du travail des non-salariés agricoles au sein de la MSA, reprise par la CNAMTS de la gestion des dettes et créances internationales d'assurance maladie. Comme l'ont souligné la Cour des comptes et la mission d'évaluation de l'action publique relative à la gestion des prestations d'assurance maladie, les remises de gestion accordées aux organismes qui se sont vu déléguer la gestion de cette mission devront s'ajuster dans la durée pour un service public plus efficient.

Les économies de gestion ne sont pas antinomiques de la qualité du service rendu aux usagers du service public de la sécurité sociale, au contraire : elles s'appuient sur des modernisations du fonctionnement et des procédures qui permettent de simplifier la vie des assurés et des employeurs.

A titre d'exemple, le PLFSS 2014 contient les mesures suivantes :

- la gestion des régimes d'assurance maladie et accidents du travail des exploitants agricoles sera rationalisée. Elle est actuellement éclatée entre la MSA d'une part et un groupement d'assureurs d'autre part. La gestion sera unifiée et intégralement confiée à la MSA dans le courant de l'année 2014. Cette réforme générera à terme plus de 20 millions d'économies de gestion. La mise en place d'un guichet unique à la MSA simplifiera les démarches des exploitants agricoles concernés.
- le chèque-emploi service universel (CESU) constitue un grand succès de simplification des démarches administratives, qui a facilité pour les particuliers l'usage des services à domicile dans un cadre déclaré. Ce dispositif sera étendu dans les départements d'outre-mer, où il remplacera un dispositif qui n'est actuellement pas proposé sous forme dématérialisée aux particuliers et est parfois traité avec retard. Cette mesure permettra une économie de gestion de 1 million d'euros et améliorera le service rendu aux 19 000 particuliers employeurs des outre-mer.
- l'Aide au chômeur créant ou reprenant une activité (ACCRE) donne actuellement lieu à une procédure de pré-instruction qui est jugée inutile. Cette procédure sera supprimée, ce qui réduira le nombre de démarches à accomplir pour les demandeurs d'emploi ayant un projet de création d'entreprises, et permettra une économie de 4 millions d'euros.

- l'extension de la dématérialisation des déclarations sociales permettra une simplification administrative et des économies de gestion pour les organismes de sécurité sociale. Un palier intermédiaire est prévu pour le déploiement de la déclaration sociale nominative (DSN), qui doit permettre d'alléger la charge administrative des entreprises en supprimant plusieurs déclarations redondantes, de réduire les coûts de gestion des organismes de protection sociale, et d'améliorer les délais d'ouverture des droits sociaux des salariés et la fiabilité des données les constituant.

L'ONDAM : des dépenses d'assurance maladie maîtrisées en 2013 comme en 2014

Les prévisions d'exécution pour l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) 2013 traduisent l'engagement du gouvernement dans la maîtrise des dépenses publiques et la crédibilité de ses engagements. En 2013, les dépenses d'assurance maladie devraient à nouveau être inférieures à l'objectif fixé par la loi de financement de la sécurité sociale, avec un écart de 500 millions d'euros.

La poursuite de l'effort de maîtrise des dépenses sera particulièrement marquée en 2014, avec un taux d'évolution de l'ONDAM de 2,4%, ce qui représente un niveau historiquement bas au vu des évolutions constatées depuis quinze ans.

Les prévisions de réalisation de l'ONDAM 2013 traduisent le respect des engagements pris en matière de maîtrise des dépenses de santé

La commission des comptes de la sécurité sociale prévoit le respect de l'ONDAM voté par le Parlement. La prévision présentée lors de la commission des comptes de juin retenait une projection de sous exécution de 200 millions d'euros par rapport à l'objectif voté.

Au vu de l'évolution des informations disponibles à ce stade de l'année, elle prévoit des **dépenses inférieures de 500 millions d'euros par rapport à l'objectif voté sur l'ensemble du champ de l'ONDAM.**

Prévision 2013, en milliards d'euros	Constat 2012 provisoire révisé	Base 2013 réactualisée (1)	Objectifs 2013 arrêtés	Prévision 2013 (2)	Ecart à l'objectif arrêté
Soins de ville	77,9	77,9	80,5	80,0	-0,5
Établissements de santé	74,5	74,5	76,5	76,4	-0,05
Établissements et services médico-sociaux	16,5	16,5	17,1	17,1	0,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,0	8,0	8,4	8,4	0,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,5	8,5	8,7	8,7	0,0
Autres prises en charge	1,2	1,2	1,3	1,3	0,03
ONDAM TOTAL	170,1	170,1	175,4	174,9	-0,5

Les taux d'évolution sont calculés à périmètre constant et après fongibilité. Les réalisations de 2012 (170,1 Md€) sont ramenées au champ de celles de 2013 en tenant compte des modifications de périmètre intervenues entre 2012 et 2013 (0,0Md€).

La prévision d'exécution se décompose comme suit.

Pour les soins de ville, les dépenses seraient **inférieures de 500 millions d'euros à l'objectif**, malgré l'impact d'une épidémie de grippe particulièrement soutenue au début de l'année 2013. L'épidémie de grippe de l'hiver 2013 s'est en effet caractérisée par sa durée et par un nombre de personnes grippées particulièrement élevé, le plus important depuis 1989. Les dépenses de soins de ville devraient ainsi représenter 80,0 milliards d'euros en 2013.

Pour les établissements de santé, l'objectif de dépenses serait également globalement respecté, malgré des dépenses de produits de santé à l'hôpital (produits facturés en sus des séjours) nettement supérieures à la prévision. Les mises en réserve effectuées en début d'année pour un montant de 400 millions d'euros

permettent en outre de sécuriser l'exécution de l'ONDAM. On note une dépense inférieure à la prévision pour certains établissements financés par des règles ad hoc (champ « non régulé »). Au total, **pour l'ensemble des établissements de santé, les dépenses devraient être inférieures de 50 millions d'euros à l'objectif.**

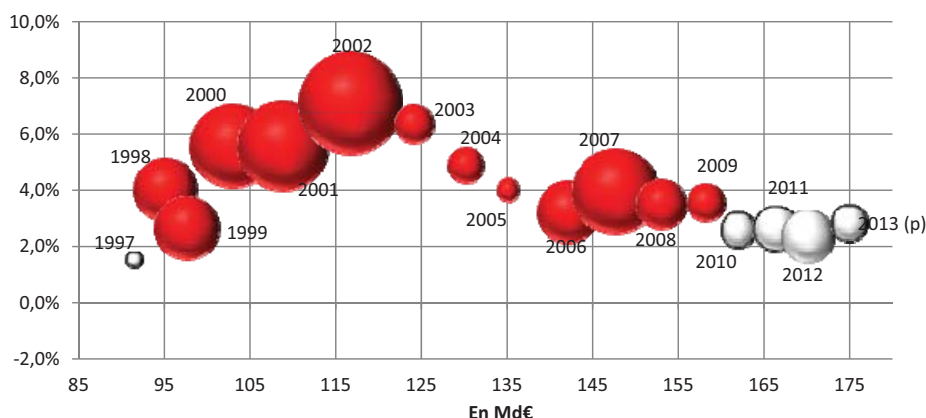
Les dépenses de **l'ONDAM médico-social** devraient, par construction, être **conformes à l'objectif**. Le montant du versement de l'assurance maladie à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est en effet fixé par la loi de financement de la sécurité sociale. Toutefois, les **dépenses de la CNSA** pour le financement des établissements et services pour personnes âgées et handicapées devraient être inférieures aux prévisions ; la **sous-exécution s'établirait entre 130 et 150 millions d'euros en 2013.**

Les **autres dépenses** de l'ONDAM (« autres prises en charge ») devraient légèrement dépasser l'objectif. Ce sous-objectif de l'ONDAM comprend le financement des soins délivrés à l'étranger et les dotations aux établissements accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques (addictologie, notamment). Les dépenses de soins des Français à l'étranger seraient supérieures à la prévision, un **dépassement de 30 millions d'euros** étant ainsi attendu en 2013 sur ce sous-objectif.

La construction de l'ONDAM 2014 permettra l'engagement de la stratégie nationale de santé

En 2014, l'ONDAM évoluera de 2,4%, ce qui représente un niveau historiquement bas depuis 1998. Ce taux est inférieur de 0,2 points aux engagements pris par la France dans le cadre de la loi de programmation des finances publiques 2012-2017. La branche maladie contribuera ainsi de façon structurelle au redressement des comptes sociaux.

Évolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM



Note de lecture : en abscisses figure le niveau de dépenses constaté (en milliards d'euros) et en ordonnées le taux d'évolution associé ; la taille des bulles représente l'ampleur du dépassement (en gris foncé) ou de la sous-consommation (en gris clair). Ainsi, en 2007, les dépenses dans le champ de l'ONDAM ont atteint 147,6 Md€ compte tenu d'un dépassement de 2,8 Md€, soit un taux d'évolution à périmètre constant de 4,0%.

Le montant de l'ONDAM sera ainsi fixé à 179,2 milliards d'euros en 2014. A périmètre inchangé, cela représente 4,2 milliards d'euros supplémentaires pour financer les dépenses de santé des Français. Cela implique cependant un effort d'économie de 2,4 milliards d'euros par rapport à l'évolution spontanée des dépenses d'assurance maladie : sans mesures d'économies, les dépenses de santé évolueraient en effet de 3,8% en 2014.

La construction de l'ONDAM 2014 traduira les orientations retenues dans le cadre de la stratégie nationale de santé, présentée le 23 septembre par la ministre des affaires sociales et de la santé et la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche.

	Prévision d'exécution 2013 (périmètre de 2014)	Objectif de dépenses 2014	Evolution
Dépenses de soins de ville	79,3	81,2	2,4%
Total ONDAM hospitalier	73,8	75,5	2,3%
<i>Dont dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité</i>	54,2	55,6	2,6%
<i>Dont autres dépenses relatives aux établissements de santé</i>	19,6	19,9	1,3%
Total ONDAM médico-social	17,1	17,6	3,0%
<i>Dont contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées</i>	8,4	8,6	2,9%
<i>Dont contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées</i>	8,7	9,0	3,1%
Fonds d'intervention régional	3,1	3,2	2,4%
Autres prises en charge	1,6	1,7	5,6%
Total	174,9	179,2	2,4%

Ainsi, afin de clarifier les modalités de pilotage des dépenses d'assurance maladie, **le fonds d'intervention régional (FIR) sera pour la première fois identifié en tant que sous-objectif de l'ONDAM.** Le FIR constitue une enveloppe déléguée aux agences régionales de santé pour la mise en œuvre de leurs politiques en matière de prévention, d'accompagnement des établissements de santé ou encore de permanence des soins. Ce fonds était jusqu'à présent constitué de dépenses retracées dans les différents sous-objectifs de l'ONDAM. L'identification du FIR en tant que sous-objectif permettra de clarifier le pilotage financier de ces actions régionales et d'améliorer la lisibilité du budget de l'assurance maladie pour le Parlement.

Conformément à la priorité donnée au renforcement du premiers recours dans le cadre de la stratégie nationale de santé, **le sous-objectif « soins de ville » évoluera à un niveau supérieur à celui des « établissements de santé » en 2014.** L'ONDAM **soins de ville** augmentera ainsi de **2,4%**, l'ONDAM **hospitalier** de **2,3%**.

Le **FIR** évoluera comme l'ONDAM, à **2,4%**, ce qui permettra aux agences régionales de santé de disposer des moyens nécessaires au pilotage de leurs actions en région, notamment en matière de politique de prévention.

Le taux d'évolution de l'ONDAM **médico-social** sera fixé à **3%** en 2014 (soit 0,6 point au-dessus de l'ONDAM), ce qui traduit le maintien de la priorité donnée à ce

secteur au sein des dépenses de santé. Le secteur contribuera toutefois à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie par une évolution de l'ONDAM médico-social calculée au plus près des engagements. Les **réserves de la CNSA** permettront en outre d'abonder les moyens dévolus au secteur à hauteur de **70 millions d'euros**, ce qui équivaut à 0,4 point d'ONDAM médico-social.

Enfin, les « autres prises en charge » évolueront de 5,6% en 2014.

Des mesures d'économie centrées sur l'efficience de l'offre de soins

Si aucune mesure d'économie n'était mise en œuvre, les dépenses d'assurance maladie évolueraient spontanément de 3,8% en 2104 du fait de la progression des besoins de soins et de l'innovation. Cette évolution spontanée résulte notamment du nombre croissant de patients soignés pour des pathologies lourdes ou chroniques, mais aussi de la diffusion du progrès technique et d'un bon accès des patients à l'innovation.

Respecter l'objectif d'une augmentation de 2,4% des dépenses d'assurance maladie nécessite donc un **effort d'économie** par rapport à la croissance spontanée des dépenses, qui s'élève à **2,4 milliards d'euros**.

Ces mesures d'économies seront avant tout le résultat d'une plus grande efficience du système de soins.

En effet, la maîtrise des dépenses d'assurance maladie ne doit pas s'effectuer au détriment de la prise en charge des Français mais par une utilisation plus efficiente des ressources du système de santé, qui doit permettre d'atteindre un haut niveau de qualité à un coût maîtrisé. C'est pourquoi le développement des soins de premier recours, au plus près des Français, est privilégié, en complément d'un secteur hospitalier de haut niveau centré sur son cœur de métier.

En 2014 comme en 2013, les mesures d'économie ne comprendront aucune mesure de déremboursement à l'encontre des Français. Comme s'y est engagée la Ministre des affaires sociales et de la santé lors de la présentation de la stratégie nationale de santé le 23 septembre dernier, le taux de prise en charge publique des dépenses de santé sera stabilisé.

Pour les **soins de ville**, les mesures d'économie représenteront un montant d'1,76 milliard d'euros. Elles résulteront :

- D'évolutions du prix des médicaments, à hauteur de 870 millions d'euros (optimisation du prix des génériques, convergences de prix au sein du répertoire, baisses de prix de médicaments sous brevet) ;
- D'évolutions du prix des dispositifs médicaux, à hauteur de 70 millions d'euros ;
- D'actions de maîtrise médicalisée des dépenses, visant à une plus juste prescription, à hauteur de 600 millions d'euros ;
- De mesures de baisse tarifaire pour certains professionnels de santé (biologistes, radiologues) à hauteur de 130 millions d'euros ;
- De l'effet sur 2014 de mesures engagées en 2013, à hauteur de 90 millions d'euros.

Pour les **établissements de santé**, les mesures d'économies représenteront 577 millions d'euros. Elles résulteront :

- D'économies sur les produits de santé de la liste en sus, dont l'évolution en 2013 est particulièrement dynamique, à hauteur de 138 millions d'euros (88 millions d'euros pour les médicaments et 50 millions d'euros pour les dispositifs médicaux).
- De mesures d'efficience à l'hôpital, notamment par le biais de la politique des achats et du renforcement de la pertinence des prises en charge.

Enfin, pour le **secteur médico-social**, un prélèvement de 70 millions d'euros sur les réserves de la CNSA, compte tenu du fonds de roulement prévisionnel de celle-ci à la fin de l'année 2013, permettra de générer une économie du même montant sur le secteur médico-social sans obérer les engagements pris sur le secteur. Ce prélèvement permettra de réduire le taux d'évolution de l'ONDAM médico-social de 3,4 à 3%.

La reprise en construction de la sous-exécution 2013 permettra en outre de contribuer à hauteur de 500 millions à la maîtrise des dépenses de santé.

Mesures d'économie 2014

Champ ONDAM	(M€)
Effet report de mesures 2013 (hors baisses de prix de produits de santé)	90
Baisses de tarifs professionnels libéraux (radiologues, biologistes)	130
Actions de maîtrise médicalisée des dépenses	600
Baisses de prix de médicaments (ville et hôpital)	960
<i>dont baisses de prix de médicaments ayant perdu leur brevet</i>	245
<i>dont optimisation de la tarification des génériques</i>	165
<i>dont opérations de convergence de prix dans le répertoire selon les orientations ministérielles</i>	200
<i>dont baisses de prix de médicaments sous brevet</i>	260
<i>dont baisses de prix à l'hôpital</i>	90
Baisses de prix de DM (ville et hôpital)	120
<i>dont ville</i>	70
<i>dont hôpital</i>	50
Efficience à l'hôpital	440
<i>Dont économies relatives aux achats</i>	300
<i>Dont amélioration de l'efficience et de la pertinence des prises en charge</i>	140
Abondement de l'OGD par prélèvement sur les réserves de la CNSA	70
Sous-total "ONDAM à 2,4%"	2410
<i>Débasage sous-exécution 2013</i>	500
Total:	2910

Le PLFSS 2014 permet d'engager la stratégie nationale de santé



Renforcer les soins de premier recours

Objectif de la réforme

Dans le cadre de la stratégie nationale de santé détaillée par la ministre des affaires sociales et de la santé le 23 septembre dernier, le déploiement des soins de premier recours est reconnu comme priorité.

Le projet de loi propose un ensemble de mesures qui marquent des avancées sur le sujet, et constitue un approfondissement cohérent des engagements du pacte territoire santé.

Descriptif de la mesure

Quatre mesures visent à renforcer l'organisation des soins de premier recours :

1. Généraliser les rémunérations d'équipe

La rémunération d'équipe doit désormais être déployée rapidement sur tout le territoire, afin que des équipes pluriprofessionnelles puissent se constituer rapidement. La possibilité d'une négociation conventionnelle interprofessionnelle a été prévue dans la loi de financement de la sécurité sociale de l'année dernière. La nouveauté de ce cadre conventionnel, associant des partenaires nombreux, n'a pas permis à la négociation de se tenir jusqu'à aujourd'hui.

C'est pourquoi le gouvernement propose :

- de prolonger les expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération d'une année afin de permettre aux équipes en place d'en bénéficier jusqu'à la généralisation
- d'accueillir 150 nouvelles équipes dans le cadre de ces expérimentations,
- en cas d'échec des négociations conventionnelles sur le sujet, un règlement arbitral interviendra afin que la généralisation des rémunérations d'équipes pluriprofessionnelles voie le jour de manière effective en 2014.

2. Améliorer le financement des coopérations entre professionnels de santé

Les coopérations entre professionnels de santé ne se développent pas assez rapidement dans le monde libéral, notamment parce que le modèle de financement actuel n'est pas incitatif. Pour répondre à cette problématique, un comité des financeurs sera institué afin de mettre en œuvre les modèles de financement adaptés pour lever les obstacles au développement des délégations de compétence dans le monde libéral.

3. Accélérer le déploiement de la télémédecine

De nouvelles expérimentations seront lancées pour tester des nouveaux actes de télémédecine, notamment dans la perspective de lutte contre les déserts médicaux.

4. Améliorer la couverture des professionnelles de santé en cas de maternité pathologiques

Il s'agit de renforcer l'attractivité des professions de santé pour les jeunes femmes affiliées au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés. Il est ainsi créé un régime d'indemnité journalière maladie au profit des femmes enceintes subissant une incapacité temporaire d'activité du fait de difficultés médicales liées à leur grossesse permettant le versement d'une indemnisation forfaitaire au titre de la perte des revenus sur les 90 premiers jours d'arrêt.

Impact financier

L'ensemble de ces mesures représente un coût d'une vingtaine de millions en 2014.

Rénover la stratégie de soutien aux investissements des établissements de santé

Objectif de la réforme

Une rénovation en profondeur de la stratégie de soutien à l'investissement des établissements de santé a été engagée depuis un an. Il s'agit de conduire un effort régulier d'investissement pour soutenir la modernisation continue de l'offre de soins et donc de mettre un terme à la logique de plan dont les limites ont été démontrées.

Cette stratégie poursuit les 4 objectifs suivants :

- Mieux insérer les projets dans les territoires : les investissements doivent être mis au service du parcours de soin des patients ;
- Renforcer la performance des projets : les référentiels les plus exigeants en termes d'organisation médicale (développement de l'ambulance notamment) doivent être mis en œuvre ;
- Garantir la soutenabilité des investissements ;
- Intégrer les investissements immatériels à la stratégie nationale (Hôpital numérique, Territoires de soins numériques).

Descriptif de la mesure

En 2014, cette politique sera soutenue par les mesures suivantes :

- Assurer la mise en œuvre de la stratégie dans les territoires, via les schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS) dans lesquels chaque ARS définira les objectifs et les priorités à 5 et 10 ans de l'investissement dans les secteurs sanitaires (ville, hôpital) et médico-social ;
- Renforcer le pilotage de la politique d'investissement par l'intermédiaire du comité de la performance et de la modernisation des soins (COPERMO) installé pour sélectionner les projets susceptibles d'être soutenus par l'échelon national ;
- Conclure des partenariats avec la Banque européenne d'investissement (BEI) et la Caisse des dépôts et consignations (CDC) pour le financement des investissements.

Impact financier

L'objectif est de piloter un effort d'investissement de l'ordre de 4.5 Mds€ par an (périmètre des établissements publics de santé).

La politique d'intervention nationale, pilotée par le COPERMO, est centrée sur un nombre limité de projets particulièrement structurants. Le montant des investissements aidés dans ce cadre est fixé à 300 M€ par an ce qui représente, en termes de mesures nouvelles, 210 M€ de FMESPP sur l'ONDAM 2014.

Engager la réforme du financement des établissements de santé

Objectif de la réforme

Le système de financement des établissements de santé repose aujourd'hui en grande partie sur la tarification à l'activité. Si la T2A a permis un rééquilibrage des moyens accordés aux établissements, celle-ci présente un certain nombre de limites, identifiées dans de nombreux rapports. Ces limites invitent à réfléchir plus largement à l'ensemble du financement des établissements de santé.

Un comité de réforme du financement (CORETAH) a donc été installé fin 2012 avec pour objectif la conduite d'une réflexion autour de 4 axes :

- Faire évoluer le financement des établissements de santé en lien avec la réaffirmation du service public hospitalier dans la loi et la future définition d'un service public territorial de santé ;
- Prendre en compte dans le financement des établissements la promotion du parcours de soin et la problématique du décloisonnement en lien avec la Stratégie nationale de santé ;
- Intégrer dans le financement des établissements des critères de qualité et de pertinence et favoriser la prise en compte de l'innovation ;
- Simplifier et rendre plus lisible le système de financement et faire évoluer les règles de pilotage de l'ONDAM.

Descriptif de la mesure

Suite aux réflexions engagées au sein du comité de la réforme du financement, plusieurs mesures sont proposées pour 2014 parmi lesquelles :

- Expérimenter des tarifications au parcours pour améliorer les prises en charges :
 - mise en place expérimentale d'un financement innovant en radiothérapie pour le traitement des cancers du sein et de la prostate ;
 - conduite d'une expérimentation autour de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique ; celle-ci sera financée par le fonds d'intervention régional, lequel a vocation à devenir un sous-objectif de l'ONDAM ;
- Assurer un financement adapté des activités isolées afin de permettre le maintien, lorsque c'est nécessaire, d'une offre hospitalière de proximité ;
- Mettre en œuvre une dégressivité tarifaire pour réguler les effets inflationnistes de la T2A.

Impact financier

L'évaluation de l'impact financier global de l'ensemble des mesures proposées fait ressortir, pour l'ensemble des mesures proposées, une économie de 26 M € en 2014.

Poursuivre l'effort en faveur des personnes âgées et handicapées

En 2014 **18,8 milliards d'euros seront consacrés aux établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées, en hausse de 3,2%** sur l'ensemble du champ malgré le contexte de maîtrise accrue des dépenses publiques. Cela représente une hausse des moyens à hauteur de 584 millions d'euros, à champ constant.

Ces 18,8 milliards d'euros, délégués aux agences régionales de santé par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, constituent l'objectif global de dépenses (OGD) du secteur médico-social. Ils proviennent :

- Pour **17,6 milliards d'euros de l'assurance maladie** ; il s'agit de l'ONDAM médico-social. En 2014, l'ONDAM médico-social progressera de 3%, à un niveau supérieur à celui de l'ensemble de l'ONDAM, ce qui traduit la priorité donnée au secteur dans la construction du budget 2014.
- Pour 1,1 milliard d'euros d'une fraction du produit de la **contribution solidarité autonomie (CSA)**.
- En 2014, un prélèvement de 70 millions d'euros sur les réserves de la CNSA permettra en outre d'abonder les moyens dévolus au secteur médico-social, ce qui équivaut à 0,4 point d'ONDAM médico-social.

Les 584 millions d'euros de mesures nouvelles permettront :

- De revaloriser de 1% les moyens dévolus au titre des places et des services existants (dont 1,10% au titre de la masse salariale), ce qui représente un effort de 182 millions d'euros en faveur du secteur.
- De soutenir les plans de créations de places pour les établissements et services pour personnes handicapées avec 155 millions d'euros au titre des créations de places et 8 millions d'euros pour première étape du nouveau plan autisme 2013-2017.
- De mettre en œuvre les engagements au titre du plan Alzheimer et de renforcer à hauteur de 130 millions d'euros les crédits destinés au renforcement de l'encadrement (médicalisation) des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD).

En outre, une enveloppe de 10 millions d'euros permettra de rouvrir le tarif global en EHPAD, dans des conditions maîtrisées faisant suite aux recommandations de deux missions de l'Inspection générale des affaires sociales. Celles-ci avaient en effet souligné l'intérêt que peut représenter le tarif global dans une logique de parcours de soins, tout en soulignant la nécessité d'une mise en œuvre plus efficiente et mieux adaptée.

Enfin, une fraction de 2% du rendement de la CSA permettra de financer un plan d'aide à l'investissement dans le secteur médico-social, ce qui représente un montant d'environ 50 millions d'euros en sus des 18,8 milliards d'euros prévus pour le fonctionnement des établissements et services médico-sociaux.

Améliorer l'accès aux soins notamment par une nouvelle étape dans la généralisation de la complémentaire santé

Objectif de la réforme

L'assurance complémentaire couvre, en 2012, 13,7% des dépenses de soins des Français et est le premier financeur de certaines dépenses de santé telles que les soins dentaires, l'optique et l'audioprothèse. Pour ces dépenses, ne pas être couvert par une complémentaire santé constitue un facteur notoire de renoncement aux soins.

On estime qu'il y avait en 2012 2,5 millions de personnes sans couverture complémentaire santé, dont au moins la moitié y a renoncé pour des raisons financières tandis que les personnes couvertes ont des niveaux de garanties et de coûts très hétérogènes.

C'est pourquoi le Président de la République, dans son discours au congrès de la Mutualité en octobre 2012, a formulé l'objectif de « généraliser, à l'horizon 2017, l'accès à une couverture complémentaire de qualité », régulée par les pouvoirs publics. Le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a proposé en juillet 2013 de réorienter les aides publiques, de faire évoluer les contrats solidaires et responsables pour en faire de véritables instruments de régulation du système de santé et de faciliter l'accès à une couverture complémentaire santé pour les plus modestes.

Descriptif de la mesure

Deux premières étapes ont permis d'avancer dans la généralisation de la complémentaire santé : l'accord national interprofessionnel de janvier 2013, qui permettra de généraliser la couverture complémentaire collective pour tous les salariés à l'horizon 2016 ; le relèvement de 7% (en sus de l'inflation de 1,3%, soit 8,3% au total) du plafond de ressources ouvrant droit à la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) et à l'aide à la complémentaire santé (ACS) le 1^{er} juillet dernier.

Il est prévu de franchir une nouvelle étape:

- Améliorer la qualité des contrats proposés aux bénéficiaires de l'ACS et simplifier leur recours à ce dispositif, en mettant en œuvre une **mise en concurrence des organismes complémentaires permettant de sélectionner plusieurs contrats offrant un bon rapport qualité prix pour les bénéficiaires de l'ACS**. L'aide à la complémentaire santé sera réorientée vers ces contrats. Cette mesure entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2015.
- Simplifier l'accès à la CMUc pour certains jeunes en situation précaire, en ouvrant droit, à titre personnel, à la CMUc pour les **étudiants précaires et isolés** bénéficiant de certaines aides sociales.

En combinant une offre de contrats ACS simplifiée et rendue clairement visible par la mise en concurrence et une politique active de détection des droits, notamment chez les personnes qui ne bénéficient pas de la généralisation des contrats collectifs, il devrait ainsi être possible de permettre aux 2 % de personnes qui aujourd'hui renoncent à une complémentaire santé pour des raisons financières de pouvoir enfin y accéder.

Il s'agit aussi de mieux réguler les complémentaires santé par un resserrement des règles ouvrant droit aux avantages sociaux et fiscaux accordés aux contrats responsables.

Les règles applicables aux contrats responsables sont aujourd'hui insuffisamment prescriptives ; elles définissent un panier de soins qui n'est plus adapté aux besoins de couverture de la population. Le niveau de couverture offert par certaines complémentaires contribue, en outre, en solvabilisant certaines pratiques tarifaires excessives, à accroître le prix des soins dont le tarif est libre (dépassements d'honoraires, optique...).

C'est pourquoi le cahier des charges du contrat responsable sera modifié, d'une part pour assurer un niveau de couverture minimum des soins, notamment pour certains postes générant un reste à charge important, et, d'autre part, pour éviter les pratiques non responsables contribuant à la dérive du prix de certaines prestations ou à une segmentation accrue des offres au détriment des personnes les plus fragiles.

Impact financier

En améliorant progressivement le taux de recours à l'ACS des personnes qui y ont potentiellement droit, cette mesure générera une dépense supplémentaire de 27 millions d'euros en 2014 et de 64 millions d'euros en 2015.

Améliorer l'aide au sevrage tabagique chez les jeunes de 20 à 25 ans

Objectif de la réforme

Améliorer l'aide à l'arrêt du tabagisme des jeunes adultes de 20 à 25 ans et prévenir ainsi les décès et les maladies liées directement au tabagisme (cancers, maladies cardio-vasculaires et respiratoires, ...).

Descriptif de la mesure

Afin de renforcer l'aide à l'arrêt du tabac des jeunes adultes de 20 à 25 ans, il est décidé de mettre en place une aide au sevrage tabagique comportant trois volets, conformément aux recommandations les plus récentes : une aide financière renforcée, un accompagnement personnalisé à l'arrêt du tabac et une facilité d'accès à la prescription aux traitements de substituts nicotiques. Cette mesure s'inscrit dans le cadre de l'objectif de développer les services d'accompagnement au sevrage du tabac inscrit dans le Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives pour 2013 – 2017.

Le forfait financé par les fonds de prévention des caisses d'assurance maladie (FNPEIS pour le régime général) permettant de rembourser les traitements de substituts nicotiques (patch, gomme, pastille, inhalateur) utilisés dans le sevrage tabagique, sera relevé de 50€ par an et par assuré à 150 € par an et par assuré pour les jeunes de 20 à 25 ans.

Toute action sur le niveau de prise en charge des traitements de substituts nicotiques doit nécessairement s'accompagner du renforcement de l'accompagnement au sevrage, à l'instar de la politique mise en œuvre dans les dernières années dans plusieurs pays étrangers avec succès (Grande-Bretagne, Québec). Cette aide financière sera donc complétée par la mise en place d'un nouveau programme pour renforcer l'accompagnement à l'arrêt du tabac. Ce programme d'accompagnement sera expérimenté, dans un premier temps par l'assurance maladie, pour accompagner les personnes, et notamment les jeunes, désireux d'arrêter le tabac et bénéficiaires d'une prescription de traitements de substituts nicotiques.

Afin de faciliter l'accès à la prescription de traitements de substituts nicotiques, les sages-femmes seront autorisées à prescrire ces traitements pour fournir une aide au sevrage tabagique au conjoint de la femme enceinte dans le cadre des consultations de suivi de la grossesse. La période de grossesse ou de désir d'enfant, dont on sait qu'elle entraîne de nombreux arrêts du tabagisme chez les jeunes femmes, pourrait ainsi devenir une période propice à l'arrêt des futurs pères.

Impact financier

Cette mesure représentera un coût de 16 M€ (fourchette basse) à 73 M€ (fourchette haute).

Mettre en œuvre le tiers-payant pour les actes en lien avec la prescription d'un contraceptif à une mineure de plus de 15 ans

Objectif de la réforme

Continuer à faciliter le recours à la contraception des adolescentes afin de leur offrir les meilleures conditions d'entrée dans la vie sexuelle et affective.

Descriptif de la mesure

Afin de faciliter le recours à la contraception, il est proposé d'instaurer un tiers-payant sur la part prise en charge par l'assurance maladie pour les consultations et examens préalables réalisés par les assurées mineures de plus de 15 ans en vue de leur contraception. Les assurées concernées n'auront donc plus que la part correspondant au ticket modérateur (30% du coût de la consultation) à avancer lors de leur visite chez le praticien.

Cette mesure vient donc compléter les avancées réalisées notamment dans la dernière loi de financement en faveur de l'accès à la contraception qui est un élément majeur pour permettre aux mineures d'accéder sans frein à une contraception efficace et éviter ainsi des grossesses non désirées et des interruptions volontaires de grossesse.

Impact financier

Cette mesure représentera un coût de 2 M€

Mettre en œuvre une politique des produits de santé efficiente et favorable à l'innovation

Au-delà des mesures d'économies sur les produits de santé fixées dans la construction de l'ONDAM, la réforme priorise deux axes de la politique des produits de santé : l'accès à l'innovation et l'efficience des comportements (le bon usage).

Simplifier l'accès à l'innovation

Le gouvernement s'engage, dans le cadre des travaux du Conseil Stratégique des Industries de Santé (CSIS) et du Conseil Stratégique de Filière (CSF), à accélérer la mise à disposition des produits de santé et des actes innovants dûment évalués, en particulier dans le secteur des dispositifs médicaux (DM), et à répondre aux besoins sanitaires.

Une des priorités identifiées porte sur les circuits d'inscription et de tarification des actes innovants qui peuvent aujourd'hui durer plusieurs années, retardant l'accès des patients à l'innovation.

Une inscription plus rapide aux différentes nomenclatures d'un nouvel acte innovant associé aux produits de santé y compris les tests compagnons, qui permettent l'identification de la cible d'un médicament, et les actes associés à des DM innovants sera mise en place. L'objectif est d'aboutir dans les 6 mois suivant le prononcé de l'avis de la HAS.

Favoriser l'efficience et le bon usage des médicaments

Cinq mesures contribueront à l'efficience et au bon usage des médicaments :

Lutter contre la surconsommation de médicaments en développant, comme cela se pratique dans d'autres pays, la **dispensation à l'unité** des médicaments par les pharmacies d'officines.

Il s'agit dans un premier temps, de mettre en place une expérimentation de la dispensation unitaire par les pharmacies d'officine portant sur des médicaments ciblés, par exemple certains antibiotiques « critiques », et permettant de délivrer au patient la quantité exacte et suffisante selon le schéma posologique et la durée prescrits par le médecin.

Développer l'utilisation appropriée des médicaments bio-similaires.

Les pertes imminentes de brevet de certains médicaments issus de biotechnologies et l'arrivée sur le marché de leurs bio-similaires représentent un potentiel d'économies non négligeable.

Il convient de permettre à la collectivité non seulement de tirer pleinement profit de ces chutes de brevet mais aussi de garantir la sécurité de l'utilisation des médicaments bio-similaires pour le patient.

Cet objectif est d'ailleurs inscrit dans une mesure du CSIS-CSF qui vise à « Assurer la sécurité des patients tout en permettant la réalisation d'économies pour l'assurance maladie et le développement des bio-similaires en France ».

Le développement de l'utilisation appropriée des bio-similaires associera donc:

- L'information des prescripteurs sur l'existence et le potentiel offert par ces médicaments, en créant un répertoire des bio-similaires ;
- La substitution possible par le pharmacien mais uniquement en initiation de traitement, du fait de la nécessité de maintenir sur toute la durée du traitement la délivrance du même médicament.

Accroître la transparence sur les remises accordées par les laboratoires génériques aux pharmaciens

Les tarifs des médicaments génériques sont négociés par le comité économique des produits de santé (CEPS) ; les pharmaciens d'officine peuvent toutefois bénéficier de remises commerciales dans la limite de 17% du prix fabricant hors taxes, alors que le taux maximal de remise est limité à 2,5% dans le cas des médicaments princeps. Cette disposition particulière participe de la politique de développement du générique dans notre pays. Toutefois, le prix réel d'achat de ces médicaments par les pharmaciens est mal connu.

Il s'agit de mettre en œuvre un dispositif de transparence sur les remises obtenues par les pharmaciens, pour permettre au CEPS de faire évoluer les tarifs des médicaments génériques sur des bases plus proches des prix réellement pratiqués par les laboratoires. La mesure vise donc à instaurer une déclaration des remises accordées aux pharmaciens pour chacune des spécialités génériques.

Fixer et encadrer la tarification des médicaments prescrits en « post ATU » (autorisation temporaire d'utilisation).

Permettre et prendre en charge l'accès précoce à certains médicaments pour certains patients est une spécificité française.

C'est par les autorisations temporaires d'utilisations (ATU) octroyées par l'Agence nationale de sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé (ANSM) que l'accès de certains patients atteints de maladies rares ou graves et en impasse thérapeutique, à des médicaments qui ne bénéficient pas d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) est ainsi permis.

Aujourd'hui, dans le cadre d'un dispositif expérimental qui s'achève en décembre 2013, les médicaments ayant bénéficié d'ATU et utilisés pendant la période suivant leur AMM sont à prix libres et les patients pris en charge par l'assurance maladie.

La prise en charge dérogatoire de ces traitements dans les suites de l'AMM et dans l'attente du prix fixé par le CEPS sera désormais inscrite de manière pérenne.

Elle tiendra compte du besoin thérapeutique de certains patients et préviendra tout risque d'interruption de traitement.

Un encadrement financier de la prise en charge sera établi, que ce soit pendant la période sous ATU et post AMM.

Favoriser le bon usage des produits de la liste en sus dans les établissements de santé.

Les produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) financés en sus des prestations d'hospitalisation représentent des montants de dépenses élevés avec une croissance importante.

La régulation de leur utilisation dans les établissements de santé est effectuée par les agences régionales de santé. Pour assurer ce pilotage, elles disposent de 2 dispositifs distincts : le contrat de bon usage (CBU), 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.

Il est nécessaire de simplifier cette procédure de gestion pour en optimiser l'efficacité administrative et économique.

La gestion des produits de la liste en sus par les ARS sera ainsi simplifiée au travers d'un outil contractuel unique, qualitatif et quantitatif.

Les ARS disposeront ainsi d'une plus grande souplesse d'appréciation des situations propres à chaque établissement ce qui devrait permettre de multiplier le nombre d'établissements contrôlés et régulés au titre de la prévention du mésusage des médicaments et de diminuer les dépenses de ces établissements au titre de la liste en sus.

**Le PLFSS 2014 met en œuvre
les décisions relatives à la rénovation
de la politique familiale**



Le Premier ministre a annoncé le 3 juin dernier les décisions du gouvernement pour rénover notre politique familiale.

Cette politique, qui constitue depuis des décennies un atout majeur pour notre pays, doit être réformée pour s'adapter aux évolutions de la société et des familles.

Pour pallier les besoins mal couverts en matière d'accueil du jeune enfant et de soutien aux parents dans l'éducation de leurs enfants, pour garantir la pérennité financière de la branche famille, pour rétablir la justice entre familles et faire reculer la pauvreté des enfants, pour tenir compte des évolutions des familles et de leurs besoins, pour lutter contre les inégalités territoriales, pour favoriser l'égalité entre les femmes et les hommes, le gouvernement a choisi une approche globale et cohérente.

Après consultation du Haut conseil de la famille et de l'ensemble des acteurs nationaux et locaux des services aux familles, le gouvernement a choisi de mobiliser conjointement l'ensemble des leviers possibles – les prestations familiales, la fiscalité, et les services aux familles – pour améliorer le quotidien des familles tout en préparant l'avenir en investissant en faveur de la jeunesse, qui est une priorité majeure du quinquennat.

Cet ensemble de mesures permettra tout à la fois :

- de renforcer la justice sociale, avec un soutien aux familles les plus vulnérables, notamment les mères isolées, par l'augmentation de certaines prestations ciblées ;
- de développer de nouveaux services pour toutes les familles par la mobilisation d'un plan d'investissement sans précédent en direction de l'enfance ;
- de permettre le redressement financier de la branche famille dans la justice, par une mise à contribution mesurée des familles les plus aisées.

Le présent projet de loi de financement apporte une traduction législative aux mesures concernant les prestations sociales. Les autres mesures annoncées le 3 juin dernier se sont inscrites notamment dans la Convention d'objectifs et de gestion signée par l'Etat et la Caisse nationale des allocations familiales le 16 juillet dernier, ou trouveront leur place dans le projet de loi de finances pour 2014.

La majoration du complément familial pour les familles sous le seuil de pauvreté

Objectif de la réforme

Certaines familles sont particulièrement vulnérables et exposées au risque de pauvreté, notamment les familles nombreuses et monoparentales. Alors qu'un enfant sur cinq est touché par la pauvreté, l'UNICEF a appelé la France à améliorer son action en direction des enfants.

Le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté a inscrit un objectif de redéploiement des prestations vers les familles les plus modestes notamment par l'amélioration de l'allocation de soutien familial et du complément familial qui sont des aides qui visent spécifiquement les familles monoparentales et nombreuses. Le plan de rénovation de la politique familiale annoncé par le Premier le 3 juin 2013 a confirmé ces mesures.

Le complément familial (CF) est une prestation versée sous conditions de ressources pour aider financièrement les familles nombreuses qui disposent de revenus modestes.

Pour soutenir les familles nombreuses les plus fragiles, il apparaît opportun d'assurer un soutien financier supplémentaire au titre du complément familial par la création d'un montant majoré pour les familles ayant des ressources inférieures au seuil de pauvreté.

Nb : la majoration de l'allocation de soutien familial sera mise en œuvre par voie réglementaire.

Descriptif de la mesure

Le montant du CF sera majoré de 50% en plus de l'inflation pour les familles nombreuses vivant sous le seuil de pauvreté à horizon 2018. La première revalorisation exceptionnelle au-delà de l'inflation aura lieu au 1er avril 2014.

Impact financier

Cette mesure aura un coût de 63 M€ en 2014.

La modulation de l'allocation de base de la PAJE et alignement progressif de son montant sur celui du complément familial

Objectif de la réforme

L'allocation de base (AB) de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) est attribuée, à compter de la date de la naissance du ou des enfants, au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond. Elle est versée jusqu'au mois précédant le 3e anniversaire de l'enfant.

Dans le cadre de la rénovation de la politique familiale, le Premier ministre a annoncé le 3 juin 2013, le recentrage de certaines prestations au bénéfice des familles en ayant le plus besoin, parmi lesquelles l'AB de la PAJE.

Cette mesure vise à différencier davantage le montant de la prestation servie selon le niveau des ressources des familles, et à assurer une plus grande cohérence entre les montants des prestations servies.

Descriptif de la mesure

La mesure consiste à moduler le montant de l'AB selon le niveau de ressources des familles. Le montant de l'allocation de base sera divisé par deux pour les familles éligibles à l'AB mais ayant des ressources dépassant un certain seuil. Cette modulation du montant de l'AB s'appliquera aux enfants nés à partir du 1er avril 2014. Le plafond d'exclusion de l'AB sera ajusté en cohérence avec la structure du plafond retenu pour la modulation de l'AB.

En outre, pour assurer une cohérence entre l'allocation de base qui est versée à la place du complément familial à l'arrivée d'un nouvel enfant, il est proposé d'aligner de façon progressive le montant de l'allocation de base (identique en métropole et dans les DOM) sur celui du complément familial en vigueur en métropole. En effet, le montant de l'allocation de base est supérieur à celui du complément familial, alors que cette prestation est moins ciblée sur les ménages les plus modestes.

Impact financier

Cette mesure produit un rendement de 40 M€ en 2014.

La suppression du CLCA majoré et la modification des conditions d'accès au CLCA à taux partiel des non salariés

Objectif de la réforme

Conformément aux annonces du Premier ministre le 3 juin 2013 sur la rénovation de la politique familiale qui vise notamment à recentrer certaines prestations sur les familles en ayant le plus besoin, il est proposé d'uniformiser le montant du CLCA afin que son montant soit le même pour tous les allocataires, quel que soit le niveau de leurs ressources. En effet, les familles qui ne perçoivent pas l'allocation de base, du fait de ressources trop élevées, bénéficient d'un montant de CLCA majoré de l'équivalent de cette allocation de base. Ce montant majoré de CLCA ne bénéficie donc qu'aux parents dont les revenus sont supérieurs au plafond de ressources de l'allocation de base, soit les déciles de revenus les plus élevés (16% des familles).

Par ailleurs, il est proposé de préciser dans la loi les modalités d'appréciation du travail à temps partiel des non salariés pour le bénéfice du complément de libre choix d'activité à taux partiel.

Descriptif de la mesure

Pour les enfants nés à compter du 1er avril 2014, le montant du CLCA sera identique pour toutes les familles, quel que soit leur niveau de ressources. La prestation restera modulée selon la quotité travaillée : 388 €/mois pour un CLCA taux plein, 251 €/mois pour un CLCA taux partiel 50%, 145 €/mois pour un CLCA taux partiel 80%.

L'allocation versée aux familles dont les ressources excèdent le plafond de ressources de l'allocation de base de la Paje sera donc inférieure de 184 € par mois à celle versée aujourd'hui.

Par ailleurs, le droit au CLCA des travailleurs non salariés sera ouvert à la condition que l'activité à temps partiel ne procure pas une rémunération supérieure à un certain montant défini par décret. Afin de ne pas fermer cette prestation aux parents qui ont des revenus professionnels élevés, bien qu'exerçant malgré tout leur activité à temps partiel, il leur sera possible de prouver qu'ils exercent une activité réduite afin de bénéficier du CLCA à taux partiel.

Impact financier

Cette mesure produit un rendement de 30 M€ en 2014.

Le plafonnement du CMG structure et la suppression de la condition d'un revenu minimal d'activité pour le CMG

Objectif de la réforme

Le complément de libre choix du mode de garde (CMG) est versé aux parents d'un ou de plusieurs enfants de moins de six ans qui emploient une assistante maternelle agréée ou une garde à domicile (CMG « direct ») ou qui font garder leur enfant par le biais d'une entreprise mandataire ou au sein d'une micro-crèche (CMG « structure »).

Actuellement, pour en bénéficier, le(s) parent(s) doivent disposer d'un minimum de revenus tirés d'une activité professionnelle. Dans un objectif de simplification et de soutien à l'emploi, la condition de revenu minimum tiré d'une activité professionnelle sera supprimée, pour ne conserver que la seule condition de l'exercice d'une activité professionnelle.

En second lieu, le versement du complément de mode de garde « structure », versé aux familles qui ne sont pas l'employeur direct de la garde à domicile ou de l'assistante maternelle, ou qui recourent aux services d'une micro-crèche au moins 16 heures par mois, sera encadré, afin d'éviter que ces structures pratiquent des tarifs abusifs. La mesure permettra de limiter le reste à charge des parents et d'éviter la sélection des publics accueillis, afin de rendre ces établissements accessibles à un plus grand nombre de familles.

Descriptif de la mesure

La mesure consiste :

- à remplacer la condition d'un revenu minimum d'activité, aujourd'hui prévue à l'article L. 531-5 CSS et définie par référence à un niveau minimal de revenus, par une condition d'activité ne faisant pas référence à un revenu minimal ;
- à inscrire dans la loi le principe selon lequel le versement du CMG est subordonné au respect d'un plafond tarifaire par la micro-crèche. Le plafond sera défini ultérieurement par décret, à un niveau permettant de limiter le reste à charge des familles, sans déstabiliser les structures ni réduire l'offre d'accueil.

Impact financier

Cette mesure aura un coût inférieur à 1 M€ en 2014.



Service de la Communication : 01 53 18 33 80