

5
1
0
2

DOSSIER DE PRESSE

PROJET
DE LOI DE
FINANCEMENT
DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE

29 SEPTEMBRE 2014

présenté par

MARISOL TOURAINE
Ministre des Affaires sociales, de
la Santé et des Droits des femmes

MICHEL SAPIN
Ministre des Finances
et des Comptes publics

LAURENCE ROSSIGNOL
Secrétaire d'État chargée
de la Famille, des Personnes âgées
et de l'Autonomie

CHRISTIAN ECKERT
Secrétaire d'État chargé
du Budget

Première partie

Équilibre général : poursuivre le rétablissement des comptes..... 3

Chapitre 1 Le rétablissement des comptes, freiné en 2014 par des recettes stagnantes, conduira à une nouvelle réduction des déficits à compter de 2015 5

Chapitre 2 Les ressources de la Sécurité sociale et la compensation du Pacte de responsabilité..... 11

Assurer l'équité et la lisibilité de la CSG sur les revenus de remplacement..... 11

Chapitre 3 La compensation du pacte de responsabilité et de solidarité à la Sécurité sociale en 2015 12

Deuxième partie

Assurance maladie: transformer notre système de santé et assurer sa pérennité par la maîtrise des dépenses.....15

Chapitre 1 Renforcer l'accès aux soins et aux droits 16

Mise en place du tiers payant intégral pour les bénéficiaires de l'ACS..... 17

Améliorer la prise en charge des personnes détenues 18

Amélioration de la couverture des conjoints et aides familiaux des exploitants agricoles en matière d'accidents du travail 19

Indemnisation du parent survivant en cas de décès de la mère au cours du congé maternité 20

Chapitre 2 Soutenir la prévention et la démocratie sanitaire 21

Conforter l'action des centres de vaccination 23

Création des centres d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit des infections (CIDDGI)..... 24

Conforter le financement de la démocratie sanitaire 25

Chapitre 3 Un système de soins orienté vers la proximité, la qualité et l'innovation..... 26

Poursuivre et amplifier le virage ambulatoire 27

Des soins de proximité accessibles sur le territoire : le Pacte territoire santé..... 28

Poursuivre la réforme du financement des établissements de santé 29

Simplifier l'accès à l'innovation 30

Réformer le fonds d'intervention régional et étendre ses missions 31

Chapitre 4 Promouvoir la pertinence 33

Promouvoir la pertinence des soins dans les établissements de santé..... 34

Création d'un nouveau mode d'inscription de certains dispositifs médicaux sur la liste des produits remboursables 35

Accès des entreprises de taxis au conventionnement 36

Chapitre 5 Payer les produits de santé à leur juste prix et promouvoir les génériques..... 37

Réforme du mécanisme de régulation des dépenses remboursées de médicaments (taux K)..... 38

Création d'un mécanisme de régulation des dépenses dédiées au traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C 39

Chapitre 6 Améliorer l'efficience de la dépense des hôpitaux	41
L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).....	42
Mesures d'économies 2015	44
La prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées.....	45
Rendre plus équitable le capital décès.....	46
Troisième partie	
Poursuivre la modernisation de la politique familiale	47
Moduler la prime à la naissance en fonction du rang de l'enfant	49
Promouvoir l'articulation entre vie familiale et vie professionnelle, réorienter les interventions vers des services en faveur de l'emploi des femmes	50
Décaler la majoration des prestations familiales pour mieux l'articuler au coût de l'enfant	52
Aligner la date de versement de l'allocation de base de la PAJE sur celle des autres prestations familiales	53
Rendre plus progressives les aides à la garde du jeune enfant	54
Quatrième partie	
Soutenir le pouvoir d'achat des retraités les plus modestes	55
Rétablir l'équilibre des retraites tout en améliorant le pouvoir d'achat des retraités modestes.....	56

Première partie

Équilibre général : poursuivre le rétablissement des comptes

Chapitre 1

Le rétablissement des comptes, freiné en 2014 par des recettes stagnantes, conduira à une nouvelle réduction des déficits à compter de 2015

Les mesures d'urgence de la loi de finances rectificative d'août 2012 et de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013 ont permis de mettre un coup d'arrêt à la dérive financière qui menaçait la pérennité du système de Sécurité sociale.

Ces deux lois ont apporté plus de 8 milliards d'euros de recettes nouvelles et 2,4 milliards d'euros d'économie sur les dépenses de santé en 2013, permettant de réduire le déficit du régime général et du FSV de 3,4 milliards d'euros en 2012 (à 17,5 milliards d'euros) puis de 2,1 milliards d'euros en 2013 (à 15,4 milliards d'euros). Le déficit de 2013 a même été inférieur de 700 millions d'euros aux prévisions, malgré une croissance quasiment nulle, grâce à une excellente maîtrise de l'évolution des dépenses, en particulier celles de l'assurance maladie.

La poursuite du rétablissement financier est ralentie en 2014 par la faible progression des recettes

La LFSS pour 2014 prévoyait de ramener le déficit du régime général et du FSV à 12,8 milliards d'euros, soit une réduction de 2,5 milliards d'euros par rapport à 2013, et un effort de plus de 8,5 milliards d'euros par rapport à l'évolution tendancielle en l'absence de toute mesure.

Cette prévision impliquait plusieurs efforts :

- Près de 4 milliards d'euros d'économies sur les dépenses du régime général et du FSV : il s'agissait de l'effet d'un ralentissement à 2,4 % de la progression de l'ONDAM, de la mise en œuvre des économies décidées sur les prestations familiales et les retraites, ainsi que des économies sur la gestion des caisses de Sécurité sociale.
- Le transfert de l'Etat à la branche famille de recettes résultant de la baisse du plafond du quotient familial et à la branche maladie du rendement de la fiscalisation de la participation de l'employeur aux contrats de complémentaire santé collectifs.
- La réalisation de 2,2 milliards d'euros de recettes nouvelles, résultant principalement d'une hausse de 0,3 point des cotisations d'assurance vieillesse répartie entre les employeurs et les salariés, pour un effet de 1,7 milliard d'euros (la neutralisation de la hausse par une baisse équivalente de 0,15 point des cotisations d'allocations familiales payées par les employeurs étant compensée par l'Etat à la branche famille) et du produit de la simplification du calcul des prélèvements sociaux sur les produits de placement, pour 450 millions d'euros pour le régime général.

Ces prévisions se fondaient sur une hypothèse de croissance de +0,9% du PIB et de 2,2% pour la masse salariale en 2014. Elles avaient été maintenues au printemps 2014 dans le cadre de la loi de financement rectificative de la Sécurité sociale (prévision de 1,0% pour le PIB et 2,2% pour la masse salariale).

Or, après les espoirs suscités par l'amélioration des perspectives conjoncturelles tout au long de 2013, la reprise de l'activité dans la zone euro a déçu au premier semestre 2014. Ainsi, la croissance française serait de +1,0 % en 2015 après +0,4 % en 2014. La progression de la masse salariale est quant à elle limitée à 1,6 % en 2014, nettement en-deçà de la progression de 2,2 % retenue en LFSS

initiale. Par ailleurs dans la zone euro, l'inflation se maintient durablement à un niveau très faible (+0,4 % en août 2014).

Cette révision du scénario économique se traduit par une correction significative à la baisse des prévisions de recettes, de plus de 1,2 milliard d'euros pour les cotisations sociales, et d'une ampleur presque équivalente s'agissant des autres prélèvements, notamment les prélèvements sociaux sur le capital, qui ont reculé de près de 1 milliard d'euros par rapport à 2013, au lieu de progresser modérément.

Dans ce contexte, la réduction du déficit par rapport à l'année précédente est fortement contrariée. Ainsi, le déficit du régime général se réduirait, mais à un rythme inférieur à celui de l'année précédente, et s'établirait à 11,6 milliards d'euros, notamment grâce à l'amélioration du solde de la branche vieillesse malgré une hausse du déficit de la branche maladie. En revanche, le solde du FSV se dégraderait de 500 millions d'euros pour s'établir à -3,7 milliards d'euros.

Au global, le déficit cumulé de l'ensemble constitué par le régime général et le FSV s'établirait donc en 2014 à un niveau identique à celui l'année précédente, soit 15,4 milliards d'euros. En revanche, le déficit de l'ensemble des régimes de base et du FSV continuerait lui à se réduire, à 15,3 milliards d'euros, soit 700 millions d'euros de moins que le niveau de 2013.

La reprise de la réduction des déficits à partir de 2015 repose principalement sur des efforts significatifs sur les dépenses

La reprise de la réduction des déficits en 2015 et pour les années suivantes constitue un engagement fort pour assurer la contribution de la Sécurité sociale au redressement global des finances publiques.

Le Gouvernement a engagé avec le pacte de responsabilité et de solidarité une dynamique de réduction des prélèvements pesant sur les entreprises et les ménages, qui s'est concrétisée, dès la loi de financement rectificative de la Sécurité sociale et la loi de finances rectificative l'été dernier. Le coût de ces baisses de recettes est 6,3 milliards d'euros pour la Sécurité sociale en 2015.

En cohérence avec ces orientations, le redressement des comptes sociaux repose uniquement sur des mesures qui ont déjà été décidées, notamment :

- La poursuite de la hausse, annoncée lors de la présentation de la réforme des retraites en août 2013, des cotisations d'assurance vieillesse dues par les employeurs et les salariés, pour 0,05 point chacun, représentant une recette de 400 millions d'euros pour la CNAVTS.
- Le transfert de l'Etat au FSV d'un montant équivalent aux recettes tirées de l'assujettissement des majorations de pension vieillesse à l'impôt sur le revenu, pour 1,2 milliard d'euros.

Néanmoins, plusieurs mesures sont proposées pour améliorer l'équité et l'efficacité du financement de la Sécurité sociale, sans accroître significativement les niveaux de prélèvement :

- La réforme des seuils d'exonération et de bénéfice du taux réduit de CSG pour les titulaires de revenus de remplacement permettra, pour un coût nul pour les recettes de la Sécurité sociale, d'aboutir à un dispositif plus juste et plus lisible pour les titulaires de ces revenus, limitant à l'avenir les effets de va-et-vient critiqués notamment dans le rapport sur la fiscalité des ménages de MM. Lefebvre et Auvigne et par le HCFiPS ;
- La limitation des niches sociales qui conduisent à des pertes de droits sociaux pour certaines catégories d'actifs du fait de l'application d'assiettes forfaitaires défavorables ;
- La rationalisation du recouvrement des taxes sur les contrats d'assurance dévolues à la Sécurité sociale, dans le sens d'une clarification des compétences des réseaux des URSSAF et de la DGFIP.

Le projet de loi s'inscrit aussi dans le cadre de l'engagement pris par le Gouvernement d'économiser 50 milliards d'euros d'ici à 2017, dont 20 milliards d'euros portant sur les dépenses de protection sociale, se traduit par des efforts significatifs dans le cadre du présent projet de loi.

La loi de financement rectificative de la Sécurité sociale avait prévu une mesure d'économie de plus de 1 milliard d'euros, correspondant à l'absence de revalorisation en 2014 des pensions de retraite de base des retraités dont la pension totale est inférieure à 1 200 euros brut mensuels. Cette économie était calculée par rapport à une prévision de revalorisation de 0,6% au 1^{er} octobre 2014. Toutefois, la révision à la baisse des prévisions d'inflation pour 2014 (de 1,1% hors tabac avant l'été à 0,5% désormais) a eu pour corollaire de conduire à une revalorisation spontanée nulle en 2014 (il convient en effet de tenir compte d'une correction de -0,5% au titre de 2013). Aucune économie par rapport à la revalorisation normale ne peut donc être réalisée cette année.

Le Gouvernement maintient cependant son engagement de réaliser au global les économies prévues. Outre l'effet des mesures déjà prises, notamment, pour ce qui concerne le régime général de Sécurité sociale, le décalage d'avril à octobre de la revalorisation des pensions de retraite, il s'agit notamment :

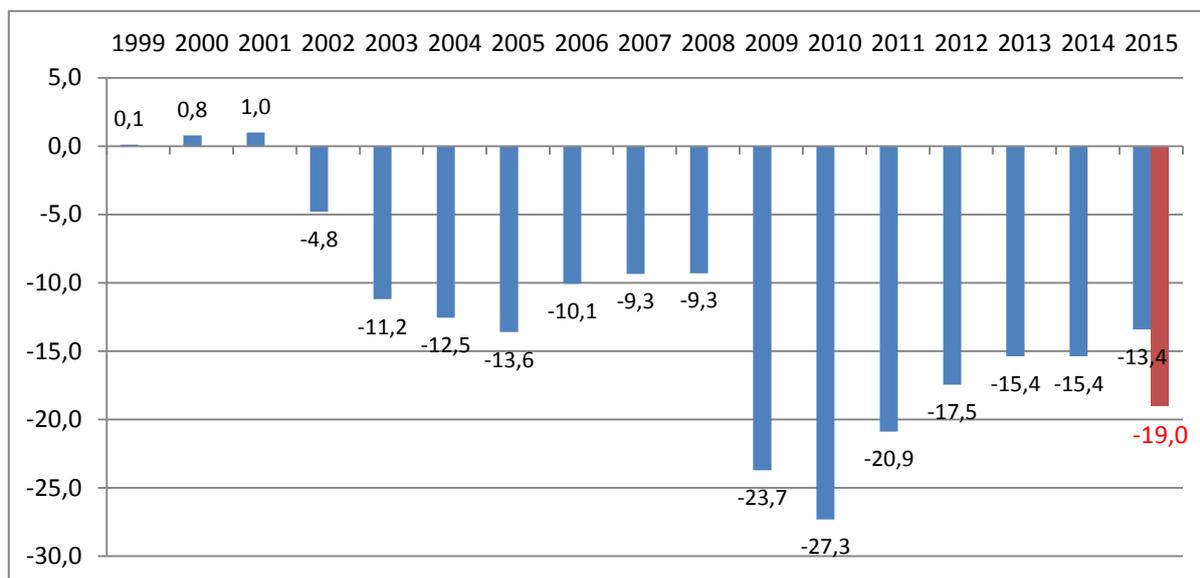
- de la maîtrise de la progression des dépenses d'assurance maladie qui impose un effort de 10 milliards d'euros d'économie à horizon 2017, soit près de 3,2 milliards d'euros dès 2015.
- des mesures de modernisation des prestations familiales qui doivent permettre de réaliser de nouvelles économies dès 2015 sans recourir à un gel de la revalorisation de ces prestations en 2015, pour ne pas pénaliser le pouvoir d'achat des familles. Dans le cadre du PLFSS 2015, une première mesure de recentrage de la prime de naissance est proposée, permettant 250M€ d'économies dès 2015. D'autres mesures ne passant pas par la loi sont proposées pour poursuivre cette modernisation et contribueront à l'objectif global d'économies sur les administrations de Sécurité sociale pour 2015. L'ensemble de ces mesures devrait représenter des économies de l'ordre de 700 millions en 2015.
- des économies sur la gestion des organismes de protection sociale, avec un objectif de 1,2 milliard d'euros d'économies en 3 ans, dont près de 500 millions d'euros en 2015, qui s'ajoutent au plan d'économies de 500 millions d'euros au titre de 2013 et 2014.

La prévision de déficit du régime général et du FSV pour l'exercice 2015 s'établit donc à 2 milliards d'euros en deçà de la prévision de déficit au titre de 2014. Elle témoigne d'un effort de redressement de 5,6 milliards d'euros, principalement en dépenses, par rapport à la projection tendancielle.

Niveau de déficit constaté et prévu pour le régime général et le FSV

En Md€	2013		2014		2015	
	Exécuté	prévision LFSS 2014	prévision LFSS 2015	Avant mesures	prévision LFSS 2015	
Maladie	- 6,8	- 6,2	- 7,3	- 10,5	- 6,9	
AT-MP	0,6	0,1	0,2	0,4	0,2	
Vieillesse	- 3,1	- 1,2	- 1,6	- 1,5	- 1,5	
Famille	- 3,2	- 2,3	- 2,9	- 3,2	- 2,3	
Total RG	- 12,5	- 9,6	- 11,7	- 14,7	- 10,5	
FSV	- 2,9	- 3,2	- 3,7	- 4,3	- 2,9	
Total RG+FSV	- 15,4	- 12,8	- 15,4	- 19,0	- 13,4	

Déficit annuel de l'ensemble RG et FSV et déficit avant mesures en 2015



Par ailleurs, malgré la révision à la baisse des perspectives de croissance des recettes, les trajectoires de réduction du déficit de la branche famille et de la branche vieillesse restent proches de la prévision qui avait été faite en LFSS pour 2014.

En Md€	2014	2015	2016	2017	2018
Maladie	-7,3	- 6,9	-5,8	-3,7	-1,4
AT-MP	0,2	0,2	0,4	0,8	1,2
Vieillesse	-1,6	- 1,5	-0,5	0,4	-0,5
Famille	-2,9	- 2,3	-1,4	-0,9	-0,7
Total RG	-11,7	- 10,5	-7,2	-3,3	-1,3
FSV	-3,7	-2,9	-3	-2,4	-1,6
Total RG+FSV	-15,4	- 13,4	-10,3	-5,7	-2,9

Grâce aux ressources qui lui sont réservées, l'effort de désendettement se poursuit conformément aux engagements prévus

En 2010, le Parlement a limité à 10 milliards d'euros par an et à 62 milliards d'euros globalement sur la période 2011-2018 le montant des déficits de la CNAVTS et du FSV pouvant être transférés à la CADES. Les déficits sociaux qui ne sont pas résorbés par des excédents ou transférés à cette caisse sont portés par l'agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS).

Toutefois, les mesures de redressement prises en faveur de l'assurance vieillesse ont permis de réduire significativement les prévisions de déficit en 2013 et 2014. Afin de limiter l'impact de ces déficits cumulés sur le solde de l'ACOSS, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 a donc prévu que la reprise par la CADES pourrait inclure, au sein du plafond annuel de 10 milliards d'euros, les déficits de la branche vieillesse postérieurs à 2012 et une partie des déficits de la CNAMTS et de la CNAF. Cette opération n'allonge pas l'horizon d'amortissement complet de la dette sociale, qui reste estimé à 2024 aux conditions actuelles de financement.

La CADES a ainsi repris 10 milliards d'euros de dette du régime général en 2014, correspondant aux déficits 2013 de la CNAVTS et du FSV, ainsi qu'à une partie des déficits 2012 de la CNAMTS. Au titre de cette même année, il est estimé que la caisse aura remboursé 12,7 milliards d'euros, portant à 97 milliards d'euros le montant des dettes remboursées depuis sa création. La réduction de la dette de la CADES se poursuit donc.

Chapitre 2

Les ressources de la Sécurité sociale et la compensation du Pacte de responsabilité

Assurer l'équité et la lisibilité de la CSG sur les revenus de remplacement

Objectif de la réforme

Rendre équitable le calcul de la CSG sur les revenus de remplacements (retraites, chômage), pour qu'à revenu égal, le taux applicable soit le même.

Description de la réforme

Les revenus de remplacement (pensions de retraites, allocations chômage) sont notamment assujettis à la contribution sociale généralisée (CSG) et la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), ainsi que, pour les pensions de retraite, à la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) à des taux et selon des modalités différentes de celles applicables aux revenus d'activité.

Ainsi, actuellement, les personnes appartenant à des foyers non imposables à l'impôt sur le revenu sont assujetties à un taux réduit de 3,8%, tandis que les personnes imposables paient le taux normal de CSG (6,2% pour les chômeurs et 6,6% pour les retraités, lesquels sont également assujettis à la CASA). C'est donc le montant d'impôt payé qui détermine le taux de CSG applicable.

Or, comme l'a mis en évidence le rapport de MM. Lefebvre et Auvigne sur la fiscalité des ménages, ce critère permet à des personnes ayant des revenus élevés mais des réductions d'impôt importantes de bénéficier d'un taux de CSG inférieur à celui applicable à des personnes aux revenus plus modestes mais qui n'ont pas de réductions d'impôts.

La mesure consiste à retenir à compter de 2015 un critère de niveau de revenu, plus équitable et cohérent avec la logique de progressivité sous-jacente aux modalités d'assujettissement à la CSG sur les revenus de remplacement. Ce seuil sera fixé à un niveau légèrement supérieur à celui correspondant à l'imposabilité à l'impôt sur le revenu en 2014, soit 13 900 euros pour une personne seule sans demi-part supplémentaire. 700 000 des personnes qui ont été concernées par la réduction d'impôt créée en 2014 bénéficieront d'une baisse de leur taux de CSG en 2015. 460 000 personnes dont le revenu est supérieur à ce seuil et qui bénéficiaient antérieurement d'un taux réduit de CSG uniquement grâce à des réductions d'impôt passeront à la CSG à taux normal.

La mesure permettra de limiter les mouvements qui conduisent des centaines de milliers de personnes à passer chaque année du taux réduit au taux plein de CSG et vice versa, en raison de la perte d'une réduction d'impôt ou, de manière générale, d'une variation même minime de leur situation fiscale.

Le seuil a été défini afin de conduire à une neutralité globale de la mesure sur les prévisions de recettes de CSG en 2015.

Chapitre 3

La compensation du pacte de responsabilité et de solidarité à la Sécurité sociale en 2015

Le pacte de responsabilité et de solidarité se traduit par un double effort sur deux piliers indissociables, présentés dans le programme de stabilité adopté par l'Assemblée nationale le 29 avril 2014 :

- Des baisses ciblées de prélèvements pour soutenir l'emploi, la capacité d'investissement et d'innovation et la compétitivité de nos entreprises, et baisser nos prélèvements obligatoires au bénéfice des ménages aux revenus moyens et modestes ;
- Un plan de 50 milliards d'euros d'économies pour réduire le déficit public et financer les priorités du Gouvernement.

La loi de financement rectificative de la Sécurité sociale pour 2014 adoptée à l'été a mis en œuvre les baisses ciblées de prélèvements prévues pour l'année 2015 :

- A partir du 1er janvier 2015, l'employeur d'un salarié payé au SMIC ne paiera plus aucune cotisation patronale de Sécurité sociale à l'URSSAF, quel que soit l'effectif de l'entreprise. Seules restent dues les cotisations des régimes gérés par les partenaires sociaux et certaines contributions annexes. L'exonération sera dégressive jusqu'à 1,6 fois le SMIC. En outre, les cotisations d'allocations familiales sont réduites de 1,8 point pour les salaires inférieurs à 1,6 fois le SMIC. Ces deux mesures représentent un effort de 4,6 milliards d'euros en 2015, dont une baisse de recettes de 4,3 milliards d'euros pour la Sécurité sociale (le reliquat portant sur les cotisations au FNAL).
- L'exonération partielle des cotisations d'allocations familiales des travailleurs indépendants lorsque le revenu d'activité annuel est inférieur à l'équivalent de 3,8 SMIC nets annuels, soit un peu plus de 52 000 euros, représente une baisse de recettes de 1 milliard d'euros en 2015.
- La création d'un abattement d'assiette de 3 250 000 euros de chiffre d'affaires pour la C3S due au titre de 2015, réduit de 1 milliard d'euros le montant collecté par cette contribution en 2015, en priorité au bénéfice des PME et ETI.

Comme le Gouvernement s'y était engagé, les lois financières pour 2015 (projet de loi de finances et projet de loi de financement de la Sécurité sociale) prévoient les modalités de compensation à la Sécurité sociale des différentes mesures du pacte, pour un total de 6,3 milliards d'euros.

En outre, comme le Gouvernement s'y était engagé lors de la réforme des retraites en janvier 2014, la LFSS met en œuvre le transfert au Fonds de Solidarité Vieillesse des produits générés par la fiscalisation, à compter de 2014, des majorations de pension pour enfants, soit 1,2 milliard d'euros de recettes supplémentaires.

Les modalités de cette compensation s'inscrivent, de manière générale, dans la logique de rationalisation et de simplification des relations financières entre l'Etat et la Sécurité sociale poursuivie au cours des années récentes.

- Ainsi, il est prévu de transférer à l'Etat l'intégralité de la charge financière des aides personnalisées au logement (APL) actuellement cofinancées par l'Etat d'une part et la branche Famille d'autre part. Ce transfert conduit à une réduction de 4,75 milliards d'euros des dépenses de la branche Famille en 2015. Elle est sans impact sur les modalités de versement et de gestion des prestations par les CAF et bien sûr sur le montant des prestations versées aux allocataires.

- Par ailleurs, le projet de loi transfère à la Sécurité sociale l'intégralité du produit des prélèvements sociaux sur les produits du capital (placements et patrimoine), qui s'élèvent à 15,5% au total. En effet, au sein de ces prélèvements, le prélèvement de solidarité, dont le taux s'élève à 2%, est jusqu'à présent affecté à plusieurs fonds (fonds national des solidarités actives - FNSA, fonds national d'action logement – FNAL – et fonds de solidarité), qui perçoivent par ailleurs des dotations de l'Etat. L'affectation de l'intégralité de ce produit à la Sécurité sociale représente un transfert de 2,5 milliards d'euros en 2015. Les fonds antérieurement bénéficiaires feront l'objet de dotations correspondantes sur le budget de l'Etat.

Enfin, le PLFSS met en œuvre, à la suite des réformes déjà entreprises dans ce domaine en 2013, une réforme des modalités de versement des cotisations sociales au titre des indemnités de congés versées pour le compte des employeurs par une caisse de congés payés. Dans une perspective de long terme de retenue « à la source » à horizon 2018, qui s'inscrit dans une démarche de simplification, le projet de loi prévoit le paiement immédiat aux URSSAF par les caisses des montants correspondant à la fraction des cotisations de Sécurité sociale qu'elles perçoivent des employeurs. Cette modification du rythme de versement, sans impact sur le coût du travail pour les entreprises et sans impact sur les droits des salariés, ne pèse que sur la trésorerie des caisses de congés payés. Elle assure une ressource exceptionnelle de 1,5 milliard d'euros à la Sécurité sociale, contribuant à réduire d'autant le coût du pacte de responsabilité sur les recettes de la Sécurité sociale en 2015.

Par ailleurs, les montants de TVA revenant à la Sécurité sociale au titre de 2015 sont ajustés afin que l'ensemble des transferts corresponde au montant dû.

Deuxième partie
Assurance maladie: transformer
notre système de santé et assurer
sa pérennité par la maîtrise des
dépenses

Chapitre 1

Renforcer l'accès aux soins et aux droits

L'accès aux soins est au cœur de la stratégie nationale de santé. L'accessibilité financière des soins est un des éléments de l'excellence du système de santé français.

C'est pourquoi le Gouvernement, depuis 2012, a fait le choix d'écarter toute mesure de désengagement de l'assurance maladie – remboursements, franchises, forfaits – car ces mesures, qui ne réduisent pas la dépense de santé mais la transfèrent vers les malades, fragilisent le caractère universel de la prise en charge par l'assurance maladie qui constitue un élément essentiel de notre pacte républicain.

Plusieurs mesures positives améliorent ainsi la prise en charge des soins depuis 2012 :

- gratuité de la contraception pour les mineures et prise en charge intégrale de l'interruption volontaire de grossesse ;
- mise en place d'un dispositif de maîtrise de l'évolution des dépassements d'honoraires avec le contrat d'accès aux soins (CAS) instauré par l'avenant 8 à la convention médicale. En 2013, le montant des dépassements a progressé de 2,9%, contre plus de 4% par an en moyenne entre 2005 et 2012.
- relèvement du plafond de ressources de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide à une complémentaire santé (ACS) au 1^{er} juillet 2013. Cette mesure permettra à terme à plus de 300 000 personnes supplémentaires de bénéficier de la CMU-C et à plus de 350 000 autres personnes de bénéficier de l'ACS. Ces nouveaux bénéficiaires jouiront ainsi des garanties offertes par les deux dispositifs, notamment la protection contre les dépassements d'honoraires, étendue par l'avenant 8 aux bénéficiaires de l'ACS ;
- ouverture aux étudiants isolés ou en rupture avec leur famille de la possibilité de demander à bénéficier de la CMU-C indépendamment du foyer de leurs parents ;
- renforcement du panier de soins des bénéficiaires de la CMU-C : prise en charge de l'optique et des audioprothèses ;
- revalorisation de l'aide à la complémentaire santé de 50 euros pour les personnes âgées de plus de 60 ans.

Les chiffres traduisent d'ores et déjà cette inflexion : en effet, la part des dépenses de soins à la charge des ménages a reculé depuis 2011, passant de 9,2% des dépenses de soins à 9% en 2012 puis 8,8% en 2013. De façon symétrique, la part prise en charge par la solidarité, que ce soit l'assurance maladie, l'État ou la CMU-C, a progressé, passant de 77% en 2011 à 77,2% en 2012 puis 77,4% en 2013.

Avec le PLFSS pour 2015, le Gouvernement entend poursuivre cette démarche.

Mise en place du tiers payant intégral pour les bénéficiaires de l'ACS

Objectifs de la réforme

La généralisation du tiers payant intégral constitue un élément essentiel de la démarche du Gouvernement en faveur de l'accès aux soins. Il s'agit d'éviter que l'avance des frais par les patients conduise à renoncer aux soins pour des raisons financières.

Les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (ACS) sont particulièrement susceptibles de renoncer aux soins pour des raisons financières, car leurs revenus ne dépassent pas le seuil de pauvreté.

Description de la réforme

En anticipation sur la généralisation du tiers payant intégral pour tous, le tiers payant intégral est mis en place pour les bénéficiaires de l'ACS, dès lors qu'ils respectent le parcours de soins, à compter du 1^{er} juillet 2015, date à laquelle entrera par ailleurs en vigueur la sélection des contrats éligibles à l'ACS.

Améliorer la prise en charge des personnes détenues

Objectifs de la réforme

Afin de permettre la mise en œuvre du tiers payant intégral pour les personnes en aménagement de peine ayant recours aux soins de ville prévue par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013. La mesure proposée simplifie les circuits de financement de la prise en charge en soins des personnes détenues.

Description de la réforme

La mesure unifie et centralise les flux de paiement du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier et leur remboursement par l'Etat :

- Les établissements et professionnels de santé adresseront leurs factures au titre de soins dispensés à des personnes détenues non plus aux établissements pénitentiaires mais aux caisses d'assurance maladie, qui assureront une dispense d'avance de frais intégrale.
- L'ensemble des sommes ainsi avancées par l'assurance maladie pour le compte de l'Etat sera centralisé par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) qui émettra une facture globalisée à l'intention de l'administration pénitentiaire.

La mesure présente donc plusieurs effets bénéfiques :

- Les obstacles à l'application de la dispense d'avance de frais prévue pour les soins de ville dispensés aux détenus seront levés.
- Les flux financiers entre l'Etat et l'assurance maladie sont simplifiés.

Amélioration de la couverture des conjoints et aides familiaux des exploitants agricoles en matière d'accidents du travail

Objectifs de la réforme

Les conjoints de chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole participant aux travaux ainsi que les aides familiaux sont exposés, comme les chefs d'exploitation et d'entreprise agricole, à des risques professionnels.

Pour autant, ils ne bénéficient pas de la même couverture que les chefs d'exploitation en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle : en effet, ils bénéficient d'une prise en charge des soins, mais non de prestations d'indemnités journalières.

Description de la réforme

Le droit aux indemnités journalières est ouvert aux conjoints et aux aides familiaux lorsqu'ils seront obligés d'interrompre leur activité en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, à compter du 1^{er} janvier 2015.

Cette mesure bénéficiera à environ 45 000 conjoints et aides familiaux.

Indemnisation du parent survivant en cas de décès de la mère au cours du congé maternité

Objectifs de la réforme

En cas de décès de la mère au cours de congé maternité, l'indemnité de congé maternité peut être versée au père ou, s'il n'exerce pas son droit, à la personne liée à la mère par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle, dans des conditions qui sont restrictives : d'une part, cette possibilité n'est ouverte que dans les cas où le décès de la mère est dû à l'accouchement ; d'autre part, elle suppose que la mère soit affiliée au régime général ou au régime des salariés agricoles, et que le père ou le partenaire de la mère soit affilié au même régime.

Cette situation est donc insatisfaisante au regard des situations individuelles rapportées par les caisses des régimes d'assurance maladie car il ne permet pas de couvrir l'ensemble des cas de décès de la mère au cours du congé maternité.

Description de la réforme

La possibilité de prise en charge du nourrisson par le parent survivant en cas de décès de sa mère sera garantie, en étendant le transfert de l'indemnisation maternité de la mère à l'ensemble des causes de décès et en permettant sa mise en œuvre quel que soit le régime d'assurance maladie des parents.

Chapitre 2

Soutenir la prévention et la démocratie sanitaire

La Stratégie Nationale de Santé fait de la prévention sa priorité en articulant les actions sur les déterminants sociaux, les environnements, les comportements et les pratiques cliniques préventives.

La prévention joue un rôle majeur dans la réduction des taux de mortalité et de morbidité, en particulier s'agissant des addictions, du cancer, des maladies cardiovasculaires ou du diabète, et qui représente un facteur puissant de réduction des inégalités sociales en santé.

La prévention repose pour partie sur des actions spécifiques, et pour partie sur des actions de prévention intégrées aux soins : actions visant à éviter la survenue d'une maladie (vaccination), à la dépister, ou à prendre en charge les facteurs de risque ou les formes précoces des maladies.

Selon l'estimation réalisée pour 2012 par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 8,5 milliards d'euros seraient ainsi dépensés en soins de ville et en produits de santé au titre de la prévention¹.

La mise en place de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) en 2012, complément de rémunération des médecins libéraux conditionné à l'atteinte d'objectifs de santé publique, du forfait médecin traitant et de la majoration personnes âgées en 2013, conduisent à accorder des ressources accrues pour conforter ces actions de prévention réalisées par le médecin traitant, en cohérence avec le rôle qui est confié à ce dernier dans la stratégie nationale de santé.

Par ailleurs, les moyens consacrés par l'Etat et l'assurance maladie pour accompagner cette dynamique font l'objet d'engagements spécifiques à travers le Fonds d'intervention régional (FIR) et les Fonds de prévention des régimes d'assurance maladie.

La création du FIR a permis de renforcer les moyens des agences régionales de santé en matière de prévention

Créé en 2012, le FIR a permis de rassembler des crédits autrefois dispersés, d'identifier une enveloppe unique allouée à la prévention répartie entre les agences régionales de santé (ARS).

Cette enveloppe a régulièrement progressé, en passant notamment de 239,2M€ en 2013 à 247,7M€ en 2014. Ces sommes sont préservées grâce à un mécanisme de fongibilité asymétrique : si les crédits de prévention ne peuvent pas être employés à d'autres fins, des crédits finançant d'autres actions peuvent être redéployés vers la prévention : en 2013, 19,6M€ ont été réorientés par les ARS à ce titre au financement d'actions de prévention.

Afin de tenir compte des inégalités territoriales de santé, 10% des dotations du FIR sont désormais répartis en fonction d'indicateurs de santé et de précarité de chaque région.

¹ Comptes nationaux de la santé 2013, septembre 2014

Les financements dédiés par les régimes d'assurance maladie à la prévention progressent

La convention d'objectifs et de gestion avec la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) traduit cet engagement : le Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire (FNPEIS) du régime général voit ses crédits progresser, à champ constant, de 437 à 455,4 M€ entre 2013 et 2017.

Doivent notamment être mentionnés :

- 228 millions consacrés à la prévention bucco-dentaire entre 2014 et 2017, avec une progression des dépenses de 49,9 à 59M€ de 2013 à 2017.
- 295 millions consacrés au dépistage des cancers entre 2014 et 2017.

Outre ces financements, doivent être mentionnées les ressources allouées à la prévention par la Mutualité sociale agricole (MSA) et le régime social des indépendants (RSI), soit respectivement 34,2 et 23,3 millions en 2015.

Conforter l'action des centres de vaccination

Objectif de la réforme

Si la vaccination a vocation à être principalement réalisée chez le médecin traitant, des dispositifs comme les centres de vaccination peuvent favoriser, par la gratuité, l'accès à la vaccination des populations les plus fragiles ou éloignées du système de soins.

Aujourd'hui, ces centres financent intégralement l'acquisition des vaccins qu'ils dispensent.

Description de la réforme

L'acquisition de vaccins par les centres de vaccination sera prise en charge, à partir de 2016, par l'assurance maladie dans les mêmes conditions que les vaccins réalisés en ville, soit à 65%. Le reste du prix continuera d'être à la charge des centres, afin d'assurer la gratuité de la vaccination réalisée dans ces centres.

Cette mesure permettra à ces centres de renforcer leur action.

Création des centres d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit des infections (CIDDDGI)

Objectif de la réforme

Entre 30 000 et 50 000 personnes infectées par le VIH ne sont pas diagnostiquées et ignorent leur infection. Par ailleurs, 7% des personnes diagnostiquées positives ne sont pas prises en charge dans le système de soins .

Il est donc nécessaire de développer le dépistage du VIH, des hépatites et des infections sexuellement transmissibles (IST) et d'assurer la continuité entre dépistage et prise en charge, notamment en donnant aux usagers, conformément aux recommandations du Conseil national du sida, le choix entre anonymat et non-anonymat.

Description de la réforme

La prévention et le dépistage des infections sexuellement transmissibles peuvent être réalisés actuellement par deux types de structures :

- les consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des hépatites (CDAG) qui sont habilitées par les ARS et financées par l'assurance maladie ;
- les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST), qui sont gérés soit par les collectivités territoriales par convention avec l'Etat, soit par des structures habilitées par les ARS.

Afin de **rendre plus lisible l'offre de dépistage et de promouvoir une approche globale – associant dépistage, information et orientation éventuelle vers le système de soins, et portant sur l'ensemble des infections sexuellement transmissibles, ces deux types de structure sont fusionnées à partir de 2016 au sein des CIDDDGI, financés par l'assurance maladie.**

Conforter le financement de la démocratie sanitaire

Objectif de la réforme

La démocratie sanitaire est l'un des piliers de la stratégie nationale de santé. A ce titre, il est important de garantir un financement pérenne et indépendant des associations ou organismes qui représentent les droits des usagers du système de santé ou concourent à leur promotion.

Or, l'ensemble des crédits de l'assurance maladie destinés à la démocratie sanitaire sont aujourd'hui intégrés au fonds d'intervention régional, ce qui ne permet pas de financer des associations ou organismes nationaux dont l'intervention est essentielle pour garantir le respect des droits des patients et leur expression au sein du système de santé.

Description de la réforme

L'objet de la mesure est donc de permettre à l'Assurance maladie de financer, au niveau national, des associations ou organismes ayant pour mission de promouvoir la démocratie sanitaire, dont la liste sera déterminée par arrêté. Ces crédits doivent permettre :

- aux associations, nationales ou régionales de conduire des actions au titre de l'agrément de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, pour une pathologie ou un public particuliers ;
- à l'Ecole des hautes études en santé publique de mettre en œuvre pour le compte de l'Etat, dans le cadre d'un Institut des usagers, des actions de promotion des droits des usagers en direction des établissements sanitaires et médico-sociaux et des agences régionales de santé ainsi que des programmes de recherche sur l'implication des usagers dans les décisions individuelles et collectives en santé.

Ce financement sera intégré dans le périmètre du 7^e sous-objectif de l'ONDAM.

Chapitre 3

Un système de soins orienté vers la proximité, la qualité et l'innovation

La stratégie nationale de santé vise à la fois à réussir la révolution du premier recours, qui repose sur une offre de soins ambulatoire organisée à partir du médecin traitant, et à assurer l'accès de tous à la qualité et à l'excellence.

Le renforcement des soins primaires constitue à la fois un enjeu d'accessibilité du système de santé et une condition pour réussir le virage ambulatoire, qui constitue un des quatre axes du programme d'économies 2015-2017.

Au-delà de l'accès aux soins de proximité, l'amélioration de la qualité et l'accès à l'innovation constituent un enjeu pour l'égalité devant le système de santé.

Cela suppose de compléter la réforme du financement des hôpitaux pour qu'il intègre mieux les objectifs de qualité, de faciliter l'action de transformation financée par les agences régionales de santé dans le cadre du FIR, et de simplifier l'accès à l'innovation.

Objectifs de la réforme

L'ambition de la stratégie nationale de santé est de repositionner l'hôpital dans le parcours de santé des patients. A ce titre, le Gouvernement souhaite promouvoir la prise en charge ambulatoire, en amont, pendant et en aval de l'hospitalisation.

Le virage ambulatoire est un enjeu essentiel pour notre système de santé parce qu'il est **bénéfique** :

- **pour les patients** en termes de qualité et de sécurité des soins (moins d'exposition aux infections nosocomiales) et en termes de retour rapide au domicile ;
- **pour les professionnels des établissements de santé** via l'amélioration de leurs conditions de travail et de leur qualité de vie ;
- **pour les professionnels libéraux**, qui peuvent assurer un suivi plus approfondi de leurs patients avant et après l'hospitalisation ;
- **pour les établissements de santé**, qui peuvent réaliser des gains de productivité en diversifiant leurs modes de prises en charge, ce qui représente à terme des économies pour l'assurance maladie.

Des résultats encourageants ont été constatés ces dernières années et témoignent des efforts déjà réalisés par les professionnels et les établissements de santé, notamment en chirurgie ambulatoire.

Description de la réforme

Cette démarche repose sur un ensemble d'actions qui permettront une meilleure articulation entre ville et hôpital :

- **le développement de la chirurgie ambulatoire** ;
- **l'accompagnement de la sortie de l'hôpital, grâce aux programmes de retour à domicile notamment** ;
- **l'encouragement à l'hospitalisation de jour et l'hospitalisation à domicile** ;
- **l'optimisation du parcours de soins des patients**, en particulier pour certaines pathologies et certains publics (insuffisance rénale chronique, personnes âgées).

Plusieurs leviers seront mobilisés afin d'atteindre cet objectif : outils **tarifaires et financiers** (tarifs uniques, mise sous accord préalable), mais aussi **les leviers organisationnels** : encouragement aux projets innovants, formation, accompagnement des établissements à travers la contractualisation avec les agences régionales de santé qui pilotent le projet.

L'année 2015 constituera la première année de mise en œuvre de ce plan global dont la montée en charge s'échelonne jusqu'en 2017. Au sein du **fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)**, 19,5M€ seront consacrés en 2015 à l'accompagnement des établissements au développement de l'offre ambulatoire.

La construction de l'ONDAM 2015 intègre un objectif global d'économies au titre du développement des prises en charge ambulatoires en établissement de santé de 100 M€.

Des soins de proximité accessibles sur le territoire : le Pacte territoire santé

Objectif de la réforme

Le « pacte territoire-santé », présenté en décembre 2012, comporte 12 engagements concrets pour améliorer l'accès aux soins de proximité. Les premiers résultats ont été présentés le 17 février 2014 par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

Afin de développer l'installation de généralistes et spécialistes dans des territoires manquants de médecins

Description de la réforme

La loi de financement de Sécurité sociale pour 2013 a créé un contrat de « praticien territorial de médecine générale » (PTMG), qui sécurise l'installation de jeunes médecins. 400 médecins généralistes devraient s'installer grâce à ce dispositif.

Afin d'étendre les incitations à l'installation des médecins, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015 prévoit le versement pour un généraliste ou spécialiste d'une aide, en cas de congé maternité ou paternité, afin de contribuer à couvrir les charges de son cabinet médical, malgré l'arrêt provisoire de son activité. Ce dispositif prendra la forme d'un contrat de « praticien territorial de médecine ambulatoire » (PTMA) signé entre le médecin et l'agence régionale de santé. Il sera applicable aux nouvelles installations en zones manquants de médecins à compter du 1^{er} janvier 2015.

Par ailleurs, le maintien de la présence médicale est parfois fragilisé dans certains territoires, comme les zones de montagne où l'activité des médecins est marquée par certaines spécificités : isolement par rapport à des infrastructures sanitaires de la région, intensité variable de la demande au cours de l'année (population permanente, saisonniers et touristes)...Un soutien financier à l'activité sera mis en place pour répondre aux contraintes particulières, auxquelles doivent faire face ces médecins de montagne pour garantir l'accès aux soins.

Poursuivre la réforme du financement des établissements de santé

Objectif de la réforme

Le Gouvernement a souhaité engager dès 2012 **une réforme en profondeur du modèle de financement des établissements de santé**. Des évolutions importantes ont été mises en œuvre depuis 2012 :

- **fin des gels** sur les missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (**MIGAC**) ;
- **fin de la convergence tarifaire** entre établissements de santé publics et privés et rénovation du **service public hospitalier** ;
- financement spécifique pour les **activités isolées** des établissements de santé qui méritent d'être préservées ;
- **dégressivité tarifaire** en fonction du volume d'activité des établissements pour mettre un terme à la logique de multiplication des actes parfois inutiles ;
- **expérimentations de financement au parcours** pour l'insuffisance rénale chronique et la radiothérapie.

Une nouvelle étape de la réforme est engagée en 2015 avec deux nouveaux objectifs :

- faire du financement des établissements de santé un vecteur d'encouragement à la **qualité et à la sécurité des soins** ;
- définir un modèle de financement spécifique **pour les hôpitaux de proximité**, qui contribuent à la mise en place d'un panier de soins hospitaliers essentiels, en particulier dans les zones les plus fragiles.

Description de la réforme

Deux mesures législatives sont à ce titre proposées pour 2015 :

- sur le volet qualité, la création :
 - d'un **financement spécifique dont l'objectif est d'inciter à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins** pour les établissements de santé financés à l'activité ;
 - d'un **contrat d'amélioration des pratiques en établissement de santé** destiné à engager les établissements de santé dans une logique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins lorsque celles-ci sont insuffisantes ;
- **la reconnaissance des hôpitaux de proximité** et la mise en place d'un **financement plus adapté** à la spécificité des missions de ces établissements que la tarification à l'activité plus appropriée. Cette mesure participe pleinement des objectifs du Pacte territoire santé.

Simplifier l'accès à l'innovation

Objectif de la réforme

Le Gouvernement s'est engagée dans la cadre des travaux du Conseil stratégique des Industries de Santé (CSIS) et du conseil stratégique de filière (CSF) à accélérer la mise à disposition de produits de santé et d'actes innovants dûment évalués, en agissant prioritairement dans le secteur des dispositifs médicaux.

Une des priorités identifiées concernait les circuits d'inscription et de tarification des actes innovants qui peuvent s'étaler sur plusieurs années, retardant l'accès des patients à l'innovation.

Des mesures concrètes ont été prises en 2014 comme la mise en œuvre opérationnelle du forfait innovation pour la prise en charge temporaire, à titre dérogatoire, d'un produit innovant.

La présente mesure vise à compléter le dispositif d'inscription accélérée au remboursement des actes innovants.

Description de la réforme

Les dispositifs actuels de prise en charge des technologies de santé innovantes ne permettent pas une continuité de prise en charge entre les phases de recherche, d'expérimentation ou de développement et la prise en charge de droit commun.

Pour améliorer cette situation, trois évolutions sont proposées :

- étendre le bénéfice du forfait innovation à la ville (pour l'instant il est limité aux établissements de santé) ;
- optimiser l'inscription et la tarification des actes innovants en prévoyant un dispositif accéléré ;
- accélérer l'inscription au remboursement des actes résultant d'expérimentations.

Cette mesure est la traduction de certains engagements du contrat de filière des industries de santé. Elle complète le dispositif d'inscription accélérée au remboursement créé par la LFSS 2014.

Réformer le fonds d'intervention régional et étendre ses missions

Objectif de la réforme

La **transformation du système de santé** nécessite de renforcer les **leviers des agences régionales de santé (ARS) en matière de financement** par une meilleure fongibilité des enveloppes et une plus grande capacité d'innovation en matière de nouvelles organisations de l'offre de soins.

Les **missions du fonds d'intervention régional (FIR)**, qui mobilisent aujourd'hui plus de 3 milliards d'euros de crédits par an, nécessitent dans cet objectif d'être **restructurées** et **complétées** et le mode de fonctionnement du fonds doit être simplifié.

Description de la réforme

- La mesure prévoit de **restructurer les missions FIR en quatre axes stratégiques** en vue de les inscrire pleinement dans la SNS :
- **promotion de la santé et prévention** des maladies et des pertes d'autonomie ;
- organisation et promotion des **parcours de santé coordonnés** ;
- permanence des soins et répartition territoriale des structures et professionnels ;
- efficacité des organisations et amélioration des conditions de travail de leurs personnels.

Les missions du fonds sont par ailleurs étendues à la **démocratie sanitaire** et à **l'amélioration des conditions de travail des personnels des structures médico-sociales** (et non plus des seuls établissements de santé).

Dans une optique de **simplification**, la **gestion** budgétaire et comptable du fonds est **intégralement confiée aux ARS** (à l'exclusion des paiements directement versés aux professionnels de santé) ce qui permettra de **l'inscrire dans un cadre pluri-annuel** conformément à l'objectif du fonds de mener à bien des opérations de transformation du système de santé.

Chapitre 4

Promouvoir la pertinence

Le renforcement de la pertinence des soins est un enjeu à la fois de qualité de notre système de soins et d'efficacité des dépenses de santé.

En effet, l'amélioration de la pertinence des pratiques se traduit par des gains de qualité dans la prise en charge des patients mais permet également d'éviter des interventions supplémentaires. Une vigilance accrue dans les prescriptions médicamenteuses reçues par les personnes présentant plusieurs troubles de santé – notamment les personnes âgées – permet de prévenir des iatrogénies résultant d'interactions indésirables entre médicaments, qui peuvent entraîner des hospitalisations évitables.

La maîtrise médicalisée mise en œuvre par l'assurance maladie repose sur des actions auprès des professionnels (promotion des bonnes pratiques, information et aide au suivi de la pratique, programmes d'accompagnement ciblés et contrôles) concourt à cet objectif.

Le développement de l'échange d'information entre les professionnels de santé doit concourir à la prévention des redondances d'actes et des interactions négatives.

Le programme d'économies sur 2015-2017 repose sur une amplification de ces actions.

Promouvoir la pertinence des soins dans les établissements de santé

Objectif de la réforme

Afin de réduire les prescriptions non pertinentes dans les établissements de santé, les **agences régionales de santé (ARS)** doivent pouvoir mettre en œuvre **des outils gradués** et assurer un suivi renforcé des établissements concernés, en lien avec l'assurance maladie.

Description de la réforme

La mesure prévoit **l'élaboration d'un plan annuel d'actions régional d'amélioration de la pertinence des soins** qui doit permettre aux établissements de santé de s'engager dans cette démarche autour d'un contrat avec les agences régionales de santé.

La mesure donne aux Agences régionales de santé une palette d'instruments **pour cibler les établissements les plus concernés par la non pertinence** :

- l'ARS pourra conclure un contrat avec des établissements, en lien avec l'assurance maladie, pour leur donner des objectifs (qualitatifs et quantitatifs) d'amélioration de la pertinence des soins ;
- les établissements n'ayant pas tenu leurs objectifs pourront être mis sous observation pendant six mois ;
- certaines prescriptions pourront être mises sous autorisation préalable (MSAP) de l'assurance maladie, dans un établissement, pendant six mois. La MSAP sera élargie aux 32 activités ciblées dans le cadre de la pertinence des soins ;
- en cas de non-respect des engagements contractuels, l'ARS peut décider, en lien avec l'Assurance maladie d'appliquer des pénalités financières

Création d'un nouveau mode d'inscription de certains dispositifs médicaux sur la liste des produits remboursables

Objectif de la réforme

Les problèmes sanitaires posés récemment par certains dispositifs médicaux (DM) implantables non conformes ont montré la nécessité d'un renforcement de la traçabilité et du contrôle de ces produits de santé.

Le renforcement des conditions d'inscription des dispositifs médicaux sur la liste des produits et prestations (LPP), afin de garantir que les dispositifs médicaux inscrits correspondent effectivement au cahier des charges des lignes génériques, constitue à la fois un enjeu de sécurité sanitaire et de pertinence de la prise en charge par l'assurance maladie : il s'agit d'éviter la prise en charge de produits ne présentant pas les garanties de sécurité ou de service médical justifiant un remboursement.

Description de la réforme

Aujourd'hui deux procédures d'inscription des DM sur la LPP sont prévues :

- - en **nom de marque**, lorsque le produit est innovant ou qu'il nécessite un suivi particulier. Dans ce cas, le fabricant de DM dépose un dossier d'évaluation à la Haute Autorité de santé, puis négocie le tarif de remboursement avec le CEPS.
- - en **ligne générique**, qui identifie un type de produit selon sa finalité thérapeutique, ses spécifications techniques et par un code et un tarif uniques, sans rattachement à un nom de produit ou de société. Dans ce cas, qui couvre la grande majorité des DM remboursables, le fabricant de DM qui a obtenu son marquage CE (procédure autorisant la commercialisation du produit dans l'ensemble des pays de l'Union européenne) appose lui-même sur son produit un code LPP correspondant à la ligne générique à laquelle il estime que son produit appartient. Cette procédure ne représente pas de garantie suffisante de conformité du produit aux exigences de la ligne générique.

La mesure proposée vise à renforcer, pour un certain nombre de descriptions génériques dont la liste sera fixée par arrêté, la modalité d'inscription sur la LPP en créant une « description générique renforcée ». Cette modalité d'inscription nouvelle permettra d'identifier individuellement les dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie (code individuel à l'instar de ce qui existe pour les inscriptions en nom de marque) pour lesquels la performance est prévisible et qui ne nécessitent pas d'évaluation clinique spécifique par la Haute Autorité de santé.

Accès des entreprises de taxis au conventionnement

Objectif de la réforme

L'augmentation rapide des dépenses de transports de patients s'explique notamment par la progression des dépenses liées au transport par taxis, qui représente désormais près de 40% de la dépense globale dédiée aux transports dans l'ONDAM. Cette augmentation répond, en grande partie, aux enjeux de prise en charge des maladies chroniques et de vieillissement de la population, dans un cadre de développement des prises en charge ambulatoires et de la réduction des séjours hospitaliers.

Dans certains cas, cette hausse est encouragée par l'augmentation du nombre de véhicules conventionnés. En effet, aujourd'hui, le conventionnement est de droit pour les véhicules après deux ans d'autorisation de stationnement.

Description de la réforme

La mesure vise à renforcer les moyens de l'assurance maladie pour mieux adapter l'offre de taxis aux besoins locaux. Pour les nouveaux véhicules, le conventionnement avec l'assurance maladie sera désormais lié à l'appréciation de critères démographiques, géographiques, d'équipement sanitaire du territoire ainsi que du nombre de véhicules déjà affectés au transport de patients.

Chapitre 5

Payer les produits de santé à leur juste prix et promouvoir les génériques

Si les dépenses de médicaments remboursés ont fait l'objet d'une évolution maîtrisée ces dernières années, l'arrivée sur le marché des nouveaux médicaments destinés à la prise en charge de l'hépatite C, et les prix revendiqués par les laboratoires, sont susceptibles de remettre en cause le respect de l'Ondam en 2014 et les années suivantes.

Le respect de l'objectif de stabilité des dépenses de remboursement que s'est fixé le Gouvernement pour la période 2015-2017 nécessite donc de prendre des mesures fortes, sans remettre en cause une politique favorable à l'innovation. Il n'y aura pas de rupture mais une accélération des mesures déjà engagées (baisses de prix, promotion des génériques, bon usage du médicament). Ces actions seront complétées par une réflexion sur les mécanismes de régulation dont disposent les autorités sanitaires.

Le Gouvernement propose dans ce cadre deux mesures législatives visant à adapter les mécanismes de régulation applicables aux dépenses de médicament.

La première mesure réforme le mécanisme de régulation dédié à l'ensemble des dépenses de médicaments remboursés

La deuxième tient compte de la spécificité de l'évolution de ces dépenses et du poids prépondérant des médicaments destinés à la prise en charge de l'hépatite C dans cette évolution. Elle propose donc la mise en œuvre d'un dispositif de régulation spécifique à ces produits.

Réforme du mécanisme de régulation des dépenses remboursées de médicaments (taux K)

Objectif de la réforme

La réforme du mécanisme de régulation doit permettre de garantir la compatibilité de l'évolution du chiffre d'affaire des médicaments avec l'objectif gouvernemental de stabilité des dépenses de médicaments remboursés pour la période 2015-2017. Le respect de cet objectif suppose en effet de disposer d'instruments de régulation efficaces.

Description de la réforme

Le taux K est un mécanisme de régulation globale des dépenses de médicaments, créé en 1999 pour prémunir l'assurance maladie contre une augmentation trop importante ou trop rapide des dépenses de médicament par rapport à la tendance anticipée.

Il s'agit d'un mécanisme de régulation *a posteriori* des dépenses de médicaments, mis en œuvre sous la forme de contributions versées par les laboratoires pharmaceutiques lorsque le taux d'évolution du chiffre d'affaires hors taxe dépasse un taux, appelé taux K, fixé chaque année par la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS).

Les laboratoires pharmaceutiques peuvent opter pour un dispositif alternatif, en concluant une convention avec le comité économique des produits de santé (CEPS). Ce dispositif conventionnel plus souple conduit au versement de remises plutôt que de contributions. Les laboratoires sont incités à conclure ces conventions (le montant des remises à verser en cas de dépassement est inférieur à celui de la contribution).

Le taux K doit être adapté à l'évolution du marché du médicament.

La réforme clarifie le champ des médicaments visés (assiette du taux K) à savoir tous ceux pris en charge par l'assurance maladie en y ajoutant les médicaments mis à disposition selon des procédures exceptionnelles visant à favoriser l'accès à l'innovation (ATU, post-ATU) et n'ayant pas achevé leur procédure d'inscription au remboursement.

Dans un souci de simplification, le montant global de la contribution ne sera plus calculé en fonction de trois variables techniques distinctes mais déterminé uniquement en fonction du chiffre d'affaires hors taxe net des entreprises concernées.

Enfin, si les laboratoires conservent la possibilité de privilégier une régulation organisée dans un cadre conventionnel en concluant un accord avec le CEPS, la réforme s'attache à garantir un rendement minimum des remises versées dans ce cadre égal à au moins 80% de ce qui aurait résulté d'une application stricte du mécanisme de régulation.

Création d'un mécanisme de régulation des dépenses dédiées au traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C

Objectif de la réforme

L'hépatite C est une maladie contagieuse du foie, qui résulte d'une infection virale et peut conduire à une cirrhose hépatique, voire un cancer du foie. En France, 200 000 personnes seraient touchées par ce virus et 3 000 personnes en décèderaient chaque année.

La mesure proposée vise à garantir l'accès de chaque patient aux nouveaux médicaments destinés au traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C et se prémunir contre le risque pesant sur les finances de l'assurance maladie.

Description de la réforme

L'arrivée de nouveaux médicaments (antiviraux d'action directe) constitue une innovation thérapeutique majeure et entraîne un bouleversement de la prise en charge de l'hépatite C. Ces nouveaux traitements apparaissent plus efficaces, mieux tolérés et présentent des taux de guérison plus élevés.

Toutefois, à la différence d'autres molécules très innovantes, les prix demandés par les laboratoires ainsi que le nombre de patients à prendre en charge font peser un risque important, spécifique et nouveau sur les dépenses d'assurance maladie.

Il est donc proposé de mettre en place un mécanisme progressif de contribution, selon une logique proche de celle du mécanisme de régulation existant déjà dans le domaine du médicament (taux K), ayant pour but de rendre ces dépenses compatibles avec le respect de l'Ondam. Ce mécanisme serait à la charge des entreprises exploitant les médicaments les plus contributeurs à dépense et pourra être appliqué dès 2014. La maîtrise de la dépense d'assurance maladie ne se traduira donc pas par un rationnement de la prise en charge des patients.

Ce mécanisme se déclenchera au-delà d'un plafond de chiffre d'affaires annuel pour les médicaments destinés au traitement de l'hépatite C, dont la liste aura été arrêtée par la Haute Autorité de santé. Au-delà de ce montant, les laboratoires concernés devront reverser une contribution progressive, calculée en fonction du chiffre d'affaires réalisé.

Ce mécanisme permet de faire supporter un éventuel dépassement imputable aux médicaments de l'hépatite C aux seuls laboratoires concernés. Il évite donc de demander à l'ensemble du secteur de verser des contributions au titre d'un dépassement provoqué par les médicaments de l'hépatite C.

Le mécanisme de contribution est généré par la survenance de deux conditions cumulatives :

- un chiffre d'affaires total dévolu au traitement de l'hépatite C supérieur au montant défini par la loi.
- un taux de croissance de ce chiffre d'affaires supérieur à un taux de progression fixé par la loi.

En 2014, le mécanisme de régulation se déclenchera si le chiffre d'affaires alloué au traitement de l'hépatite C est supérieur à 450 millions et à 700 millions d'euros en 2015.

Chapitre 6

Améliorer l'efficacité de la dépense des hôpitaux

Les établissements de santé contribueront aux économies par l'optimisation de leurs dépenses, à niveau de qualité identique.

Plusieurs actions seront conduites en ce sens, qui ne relèvent pas toutes du PLFSS pour 2015 :

- la mutualisation de certaines fonctions supports ou transversales telles que les systèmes d'informations ou les achats ; le développement des groupements hospitaliers de territoire, prévu en loi de santé, sera de nature à donner un cadre adapté à ces mutualisations.
- la poursuite du développement du programme PHARE, lancé en 2011. Cet objectif se traduira par une optimisation de l'organisation de la fonction achat dans les établissements et, à terme, de la chaîne d'approvisionnement. L'ensemble des achats auront vocation à être optimisés (produits médicaux, non médicaux, services ...).
- Enfin, le renforcement de la supervision financière des établissements en difficulté devra permettre d'agir de façon ciblée sur les déficits hospitaliers.
- Une gestion dynamique et pertinente de la liste « en sus », c'est-à-dire les produits de santé qui du fait de leur coût donnent lieu à un remboursement intégral aux établissements de santé par l'assurance maladie. Ces dépenses se situent à un niveau très élevé (4,4 milliards en 2013, dont 2,8 milliards pour les médicaments) et sont très dynamiques.

Leur maîtrise reposera sur des actions sur les prix ainsi que sur le périmètre de la liste en sus, afin de contenir les dépenses hospitalières.

En outre, dans le cadre du PLFSS, les établissements de santé seront incités financièrement au bon usage de la prescription des produits sur la liste en sus : est donc créé un outil tarifaire, dont l'effet sera globalement neutre pour les établissements de santé, mais qui avantagera les établissements ayant une prescription modérée de ces produits.

Par ailleurs, dans un contexte où les dispositifs de mise en réserve prudentielle sont mobilisés, il est nécessaire d'assurer l'équité dans leur répartition entre établissements de santé.

Or, aujourd'hui, les établissements de santé relevant de l'objectif quantifié national (OQN), c'est-à-dire des établissements privés réalisant une activité de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation, ne sont pas concernés par ce dispositif.

Le mécanisme de gel prudentiel, qui s'applique à l'ensemble des autres établissements, sera donc étendu à ces établissements.

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)

L'objectif 2014 sera exécuté à un niveau révisé à la baisse en juillet, malgré le coût des traitements de l'hépatite C

Le *rebasage* de la LFRSS 2014

L'ONDAM pour 2014 a été revu à la baisse de 0,8 Md€ par la loi de financement rectificative de la Sécurité sociale (LFRSS) d'août 2014 par rapport au montant voté en LFSS pour 2014. Cette révision visait à tenir compte de la sous-exécution de l'ONDAM 2013 prévue à la date de présentation de la LFRSS et à assurer le taux de progression de l'ONDAM de 2,4% retenu pour la LFSS 2014.

Le Gouvernement adopte des mesures correctrices pour assurer l'exécution de cet objectif 2014 révisé, malgré des contraintes nouvelles

Avant mesures correctrices, les dépenses de soins de ville s'établiraient à 81,0 Md€, en hausse de 3,2% par rapport à la réalisation de 2013, soit une dépense supérieure de 0,4 Md€ par rapport au sous-objectif rectifié pour 2014. Ce dépassement résulte essentiellement des dépenses de produits de santé et d'indemnités journalières qui connaissent depuis le début de l'année des évolutions plus rapides qu'initialement anticipé. Les dépenses de médicaments progressent de manière plus marquée depuis la fin du premier semestre, suite à la diffusion des nouveaux traitements contre l'hépatite C et les dépenses de dispositifs médicaux ont une dynamique supérieure à la prévision retenue pour la construction de l'ONDAM. Enfin, un rebond important est constaté sur les indemnités journalières : l'augmentation de la dépense s'explique par celle des arrêts de travail, l'effet prix résultant de la hausse de la masse salariale restant, pour sa part, contenu depuis le début de l'année.

Sous l'effet de cette progression des soins de ville et de la dynamique des dépenses des établissements de santé, l'ONDAM risquerait un dépassement de l'ordre de 100 M€ avant mesures correctrices.

La mise en place d'un mécanisme de régulation des dépenses liées au traitement de l'hépatite C, conjuguée à celle des dispositifs de réserve prudentielle, permet d'assurer le respect de l'objectif 2014. En fonction de l'efficacité des mesures correctrices mobilisées et de la dynamique des autres dépenses, un dégel partiel des gels hospitaliers pourrait être envisagé.

L'ONDAM 2014

	LFSS 2014	LFSS 2014	LFSS 2015
Soins de ville	81,1	80,7	80,9
Établissements de santé	75,5	75,3	75,1
Établissements et services médico-sociaux	17,6	17,6	17,5
Fonds d'intervention régional	3,2	3,1	3,0
Autres prises en charge	1,7	1,7	1,7
TOTAL	179,1	178,3	178,3

La construction 2015

En 2015, avant économies, les dépenses dans le champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie progresseraient de 3,9%.

Pour atteindre un taux de progression des dépenses de 2,1% à champ constant, un montant global d'économies de 3,2 Md€ est attendu en 2015.

Cet effort est réparti entre l'ensemble des secteurs : tous les sous-objectifs de l'ONDAM voient leur taux d'évolution diminuer par rapport à 2014.

Le choix du virage ambulatoire et du renforcement des soins primaires de premier recours se traduit dans un taux de progression de l'ONDAM soins de ville supérieur à celui des établissements de santé.

Les moyens consacrés par les ARS à la transformation du système de santé à travers le FIR continuent de croître comme l'ONDAM.

L'ONDAM 2015

	Montant de l'objectif	Taux de progression en 2015	Pour mémoire : taux de progression voté en LFSS 2014
Soins de ville	83,0	2,2%	2,4%
Établissements de santé	76,8	2,0%	2,3%
Établissements et services médico-sociaux	17,9	2,2%	3,0%
Fonds d'intervention régional	3,1	2,1%	2,4%
Autres prises en charge	1,6	5,2%	5,6%
TOTAL	182,3	2,1%	2,4%

Mesures d'économies 2015

Efficacité de la dépense hospitalière	520
Optimisation des dépenses des établissements	55
Optimisation des achats et fonctions logistiques	350
Liste en sus	105
Tarification des plasmas thérapeutiques	10
Virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement	370
Développement de la chirurgie ambulatoire	100
Réduction des inadéquations hospitalières	110
Rééquilibrage de la contribution de l'ONDAM à l'OGD	160
Produits de santé et promotion des génériques	1065
Baisse de prix des médicaments	550
Promotion et développement des génériques	435
Biosimilaires	30
Tarifs des dispositifs médicaux	50
Pertinence et bon usage des soins	1155
Baisse des tarifs des professionnels libéraux	150
Actions de maîtrise des volumes et de la structure de prescription des médicaments	400
Lutte contre les iatrogénies médicamenteuses	100
Maîtrise médicalisée hors médicament	375
Mise en œuvre des réévaluations de la HAS	130
Lutte contre la fraude	75
Total	3185

La prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées

En 2015, 19,2 milliards d'euros sont consacrés aux établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées dépendantes ou des personnes handicapées. Les dépenses dévolues au soutien à l'autonomie des personnes connaissent donc une progression de 2,5%. Cela représente une augmentation des moyens de 476 millions d'euros, à champ constant.

Ces 19,2 milliards d'euros, dont l'essentiel est délégué aux agences régionales de santé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), constituent l'objectif global de dépenses (OGD) pour le secteur médico-social. Il est financé au moyen des recettes suivantes :

- 17,9 milliards d'euros de l'assurance maladie ; il s'agit de l'ONDAM médico-social. En 2015, l'ONDAM médico-social progresse de 2,2%.
- 1,2 milliard d'euros issus d'une fraction du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA).
- pour 2015, un prélèvement de 110 millions d'euros sur les réserves de la CNSA.

Les 476 millions d'euros de mesures nouvelles permettront notamment :

- De revaloriser de 0,8% les moyens dévolus au titre des places et des services existants, dans un contexte de très faible inflation.
- De soutenir les plans de création de places pour les établissements et services pour personnes handicapées à hauteur de 145 millions d'euros et de poursuivre le déploiement du plan autisme 2013-2017 pour 21,4 millions d'euros.
- De mettre en œuvre les engagements au titre des plans « Grand âge » et Alzheimer et d'engager la réalisation du Plan « maladies neuro-dégénératives », à hauteur de 47,4 millions d'euros ;
- enfin, de renforcer l'encadrement en soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à hauteur de 100 millions d'euros (médicalisation). La réouverture du tarif global des EHPAD est poursuivie, de nouveau dans le cadre d'une enveloppe de 10 million d'euros.

En 2015, du fait du calendrier d'adoption et de mise en œuvre, de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, les dépenses liées à cette réforme seront limitées.

La CASA, destinée à financer cette réforme, sera bien affectée à la CNSA. La part de ces ressources non consommée en 2015 servira à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées, en finançant un plan pluriannuel d'aide à l'investissement sur 2015-2017.

Rendre plus équitable le capital décès

Objectif de la réforme

Le capital décès est une somme ponctuelle versée par les régimes d'assurance maladie lors du décès d'un salarié bénéficiant de droits ouverts à l'assurance maladie (quantité minimale travaillée, ou chômage indemnisé, ou maintien de droits), aux proches du défunt.

Il se cumule avec d'autres prestations telles que les pensions de réversion ou l'allocation veuvage, qui assurent de façon durable un maintien de ressources.

Son montant dépend du salaire du défunt, et peut donc très fortement varier selon les bénéficiaires.

L'objectif de la réforme est de mieux cibler cette dépense et de la rendre plus équitable.

Description de la réforme

La mesure consiste à remplacer, à partir de 2015, la référence au salaire du défunt par un montant forfaitaire, fixé par référence au SMIC.

Le montant sera donc plus faible que dans le droit actuel dans les cas où le salarié décédé gagnait plus que le SMIC. En revanche, il sera plus élevé dans les cas où le salarié travaillait à temps partiel ou était au chômage.

Cette mesure devrait produire une économie de 160 M€.

Troisième partie

Poursuivre la modernisation de la politique familiale

La politique familiale est et demeure une priorité du Gouvernement.

C'est pourquoi il a engagé, dès son arrivée aux responsabilités, une démarche de modernisation de la politique familiale, qui repose sur quatre orientations :

- promouvoir l'articulation entre la vie familiale et la vie professionnelle et réorienter les interventions de la politique familiale vers des services offerts aux familles en faveur de l'emploi des femmes. Le Gouvernement s'est engagé à ce titre à offrir aux familles 275 000 nouvelles places d'accueil du jeune enfant d'ici fin 2017.
- recentrer les prestations vers les besoins prioritaires, afin de soutenir les familles les plus vulnérables.
- maintenir l'universalité de la politique familiale, qui constitue un élément du consensus républicain en faveur de cette politique ;
- rétablir l'équilibre de la branche famille : la branche famille de la Sécurité sociale est fragilisée par un déficit proche de 3 Mds € par an depuis 2010 : environ 8% de ses dépenses ne sont pas couvertes par des recettes. Il n'est ni souhaitable, ni envisageable, de maintenir durablement un déficit qui fragiliserait la légitimité de cette branche. C'est pourquoi le Premier ministre, dans le cadre du plan d'économies présenté en avril 2014, a annoncé que les prestations familiales participeraient aux efforts d'économies.

Ces prestations familiales continueront à être valorisées selon l'inflation. Aucune famille ne verra diminuer le montant des prestations qu'elle reçoit aujourd'hui. L'ensemble des mesures d'économies ne portera que sur des prestations ou majorations de prestations que les familles ne perçoivent pas aujourd'hui.

Moduler la prime à la naissance en fonction du rang de l'enfant

Objectif de la réforme

La prime à la naissance et à l'adoption est versée, sous condition de ressources, en une seule fois pour chaque naissance ou chaque adoption. Au 1^{er} avril 2014, le montant de la prime à la naissance s'élève à 923,08 €.

Versée au 7^e mois de grossesse, elle permet de faire face aux premières dépenses liées à l'arrivée de l'enfant (achat du matériel de puériculture, en particulier).

Cette prime n'est aujourd'hui pas modulée : elle est identique quel que soit le rang de l'enfant.

Or, l'arrivée du deuxième enfant et des suivants, se traduit, d'une part par le versement des allocations familiales (129,35 € pour deux enfants, 295,05 € pour trois enfants), d'autre part par la possibilité de réutiliser le matériel acheté pour le premier enfant.

Description de la réforme

Pour tous les enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} janvier 2015, la prime à la naissance sera modulée : inchangée pour le premier enfant, elle sera servie à taux réduit (308€) pour les deuxièmes naissances et les suivantes.

Le recentrage de la prime à la naissance sur le premier enfant permet donc d'apporter une aide financière importante pour l'équipement de familles qui n'ouvrent pas droit, en parallèle, aux allocations familiales.

Promouvoir l'articulation entre vie familiale et vie professionnelle, réorienter les interventions vers des services en faveur de l'emploi des femmes

Objectif de la réforme

Promouvoir l'articulation entre vie familiale et vie professionnelle permet à la fois de favoriser un meilleur partage des responsabilités parentales au sein du couple, d'améliorer le taux d'emploi des femmes, et de soutenir la natalité, en permettant aux parents d'avoir des enfants sans sacrifier leur vie professionnelle.

Description de la réforme

La démarche du Gouvernement repose sur deux actions.

D'une part, il s'est engagé à offrir 275 000 nouvelles places d'accueil des jeunes enfants aux familles à l'horizon 2017. Pour cela, il a engagé un effort exceptionnel dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion de la branche famille conclue en 2013 : les ressources du fonds national d'action sociale de la branche famille, qui soutient le fonctionnement et l'investissement des lieux d'accueil du jeune enfant, progresseront de 7,5% par an entre 2012 et 2017.

D'autre part, la loi pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes du 4 août 2014 a remplacé le complément de libre choix d'activité (CLCA), prestation versée au parent qui cesse ou qui réduit son activité professionnelle pour s'occuper de son enfant CLCA par la « prestation partagée d'éducation de l'enfant » (Prepree).

Cette réforme vise à limiter les effets négatifs du CLCA : sa durée, qui est l'une des plus longues d'Europe, conduit à retirer du marché du travail les femmes (qui représentent 96% des bénéficiaires), notamment les moins qualifiées ou celles qui sont en situation d'emploi précaire

Pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} janvier 2015, le CLCA sera remplacé par la Prepree, partagée entre les parents : une période de congé est réservée à chaque parent, et est perdue s'il n'en demande pas le bénéfice.

La durée du congé parental sera portée à un an (contre 6 mois aujourd'hui) pour le 1^{er} enfant, et sera maintenue à 3 ans au total pour le couple pour les enfants suivants, si chaque parent recourt intégralement au congé.

L'effet attendu est une augmentation de la proportion de pères prenant un congé et un raccourcissement de la durée moyenne d'éloignement du marché du travail des mères.

Le Gouvernement déterminera par décret le nombre de mois réservé à la période de partage en fonction de cet objectif.

Pour la branche famille de la Sécurité sociale, la réforme représentera une économie sur le coût de la nouvelle prestation du fait de la réduction de la durée moyenne de congés pris à compter du deuxième enfant, notamment dans le cas où le second parent n'aurait pas recours à tout ou partie des droits qui lui seront réservés. Cette économie sera minorée par les dépenses liées au financement des modes de garde. Au total, la réforme aura un impact positif à la fois sur un plan économique et social global, et sur les comptes de la branche famille.

La réforme ne concernera que les enfants nés ou adoptés à partir du 01/01/2015 et n'aura pas d'effets sur les droits en cours.

Parallèlement, le Gouvernement entend **mieux** accompagner l'effort de construction de nouvelles places en crèche. Le Haut Conseil de la Famille présentera très prochainement des préconisations en ce sens. Le Gouvernement proposera des mesures visant à **conforter** le plan « Crèches » et le développement de l'offre d'assistants maternels.

Décaler la majoration des prestations familiales pour mieux l'articuler au coût de l'enfant

Objectif de la réforme

Les familles qui ont au moins deux enfants de moins de 20 ans à charge ont droit aux allocations familiales, quelle que soit leur situation familiale ou leurs revenus.

En outre, le montant des allocations familiales est majoré de 64,67€ par mois lorsque l'un des enfants atteint l'âge de 14 ans, sauf s'il s'agit de l'aîné d'une famille de 2 enfants.

Cet âge de 14 ans ne correspond pas à un moment clé de la vie de l'enfant qui engendrerait un surcoût identifié : inversement, le passage au lycée, vers 16 ans, conduit à un fréquent surcoût, lié à l'autonomie croissante de l'adolescent.

Le report de 14 à 16 ans de cette majoration permet enfin de réduire notablement le déficit de la branche famille : cet effort demandé aux familles, tout en ne réduisant pas leur pouvoir d'achat, participe à cet effort essentiel pour assurer la pérennité de notre modèle social.

Description de la réforme

L'âge auquel le montant des allocations familiales est majoré sera décalé de 14 à 16 ans afin de correspondre à la première année du lycée, année charnière en termes d'augmentation des frais liés à la scolarité et à l'entretien des adolescents notamment.

Cette réforme s'appliquera aux enfants nés à compter du 1^{er} janvier 2001, dont la majoration due à 14 ans n'a pas été encore été ouverte. Par conséquent, elle ne modifiera pas les droits actuels des familles percevant cette majoration.

Cette réforme sera mise en œuvre par voie réglementaire.

Aligner la date de versement de l'allocation de base de la PAJE sur celle des autres prestations familiales

Objectif de la réforme

L'allocation mensuelle de base de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) est attribuée, sous condition de ressources, à compter de la date de la naissance de l'enfant et jusqu'à son troisième anniversaire.

Actuellement, à la différence par exemple des allocations familiales, cette allocation est versée dès le mois de naissance de l'enfant : le montant versé, pour le mois de la naissance, est donc proratisé en fonction du nombre de jours séparant la date de naissance et la fin du mois.

Ce mode de calcul induit de la complexité en gestion pour les caisses, tout en privant les parents d'une visibilité, dès le premier mois, sur l'allocation qu'ils percevront.

Description de la réforme

Pour les enfants nés à compter du 1^{er} janvier 2015, le versement de l'allocation de base de la PAJE débutera au début du mois suivant la naissance de l'enfant, à l'instar de la majorité des prestations familiales.

Cette réforme sera mise en œuvre par voie réglementaire.

Rendre plus progressives les aides à la garde du jeune enfant

Objectif de la réforme

Le complément de libre choix du mode de garde (CMG) est versé, sans condition de ressources, aux familles qui font garder leur(s) enfant(s) de moins de 6 ans par un(e) assistant(e) maternel(le) ou une garde à domicile. La branche famille prend également en charge tout ou partie des cotisations sociales.

En plus du CMG, les parents qui font garder leur enfant bénéficient d'une aide fiscale, sous la forme d'un crédit d'impôt sur le revenu.

La Cour des comptes a récemment souligné le caractère anti-redistributif des aides à la garde, qui profitent plus aux familles aisées qu'aux familles modestes.

Actuellement, le montant du CMG perçu varie en fonction des revenus, mais les familles dont les revenus sont supérieurs à 4 000 € mensuels reçoivent le même montant que les familles dont les revenus sont bien supérieurs.

La réforme permettra de moduler plus fortement le CMG, en créant une tranche supplémentaire de revenus visant les familles les plus aisées : les familles de cette 4e tranche percevront un CMG réduit. La création de cette tranche supplémentaire préserve le principe d'universalité de la prestation et la rend plus progressive.

Description de la réforme

Actuellement, trois tranches de revenus sont définies. S'y ajoutera une quatrième tranche de revenus, pour laquelle le montant de l'aide serait divisé par deux par rapport à la troisième tranche. Les familles appartenant aux deux plus hauts déciles de revenus seraient concernés.

Cette réforme sera mise en œuvre par voie réglementaire.

Quatrième partie
Soutenir le pouvoir d'achat
des retraités les plus modestes

Rétablir l'équilibre des retraites tout en améliorant le pouvoir d'achat des retraités modestes

Objectif de la réforme

La loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites commence à produire ses effets. Le régime général d'assurance vieillesse, qui couvre près des trois quarts des actifs, sera à l'équilibre en 2017 : malgré la conjoncture difficile, le déficit, qui atteignait presque 9 Mds en 2010, a déjà été divisé par 5 (- 1,7 Md en 2014).

Ce redressement structurel s'est accompagné d'un renforcement des mécanismes de solidarité : il est complété cette année par trois mesures favorables au pouvoir d'achat des retraités modestes, dans un contexte de faible inflation.

En effet, le mécanisme d'indexation des retraites sur les prix est automatique : les pensions sont revalorisées en fonction de la prévision d'inflation pour l'année en cours (+0,5%), corrigée, à la hausse ou à la baisse, de la différence entre l'inflation constatée l'année précédente (0,7%) et l'inflation alors prévue (1,2%), soit -0,5%. En 2013, les pensions ont donc été revalorisées au-delà de l'inflation, compte tenu d'une prévision erronée sur le taux d'inflation : la règle d'indexation conduit donc cette année à un coefficient de revalorisation nul.

Dans ce contexte, trois mesures, complémentaires l'une de l'autre, permettront d'améliorer le pouvoir d'achat des retraités les plus modestes – ceux pour qui la stabilité des prix, et donc de leur retraite, n'empêche pas les fins de mois difficiles.

Description de la réforme

Trois mesures permettront d'augmenter les petites retraites :

- une revalorisation exceptionnelle de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), portée à 800 € pour une personne seule et à 1 242 euros par mois pour un couple, à compter du 1^{er} octobre ;
- une autorisation de cumul entre l'ASPA et les revenus d'activité, dans la limite de 0,3 SMIC (personne seule) : un retraité modeste pourra ainsi cumuler, s'il le souhaite, son minimum vieillesse avec un petit complément de revenu, pour atteindre des ressources au niveau du SMIC ;
- une prime annuelle exceptionnelle de 40 euros servie, début 2015, aux assurés dont les retraites totales sont inférieures à 1 200 € mensuels.
- Les retraités les plus modestes, bénéficiaires de l'ASPA, pourront ouvrir droit aux trois mesures de façon cumulative.

Cette réforme sera mise en œuvre par voie réglementaire. Le principe du financement de ces solidarités nouvelles par le FSV est toutefois inscrit dans la loi.



Contacts presse

Téléphone : 01 53 18 33 80
www.economie.gouv.fr

Téléphone : 01 40 56 60 65
www.social-sante.gouv.fr
www.sante.gouv.fr