

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

1120

présenté par

François BAROIN

Ministre du Budget, des Comptes publics
et de la Réforme de l'État

Éric WOERTH

Ministre du Travail, de la Solidarité
et de la Fonction publique

Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Ministre de la Santé et des Sports

LES GRANDES LIGNES DU PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

Présentation générale

**Les comptes du régime général en 2010 et 2011
Des ressources nouvelles pour la sécurité sociale
La reprise de dette**

**Un strict respect de l'ONDAM 2010 à 3%
Un ONDAM réaliste et responsable fixé à 2,9% pour 2011
La maîtrise des dépenses de soins de ville
Le renforcement des gains d'efficience des établissements de santé en 2011
Faire évoluer la prise en charge des patients atteints d'affection de longue durée (ALD)
Les préconisations du rapport Raoul Briet sur le pilotage des dépenses d'assurance
maladie ont été mises en œuvre
Le renforcement de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en 2011**

Un engagement maintenu en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées

**Une augmentation des recettes pour le financement des retraites
Allongement du délai de prescription pour les victimes de l'amiante**

**Le développement de la garde d'enfants, un défi en passe d'être relevé
Harmonisation des dates d'effet de l'allocation logement et de la prestation d'accueil du
jeune enfant**

**Le renforcement des dispositifs de lutte contre la fraude
Fonds de performance de la sécurité sociale**

Présentation générale

Un effort sans précédent en faveur du redressement des finances sociales

1. L'impact de la crise économique sur les comptes du régime général

Les régimes sociaux ont été affectés par la crise économique avec une ampleur jusqu'ici inconnue: sous l'effet de la contraction (-1,3%) de la masse salariale du secteur privé en 2009 pour la première fois depuis la création de la Sécurité sociale, le déficit du régime général a doublé en un an, de 10 milliards d'euros en 2008 à plus de 20 milliards d'euros en 2009.

Face à la dégradation économique, le Gouvernement a cherché à soutenir le pouvoir d'achat et à favoriser la croissance. Pour cette raison, le Gouvernement n'a pas souhaité, dans le cadre du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) pour 2010, ni procéder à une hausse de prélèvements pour compenser « le choc de recettes », ni procéder à un transfert de la dette de la Sécurité sociale à la Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale (CADES), qui aurait nécessité un apport de recettes nouvelles.

Lors de la Commission des Comptes de septembre 2009, il était ainsi prévu que le déficit du régime général atteigne 23,5 milliards d'euros en 2009 et 30,6 milliards d'euros en 2010. Ce dernier chiffre avait été élaboré sur la base de l'hypothèse d'une contraction de la masse salariale (- 0,4%).

Toutefois, cette hypothèse a été fortement revue à la hausse (+ 2% en 2010) pour prendre en compte l'amélioration plus rapide que prévue de la situation de l'emploi cette année.

Cette amélioration sur le front de l'emploi a des conséquences directes sur les soldes du régime général qui s'améliorent par rapport aux estimations initiales de 3,2 milliards d'euros (- 20,3 milliards d'euros) en 2009 et de 7,5 milliards d'euros (- 23,1 milliards d'euros) en 2010.

Pour 2011, le Gouvernement a retenu une hypothèse d'évolution de la masse salariale de 2,9%. Elle représente un équilibre entre optimisme et prudence, dans un contexte de forte incertitude sur la croissance mondiale. Sous cette hypothèse, et sans mesure nouvelle, le déficit tendanciel du régime général serait de 28,6 milliards d'euros en 2011.

Les réformes menées dans le cadre de la loi portant réforme des retraites et du PLFSS pour 2011, agissant à la fois sur les dépenses et sur les recettes, permettront de réduire très sensiblement ce déficit tendanciel à 21,4 milliards d'euros, en nette amélioration par rapport au déficit de 2010.

2. La stratégie de réduction des niches fiscales et sociales bénéficie très largement à la Sécurité sociale

Le Gouvernement a fait de la lutte contre les niches fiscales et sociales une priorité pour 2011, en décidant d'en supprimer ou d'en réduire à hauteur de 10 milliards d'euros. Ce seront ainsi près de 7 milliards d'euros sur ces 10 milliards d'euros de niches supprimées en 2011 qui seront affectés au financement de la Sécurité sociale. C'est un effort considérable que le Gouvernement a jugé nécessaire pour la préservation des grands principes qui fondent notre modèle social. Parmi ces 7 milliards d'euros:

- 3,5 milliards d'euros seront consacrés au financement de la dette sociale ;
- 3 milliards d'euros seront consacrés au financement de la réforme des retraites ;
- 450 millions d'euros (augmentation du taux du forfait social, taxation des rémunérations versées par les tiers à l'employeur, plafonnement de l'abattement sur les salaires pour le calcul de la CSG) viendront, pour une très large part, abonder la branche maladie.

3. Une action courageuse et responsable sur les dépenses

La réforme des retraites actuellement débattue au Parlement marque la volonté du Gouvernement de traiter la question démographique - de long terme - du système de retraite, en s'engageant sur la trajectoire de retour à l'équilibre de notre système par répartition à l'horizon 2018.

Par ailleurs, conformément à l'annonce du président de la République lors de la Conférence sur le déficit du 20 mai 2010, le taux d'évolution de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) sera ramené à 2,9% en 2011 et 2,8% en 2012, représentant chaque année environ 2,5 milliards d'euros d'économies. Avec cet objectif ambitieux, l'assurance maladie prendra sa part au redressement nécessaire des finances publiques. Cet objectif est crédibilisé par le respect de l'ONDAM en 2010, pour la première fois depuis sa création en 1997.

L'objectif de 2,9% en 2011 sera atteint par des efforts à part égale des dépenses de soins de ville et de soins hospitaliers, avec un objectif de 2,8% pour chacun des deux secteurs, tandis que la progression des dépenses du secteur médico-social sera de 3,8%.

Ces économies nécessiteront toutefois une action structurelle dans la durée pour améliorer l'efficacité du système de soins. La construction de l'ONDAM 2011 comportera en la matière plusieurs mesures importantes : des baisses de prix de médicaments, l'élaboration d'un accord cadre pour la régulation du secteur des dispositifs médicaux, la poursuite de la convergence ciblée en matière de tarification à l'activité ou encore des baisses de tarifs de certaines professions de santé. Les contrats de performance hospitalière mis en place par l'agence nationale d'appui à la performance contribueront à l'atteinte de ces objectifs. Ces actions structurelles seront aussi conduites localement par les Agences Régionales de Santé (ARS) dont l'implication contribuera au décloisonnement entre la ville, l'hôpital et le médico-social. Il faut enfin recentrer progressivement l'assurance-maladie sur le financement des dépenses considérées comme les plus utiles médicalement, ce qui justifie les évolutions ciblées de taux de remboursement prévues en 2011.

Par ailleurs, pour respecter la trajectoire de l'ONDAM, les conclusions du rapport de Raoul BRIET ont été retenues dans ce projet de loi. En particulier, le rôle du comité d'alerte sera renforcé et des crédits seront mis en réserve afin de garantir le respect de l'ONDAM voté : 530 millions d'euros seront ainsi mis en réserve en 2011.

Enfin, le Gouvernement poursuivra et amplifiera son action vers les personnes les plus fragiles. Le dispositif d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé sera étendu par la revalorisation du plafond de ressources qui sera porté en deux ans au niveau du plafond de la CMU complémentaire majoré de 30% (au lieu de 20% actuellement).

Pour les victimes de l'amiante, le PLFSS pour 2011 propose de retenir désormais une durée de prescription égale à dix ans au lieu de quatre ans pour que les victimes puissent faire valoir leurs droits devant le Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA). Ce délai de dix ans répond au vœu de la majorité des organisations syndicales et des associations de victimes. Il est également prévu un délai supplémentaire de deux ans pour les personnes dont les dossiers ont été rejetés en 2009 et 2010 pour prescription : près de 1000 dossiers pourront ainsi bénéficier d'un examen susceptible d'aboutir à une offre d'indemnisation.

4. Un schéma de reprise de dette équilibré

Le Gouvernement prévoit une réponse durable et équilibrée à la question de la dette sociale. Il apporte une solution adaptée de reprise des déficits, qui atteignent des niveaux sans précédent en raison de la crise économique. Il a résolument écarté une hausse générale des prélèvements obligatoires et privilégié la diminution des niches sociales et fiscales pour ne pas fragiliser la « sortie de crise ».

Le PLFSS pour 2011 prévoit un transfert de dette à la CADES, pour un montant global de 130 milliards d'euros dont 62 milliards d'euros au titre des déficits vieillesse de 2011 à 2018 pendant la phase de montée en puissance des effets de la réforme des retraites. Le schéma de financement de ce transfert de dette est équilibré et repose sur trois piliers indissociables : un apport de recettes nouvelles à hauteur de 3,2 milliards d'euros par an, un allongement modéré de la CADES de quatre années (sa fin de vie passera de 2021 à 2025) et la mobilisation de la ressource et des actifs du fonds de réserve pour les retraites, comme annoncé lors de la présentation de la réforme des retraites en juin dernier.

5. La poursuite des efforts d'optimisation de la gestion de la sécurité sociale

Un fonds de performance sera créé, permettant la coordination systématique inter-régimes et interbranches de nature à produire des économies d'échelle par la production de solutions communes, au premier rang desquelles le domaine de l'interopérabilité des systèmes d'information entre organismes de Sécurité sociale qui exige d'étroits travaux conjoints.

Afin d'en limiter les coûts de gestion, ce fonds n'aura pas de personnalité morale et sera géré par l'Union des Caisses de Sécurité Sociale (UCANSS). Ses dépenses seront prises en charge par un prélèvement sur les crédits des Conventions d'Objectifs et de Gestion (COG) conclues entre l'Etat et les caisses nationales.

Par ailleurs, alors que la Sécurité sociale doit produire des efforts de redressement financier importants, la lutte contre les fraudes demeure une priorité du Gouvernement avec, au-delà des mesures de renforcement, des sanctions qui seront introduites dans le PLFSS pour 2011, la mise en œuvre opérationnelle des mesures votées les années précédentes, notamment la montée en charge de l'utilisation du Répertoire National Commun de la Protection Sociale (RNCPS) et du fichier national des bénéficiaires de la branche famille, qui permettent de lutter contre la délivrance de prestations indues.

Les comptes du régime général en 2010 et 2011

En Md€	2010	2011 avant mesures	2011 après mesures
CNAMTS maladie	-11,4	-14,5	-11,6
CNAMTS – AT-MP	-0,5	-0,3	0,1
CNAV	-8,6	-10,5	-6,9
CNAF	-2,6	-3,2	-3,0
RG	-23,1	-28,6	-21,4
FSV	-4,3	-4,0	-3,8

Ces prévisions sont élaborées sur la base d'hypothèses macro-économiques communes au Projet de Loi de Finances (PLF) et au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. La croissance serait de 1,5% en 2010 et 2% en 2011. La masse salariale sur le champ « ACOSS », indicateur de référence pour la détermination des soldes du régime général, progresserait de 2,9% en 2011 après avoir augmenté de 2% en 2010. La prévision d'inflation reste stable en 2010 et 2011 à 1,5%.

Les comptes du régime général en 2010 et 2011 révèlent à la fois l'ampleur de la crise économique et la situation actuelle de « sortie de crise ». La crise de 2009 a eu en effet un impact majeur sur les comptes de la sécurité sociale. La contraction de la masse salariale, historique depuis la création de la Sécurité sociale, a conduit au doublement du déficit de la sécurité sociale entre 2008 et 2009.

Si l'année 2010 marque ainsi un point haut pour le déficit du régime général de la Sécurité sociale, 2011 sera le point de départ du redressement des comptes, sous l'effet conjugué de l'amélioration de la situation économique et des mesures prises dans le cadre du PLFSS et de la réforme des retraites.

1. Les comptes du régime général en 2010 marquent l'entrée dans une phase de « sortie de crise »

Après un déficit de 20,3 milliards d'euros en 2009, le déficit du régime général devrait s'établir à 23,1 milliards d'euros en 2010. D'un niveau certes très élevé, ce déficit est toutefois bien inférieur au déficit record de 30,6 milliards d'euros qui avait été prévu au moment du vote de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2010.

Ce redressement est essentiellement lié à l'évolution meilleure que prévue de la masse salariale. De - 0,4% en loi de financement de la Sécurité sociale pour 2010, le niveau d'évolution de la masse salariale est désormais revu à la hausse à + 2%, confirmant ainsi le redémarrage de l'économie française. Sous l'effet de cette révision, la situation financière du régime général est ainsi meilleure que prévue lors de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2010 (amélioration de + 7,4 milliards d'euros) ou lors de la

Commission des comptes de la Sécurité sociale de juin 2010 (amélioration de + 3,7 milliards d'euros).

Cette révision à la hausse met en évidence la bonne tenue des chiffres de l'emploi : le chômage a baissé pour le deuxième trimestre consécutif (9,3% en France métropolitaine), 60 000 emplois ont été créés au premier semestre et le salaire moyen par tête retrouve son dynamisme, avec une augmentation de + 1,2 %.

Mais si la bonne tenue de la masse salariale a permis d'endiguer le « choc de recettes » de 2009, le niveau élevé du déficit impose de maîtriser strictement l'évolution des dépenses. Ainsi, pour la première fois depuis sa création en 1997, l'ONDAM voté par le Parlement sera respecté en exécution. A titre de comparaison, les dépassements avaient été jusqu'alors de 1,5 milliards d'euros en moyenne chaque année. Ce résultat mérite d'autant plus d'être souligné que le niveau fixé par le Parlement à l'automne 2009 était ambitieux (3%).

2. Les comptes du régime général en 2011 marquent le début du redressement

En 2011, le Gouvernement engagera des réformes permettant d'entamer une trajectoire de redressement significatif des comptes du régime général, avec une amélioration du solde en 2011 de près de 2 milliards d'euros par rapport à celui de 2010. L'ambition portée par le projet de loi de financement de la sécurité sociale est ainsi de diminuer le déficit de plus de 25% par rapport à l'évolution spontanée de ses recettes et ses dépenses. Tendanciellement estimé à 28,6 milliards d'euros, c'est donc à un effort de 7,2 milliards d'euros que le Gouvernement va procéder pour atteindre un déficit de 21,4 milliards d'euros en 2011.

Conscient que la crise économique a mis en danger notre modèle social, le Gouvernement a d'abord décidé d'affecter à la Sécurité sociale plus de 70% de l'effort global réalisé sur les réductions et suppression des niches fiscales et sociales. L'impact de cet effort se lit directement dans les comptes : 3,5 milliards d'euros seront ainsi affectés au Fonds de Solidarité Vieillesse (FSV) et à la branche vieillesse, et plus de 400 millions d'euros viendront abonder la branche maladie. En outre, grâce à la reprise de dette prévue dans le PLFSS, également largement financée par la suppression ou la réduction de niches sociales et fiscales, les frais financiers du régime général diminueront de près de 800 millions d'euros. S'ajoute à ces mesures une augmentation de 0,1 point de la cotisation patronale au profit de la branche accidents du travail / maladies professionnelles, pour un rendement prévu d'un peu plus de 450 millions d'euros, permettant d'équilibrer la branche en 2011.

Parallèlement aux recettes, l'effort portera également sur la maîtrise des dépenses, pour un montant d'économies proche de 2,4 milliards d'euros. Ainsi, le Gouvernement a souhaité amplifier l'effort en matière de dépenses d'assurance maladie, en fixant un objectif d'évolution de l'ONDAM à 2,9%. Le respect de cet objectif représentera une économie de 2 milliards d'euros sur les comptes du régime général. En outre, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale portera deux mesures techniques de rationalisation du versement des prestations de la branche famille, lui permettant ainsi de dégager 160 millions d'euros.

Enfin, il convient de souligner l'impact tout à fait essentiel de la réforme des retraites sur les comptes du régime général, et ce dès 2011. Outre l'équilibre financier du système par répartition que cette réforme vise à l'horizon 2018, elle prévoit de couvrir, avant cette échéance, les déficits résiduels de la branche vieillesse par la mobilisation des ressources et des actifs du fonds de réserve des retraites en faveur de la CADES. Les déficits des comptes du régime général et du FSV entre 2011 et 2018 sont donc en réalité traités et financés dans le cadre de la réforme des retraites. L'indicateur financier relatif au déficit du régime général significatif de l'effort restant à mener pour revenir à l'équilibre est donc désormais le déficit du régime général hors branche vieillesse, c'est-à-dire des branches maladies, accidents du travail/maladies professionnelles et famille. En 2011, ce déficit hors vieillesse s'établira à 14,5 milliards d'euros.

Des ressources nouvelles pour la Sécurité sociale

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 s'inscrit dans la trajectoire, présentée par le Gouvernement dans le pacte de stabilité et de croissance, de retour à un déficit public de 3% du PIB en 2013.

Parmi les moyens mis en œuvre par le Gouvernement pour atteindre cet objectif, la lutte contre les niches fiscales et sociales tient une place déterminante dès 2011 et les années suivantes. Ce sont ainsi près de 10 milliards d'euros de niches fiscales et sociales qui se verront réduites ou supprimées dans le cadre du projet de loi de finances et du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011.

Conscient que la Sécurité sociale a été lourdement impactée par la crise économique, le Gouvernement a décidé d'affecter près de 70% de ces efforts à la préservation de notre modèle social. Ce sont ainsi près de 7 milliards d'euros de niches supprimées ou réduites qui seront affectés au financement de la Sécurité sociale et, au total, plus de 8 milliards d'euros de recettes nouvelles affectées à la Sécurité sociale en 2011.

Conséquentes dans leur montant, les recettes prévues dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale visent ainsi les quatre objectifs suivants :

1. Assurer le financement de la réforme des retraites

Présentée le 16 juin 2010, la réforme des retraites prévoit un apport de ressources nouvelles aux régimes de retraite, pour un total de **3,5 milliards d'euros en 2011** financé, à hauteur de 3 milliards d'euros, par la suppression ou la réduction de niches fiscales et sociales et affecté au FSV.

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011 portera trois mesures de financement de la réforme (voir la fiche correspondante). Les autres mesures, de nature fiscale, seront inscrites dans le projet de loi de finances pour 2011 pour un rendement total de 1,34 milliard d'euros.

2. Financer la reprise de dette par la CADES

La reprise de dette sociale prévue dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011 reposera sur un apport de recettes important de 3,2 milliards d'euros par an (voir la présentation de ces recettes dans la fiche correspondante).

3. Poursuivre l'élargissement du financement de la Sécurité sociale

Le Gouvernement a souhaité poursuivre le mouvement d'élargissement du financement de la protection sociale à des éléments de rémunération accessoires aux salaires, en limitant ou en remettant en cause un certain nombre de niches sociales.

Outre les mesures de recettes annoncées dans le cadre de la réforme des retraites (contributions sur les stock-options et les retraites chapeau) rappelées dans la fiche correspondante, le PLFSS portera les mesures suivantes :

- L'augmentation du taux du forfait social (rendement de 350 millions d'euros)

Le forfait social a été créé en 2009 afin d'élargir le financement de la protection sociale aux revenus du travail qui complètent le salaire. Ces formes de rémunération, telles que l'intéressement ou la participation, connaissent en effet une croissance très dynamique. Elles sont devenues de véritables outils de management, intégrées aux politiques de rémunération des entreprises. Initialement de 2% lors de sa création en 2009, le taux du forfait social a été doublé en 2010. Il est proposé de le fixer à 6% de manière à réduire l'écart entre les prélèvements assis sur ces dispositifs et les cotisations de droit commun. Ces compléments de salaire resteront néanmoins économiquement attractifs.

- L'assujettissement à cotisations des sommes versées à des salariés par des tiers à l'employeur habituel (rendement de 70 millions d'euros)

L'évolution des pratiques de rémunération voit se multiplier l'attribution de gratifications versées par des personnes tierces à l'entreprise. Ces gratifications n'entrent aujourd'hui dans aucune assiette de prélèvements sociaux.

Le Gouvernement propose donc d'assujettir ces sommes versées à des salariés par des tiers à l'employeur habituel aux taux de droit commun du régime général.

Une dérogation sera prévue pour certaines activités commerciales. Dans cette hypothèse, leur paiement sera remplacé par le versement d'une contribution forfaitaire libératoire de 20%. En outre, une franchise de 200 euros sera introduite, afin d'exonérer les faibles gratifications de ce prélèvement.

- Le plafonnement de la réduction d'assiette de 3% pour la CSG et la CRDS (rendement de 25 millions d'euros)

L'assiette de la CSG et de la CRDS sur les revenus d'activité salariée est actuellement minorée de 3 % au titre des frais professionnels. L'assiette de la CSG-CRDS est donc égale à 97% de ces revenus.

Il est proposé de limiter à 4 plafonds de la Sécurité sociale, soit près de 140 000 euros annuels (ce qui concerne 1% des salariés), le montant de la rémunération auquel l'abattement pour frais professionnels est applicable. En pratique, cela revient à plafonner l'abattement à 4150 euros par an et à 330 euros l'exonération de CSG/CRDS associée.

4. Ramener la branche accidents du travail et maladies professionnelles à l'équilibre

La branche accidents du travail et maladies professionnelles est déficitaire. Or, elle a vocation à être financièrement équilibrée. Le Gouvernement propose donc d'augmenter le taux de cotisation patronale de 0,1 point. Le rendement attendu de cette mesure, d'un

peu plus de 450 millions d'euros, permettra à la branche de retourner à l'équilibre dès 2011.

La reprise de dette

La dette sociale accumulée au sein de l'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS) pour l'ensemble du régime général de la Sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse représente aujourd'hui 50,9 milliards d'euros au titre des années 2009 et 2010, auxquels il faudra ajouter le déficit prévisionnel hors retraite 2011. Ce sont près de 68 milliards d'euros¹ de dettes accumulées entre 2009 et 2011 au sein de l'ACOSS que le Gouvernement a décidé de reprendre par la CADES. Parce que le Gouvernement souhaite également anticiper sur les dettes futures, le schéma de financement prévoit également la reprise des déficits « vieillesse » (CNAV + FSV) constatés entre 2011 et 2018 pendant la période de montée en puissance des effets de la réforme des retraites, dans la limite de 62 milliards d'euros.

Pour financer ainsi jusqu'à 130 milliards d'euros de reprise de dette, le Gouvernement a souhaité mobiliser plusieurs leviers :

1. Un apport de recette significatif, à hauteur de 3,2 milliards d'euros chaque année, permettant de reprendre 34 milliards d'euros de dette, correspondant à la dette structurelle de 2009 et 2010

Le Gouvernement a souhaité, pour des questions d'équité intergénérationnelle et de justice sociale, faire supporter par les générations actuelles d'actifs et de retraités le poids des déficits structurels des années 2009/2010, sans pour autant mettre en péril une reprise économique encore fragile. Pour ce faire, il a ainsi décidé d'affecter à la CADES une partie des gains réalisés dans le cadre de l'effort de réduction des niches fiscales et sociales, plutôt que de procéder à une hausse généralisée d'impôts. Le schéma de reprise de dette nécessite un apport de 3,2 milliards d'euros chaque année ; en 2011, le montant sera un peu supérieur (3,5 milliards d'euros), en raison du rendement des niches fiscales et sociales retenues.

Le PLFSS portera ainsi une reprise de dette financée par le produit des ressources suivantes :

- l'assujettissement à la Taxe Sur les Conventions d'Assurance (TSCA) des « contrats santé responsables », aujourd'hui exonérés, à un taux réduit (3,5% au lieu du taux normal de 7%) de manière à sauvegarder leur spécificité. Le rendement sera de 1,1 milliard d'euros à compter de 2011 ;
- la taxation forfaitaire (au taux de 10%) des sommes placées dans la réserve de capitalisation des sociétés d'assurance – constituée en franchise d'impôt, alors qu'en principe, les sommes distribuées ou mises en réserve sont systématiquement imposées à l'impôt sur les sociétés – apportant 0,85 milliard d'euros en 2011 ainsi qu'en 2012 ;

¹ Le chiffre de 68 milliards d'euros a été calculé pour la préparation du projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale présenté en Conseil des Ministres le 13 juillet 2010, avant les nouvelles prévisions de soldes 2010 et 2011 des différentes branches du RG. Le chiffre de 68 milliards d'euros est donc un maximum, la dette effectivement constatée fin 2011 pourrait être légèrement inférieure.

- une taxation aux prélèvements sociaux des compartiments euros des contrats d'assurance-vie multisupports au fur et à mesure des encaissements plutôt qu'au moment du dénouement du contrat, à l'instar des règles en vigueur pour les contrats assurance-vie en euros. Le surcroît de recettes attendues sera de 1,6 milliard d'euros en 2011.

2. Un allongement de la durée de vie de la CADES limité à 4 ans (de 2021 à 2025), pour reprendre la seule « dette de crise » 2009 et 2010, soit 34 milliards d'euros

Le fait que la dette sociale née en 2009 et 2010 soit en partie liée à un « choc de recettes » dû à la crise économique est avéré. Le déficit du régime général a ainsi doublé en un an, de 10 milliards d'euros en 2008 à plus de 20 milliards d'euros en 2009. L'évolution de la masse salariale du secteur privé en 2009 s'est, pour la première fois depuis la création de la Sécurité sociale, contractée (- 1,3%). C'est la raison pour laquelle le Gouvernement s'est résolu à prolonger la durée de vie de la CADES, de manière à étaler sur une période légèrement allongée le poids du remboursement de la dette sociale née directement de cette crise.

Le prolongement de la durée de vie de la CADES de 4 ans permet ainsi de partager le contrecoup de la crise sur un horizon de 15 ans, durée qui reste cohérente avec l'horizon de vie des générations qui ont bénéficié collectivement des prestations servies pendant les années concernées par la dette.

Dans cet esprit, le projet de loi organique en cours de discussion au Parlement affirme le caractère exceptionnel, lié à la crise sans précédent que nous venons de traverser, de la dérogation proposée au principe de non allongement de la durée de vie de la CADES. Il préserve pour l'avenir la règle d'une affectation de ressources à la CADES pour les reprises de dette futures.

3. La mobilisation des actifs et de la recette du Fonds de Réserve pour les Retraites (FRR) pour reprendre exclusivement le déficit « vieillesse » (CNAV et FSV) de 2011, estimé autour de 10 milliards d'euros, et des années ultérieures, pour un montant global de 62 milliards d'euros

Le Gouvernement a également souhaité mobiliser, dans le cadre de la réforme des retraites, les actifs et la recette du FRR pour reprendre les déficits futurs de la branche vieillesse, pendant la période de montée en puissance des effets de la réforme des retraites.

Il s'agit ainsi d'établir un lien entre dette sociale et réforme des retraites, la meilleure réponse à apporter à la dette sociale étant d'engager des réformes structurelles de redressement.

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale prévoit ainsi le versement par le FRR, chaque année, de 2,1 milliards d'euros à la CADES. Associés à l'affectation à la Caisse de la part jusque là reçue par le FRR du prélèvement de 2% sur le capital, ces

décaissements permettront de reprendre 62 milliards d'euros et ainsi de financer l'amortissement des déficits de la branche vieillesse sur la période 2011-2018.

Un strict respect de l'ONDAM 2010 à 3%

Le dépassement par rapport à l'objectif de dépenses qui a été voté par le Parlement est estimé à 500 millions d'euros mais il sera intégralement couvert par la mise en réserve de crédits. L'ONDAM sera donc strictement respecté, pour la première fois depuis 1997.

1. Un risque de dépassement de l'ordre de 500 millions d'euros

Les dernières données disponibles laissent envisager un dépassement prévisionnel de l'ONDAM 2010, avant mesures de régulation, de l'ordre de 500 millions d'euros :

- aucun dépassement sur les soins de ville,
- jusqu'à 500 millions d'euros sur le sous objectif hospitalier.

Grâce aux mesures mises en œuvre par le Gouvernement, cette estimation de dépassement est inférieure à celle de la précédente réunion de la Commission des comptes de la Sécurité sociale de juin dernier qui avait évalué le risque de dépassement à environ 600 millions d'euros.

2. Les mises en réserve de crédits permettront de couvrir intégralement ce risque de dépassement, garantissant ainsi un strict respect de l'ONDAM en 2010

Plusieurs mises en réserve ont été décidées en début d'année afin de gager le risque de dépassement de l'ONDAM, et notamment :

- l'annulation à hauteur de 105 millions d'euros de crédits du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) qui n'avaient pas été utilisés au cours des quatre dernières années ;
- la mise en réserve d'une fraction des crédits hospitaliers à hauteur de 300 millions d'euros en 2010 sur les crédits d'aide à la contractualisation des établissements de santé (volet AC de la dotation MIGAC). Les crédits affectés au financement des missions d'intérêt général des établissements de santé ne sont donc pas concernés par ces mises en réserve.

Par ailleurs, la sous consommation des crédits médico-sociaux permet d'envisager une restitution de crédits pour un montant de 100 millions d'euros : l'année 2010 est en effet la dernière année pour laquelle la dotation est calculée sur la base des autorisations de paiement et non des crédits de paiement.

Le principe des mises en réserve fait suite aux conclusions du rapport de Raoul BRIET sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie et à la nécessité de garantir le respect de l'ONDAM.

Ces crédits mis en réserve pourront être délégués avant la fin de l'année 2010 si les conditions d'exécution de l'ONDAM 2010 le permettent, c'est-à-dire en cas de dépassement plus modéré que prévu. L'ensemble cumulé des mises en réserve décidées pour couvrir le risque de dépassement est de 505 millions d'euros.

Un ONDAM, réaliste et responsable, fixé à 2,9% pour 2011

1. Un ONDAM fixé à 2,9% représente 4,7 milliards d'euros supplémentaires pour notre système de soins l'année prochaine

Avec un objectif de 167,1 milliards d'euros, soit une progression de 2,9% pour l'année prochaine, ce seront 4,7 milliards d'euros de moyens supplémentaires consacrés à notre système de soins par rapport à 2010. Cette augmentation de moyens permettra de procéder aux **évolutions statutaires des infirmiers aux diplômes reconnus dans le LMD** (mise en œuvre du protocole d'accord du 2 février 2010) et, dès le 1^{er} janvier 2011, à la **revalorisation du tarif de la consultation à 23 euros** décidée par le président de la République.

Cette évolution permettra aussi d'accompagner les **hôpitaux dans leurs efforts de modernisation** et dans l'amélioration globale de leur situation financière dans la perspective d'un **retour à l'équilibre financier d'ici 2012**.

Pour la troisième année consécutive, l'objectif de dépenses permettra d'assurer un taux de **progression à parité** entre les soins de ville (2,8%) et les établissements de santé (2,8%). Par ailleurs, les moyens consacrés aux personnes âgées et aux personnes handicapées poursuivront un rythme de progression soutenu, à 3,8%. La progression des autres dépenses est quant à elle fixée à 5,9%.

2. La maîtrise des dépenses d'assurance maladie sera poursuivie en 2011

Compte tenu du rythme de progression tendancielle des dépenses, il convient de réaliser **2,4 milliards d'euros d'économies** pour atteindre l'objectif de 2,9% en 2011.

L'objectif est de contenir l'augmentation des dépenses de notre système d'assurance maladie par une politique d'efficience tout en le recentrant progressivement sur le financement des dépenses considérées comme les plus utiles médicalement. Il s'agit de conserver les principes fondamentaux de notre système d'assurance maladie : un taux de remboursement d'autant plus élevé que les pathologies sont graves, lourdes et coûteuses.

L'infléchissement du rythme de progression des dépenses est l'aboutissement d'efforts structurels mis en œuvre depuis 2007 : la croissance des dépenses d'assurance maladie qui était supérieure à 5% par an au début des années 2000 est passée à 4,2% en 2007, 3,5% en 2008 et 2009 et 3% en 2010. Le strict respect de l'ONDAM à 3% en 2010 montre que cet infléchissement est réaliste.

Tous les acteurs du système de soins devront poursuivre les efforts engagés et les maintenir dans la durée. Les mesures d'économies porteront :

- à 40% (860 millions d'euros) sur les industriels du médicament et des dispositifs médicaux ainsi que sur certains actes de professionnels de santé (actes de biologie et de radiologie),
- à 50% (1 200 millions d'euros) sur le renforcement de l'efficacité de notre système de soins ainsi que sur un financement médico-social adapté à la réalité des ouvertures de places sur le terrain et correspondant aux dépenses effectives des établissements et services (« crédits de paiement »),
- à 10% (330 millions d'euros) sur des transferts de prise en charge de l'assurance maladie obligatoire vers les complémentaires de santé.

Par ailleurs, une **mise en réserve de crédits**, comme l'a préconisé le rapport de Raoul BRIET, pour un montant de 530 millions d'euros garantira le respect de l'ONDAM en 2011.

La maîtrise des dépenses de soins de ville

En 2011, les dépenses d'assurance maladie consacrées aux soins dispensés en cabinet de ville vont continuer de croître de plus de 2 milliards d'euros. Plusieurs mesures destinées à faciliter la maîtrise des dépenses seront donc mises en œuvre l'année prochaine afin de respecter l'objectif de 2,8% de progression des dépenses.

1. La poursuite des efforts de maîtrise médicalisée des dépenses de soins

Les actions de maîtrise médicalisée des caisses d'assurance maladie se poursuivront l'année prochaine pour un montant d'économies attendues fixé à 550 millions d'euros.

Ces efforts pourront s'appuyer sur de nouveaux outils, et notamment :

- l'extension de la procédure de mise sous entente préalable aux prescriptions de **soins de kinésithérapie en Service de Soins et de Réadaptation (SSR)**,
- la **révision**, par les partenaires conventionnels, des nouveaux actes figurant à la **Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)**, au plus tard 5 ans après leur inscription, afin de tenir compte des progrès permanents de la médecine et modifier la valeur des actes qui seraient devenus obsolètes.

Les caisses d'assurance maladie poursuivront par ailleurs leurs efforts pour **inciter les médecins à prescrire dans le répertoire des génériques** : les génériques représentent désormais **près d'une boîte vendue sur cinq contre une boîte sur vingt en 2000**. À un tel niveau de substitution, l'enjeu se situe davantage aujourd'hui dans le développement des prescriptions dans le répertoire afin de modérer l'effet lié au glissement de la consommation vers des produits nouveaux, non généricables, et donc plus coûteux.

2. Les économies sur les médicaments et les dispositifs médicaux

L'objectif d'économies pour l'assurance maladie au titre des **diminutions de prix de produits de santé** en 2011 sera similaire à celui des années précédentes, soit à hauteur de 500 millions d'euros pour les médicaments sous brevet, les génériques et les dispositifs médicaux (contre 560 millions d'euros d'économies prévues en 2010).

Ces baisses de prix seront négociées dans le cadre conventionnel qui lie les entreprises pharmaceutiques au Comité Economique des Produits de Santé (CEPS).

Par ailleurs, certains **médicaments destinés aux maladies rares** (médicaments orphelins) sont actuellement exonérés de certaines taxes : il s'agit de la taxe dite « clause de sauvegarde », de la taxe sur la promotion des spécialités médicales et de la contribution sur le chiffre d'affaires des grossistes répartiteurs et des laboratoires qui vendent en direct.

Cet avantage fiscal est justifié pour les médicaments dont le chiffre d'affaires est faible, mais il l'est moins pour ceux dont le chiffre d'affaires est élevé et dont la rentabilité est largement assurée. La mesure prévue consiste à supprimer certaines exonérations de taxe accordées aux médicaments orphelins qui réalisent des chiffres d'affaires supérieurs à 20 millions d'euros par an.

Au-delà de ces mesures d'économies sur le médicament, le taux k^1 sera fixé à 0,5% contre 1% en 2010. Dans un contexte de faible progression des ventes de médicaments, en l'absence de lancement de médicaments à gros volume et grâce à l'arrivée de nouveaux génériques sur le marché, la fixation de ce taux permet de s'assurer que les dépenses seront contenues en 2011 dans les limites fixées.

3. La lutte contre les dépenses injustifiées sera poursuivie sur la base de référentiels validés par la Haute autorité de santé (HAS)

A la suite des recommandations de l'assurance maladie contenues dans son rapport « charges et produits » du 8 juillet dernier, qui a mis en lumière d'importantes disparités de consommation entre les patients, plusieurs mesures seront mises en œuvre :

- l'instauration d'un **forfait de remboursement pour les dispositifs d'autocontrôle du diabète pour les patients non insulinodépendants**. Le forfait de prise en charge sera fixé par le Comité Economique des produits de santé en conformité avec les recommandations de la HAS d'octobre 2007 et en fonction de l'état de santé du patient,
- la fin de la prise en charge systématique des dépenses de transports pour les patients en ALD lorsque leur état de santé ne le justifie pas.

Ces deux mesures visent ainsi à limiter les dépenses injustifiées et à garantir que les patients seront pris en charge de la même façon sur tout le territoire et pour des dépenses en rapport avec leur état de santé.

4. Recentrer les remboursements sur la prise en charge des thérapies et des médicaments les plus efficaces

Afin de renforcer la soutenabilité de notre système de santé, trois mesures seront mises en œuvre l'année prochaine pour concourir au respect de l'ONDAM soins de ville. Les plus malades ne sont pas concernés puisque, par exemple, les patients en affection de longue durée ou les invalides continuent à être pris en charge intégralement. De manière générale, les patients exonérés du ticket modérateur ne sont pas concernés par ces mesures.

La médecine évolue, il est logique qu'il en soit tenu compte en faisant évoluer les règles de prise en charge de l'assurance maladie :

- une diminution de 5 points du **niveau de prise en charge des médicaments actuellement remboursés à 35%** et dont le service médical rendu est relativement moins important. Le niveau de prise en charge ne sera pas modifié pour les

¹ Taux de croissance du chiffre d'affaires des médicaments remboursables au-delà duquel, en application d'une clause de sauvegarde, les laboratoires pharmaceutiques doivent verser des remises à l'Assurance maladie.

médicaments les plus efficaces pour les maladies les plus graves qui, comme les anticancéreux ou les vaccins, sont remboursés aujourd'hui à 100 % ou à 65 % et le seront encore demain.

- une diminution de 5 points du **niveau de prise en charge des dispositifs médicaux** : là encore, le niveau de prise en charge ne sera pas modifié pour les dispositifs médicaux utilisés pour les maladies les plus graves : par exemple, les dispositifs implantés à l'hôpital ou les fauteuils roulants sont remboursés à 100 % et le seront encore demain.
- Le passage de 91 euros à 120 euros du seuil de déclenchement de la participation forfaitaire pour les actes coûteux, en ville et à l'hôpital. La notion d'acte coûteux a été fixée à 91 euros en 1992 et n'a pas été augmentée depuis. Le passage à 120 euros ne fait que prendre en compte une partie de l'inflation depuis 1992.

Le renforcement des gains d'efficience des établissements de santé en 2011

1. La poursuite de la convergence entre les tarifs des établissements de santé publics et privés

Le PLFSS pour 2011 fixe le taux d'évolution de l'ONDAM hospitalier à 2,8 %, à parité avec celui de l'enveloppe des soins de ville. Ce taux permettra de poursuivre le développement d'une offre de soins adaptée aux besoins. Il fixera également un cap ambitieux pour la poursuite des nécessaires efforts d'amélioration de la performance des établissements de santé.

La politique tarifaire est l'un des principaux outils à sa disposition pour atteindre cet objectif. Le nouveau modèle de financement progressivement mis en place depuis 2004 assis sur la tarification à l'activité a ainsi permis une meilleure adéquation entre le niveau d'activité et les ressources allouées par la collectivité. Le passage à ce nouveau mode de tarification a eu pour effet de dynamiser la gestion des établissements de santé.

Après le premier cap franchi en 2010, la poursuite de la convergence tarifaire entre les établissements publics et privés à but non lucratif et les établissements privés à but lucratif participera ainsi à l'effort d'efficience en encourageant les établissements de santé à améliorer leur productivité globale.

Cette convergence ciblée concernera un nombre de séjours limité qui s'y prêtent plus particulièrement. Par ailleurs, la définition de la convergence sera modifiée afin que les tarifs cibles ne soient plus désormais systématiquement les tarifs du secteur privé, mais plus globalement les tarifs les plus bas, quels qu'ils soient.

Economie pour l'assurance maladie : 150 millions d'euros en 2011.

2. Les gains d'efficience des établissements de santé seront également encouragés à travers différentes démarches pragmatiques

En complément de la poursuite de la convergence tarifaire, l'efficience des établissements de santé sera encouragée à travers des programmes spécifiques ciblant certains postes de dépenses ou certains processus de formation des coûts.

Il s'agit principalement de la démarche des projets de performance, engagée en 2010, qui va monter en puissance en 2011. Les projets de performance visent à la fois à améliorer l'efficience de ces établissements, mais également la qualité des prestations qu'ils offrent aux patients. Ils sont encadrés par un accord cadre national passé par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), garant de l'homogénéité de la démarche au plan national.

Une rationalisation et une meilleure mutualisation des achats des hôpitaux seront

également entreprises. Les achats hospitaliers, toutes catégories confondues, ont représenté ces dernières années une enveloppe moyenne de 17,8 milliards d'euros. Il s'agit du deuxième poste de dépenses après les dépenses de personnel et les différentes études menées sur le sujet démontrent l'ampleur des gains d'efficience mobilisables.

Un premier chantier national, initié à partir de 2006, a constitué une première étape dans la recherche d'optimisation des achats hospitaliers avec des résultats encourageants. L'année 2011 marquera une deuxième étape avec la mise en œuvre d'un nouveau programme de performance des achats hospitaliers.

Economie pour l'assurance maladie : 145 millions d'euros en 2011.

Faire évoluer la prise en charge des patients atteints d’Affection de Longue Durée (ALD)

1. Sortir du dispositif des ALD un facteur de risque qui relève plus d’une logique de prévention et d’éducation thérapeutique

Le dispositif des ALD permet à certains patients souffrant d’une maladie particulièrement grave et coûteuse de bénéficier d’une prise en charge à 100% par l’Assurance maladie (exonération de ticket modérateur).

Certains usagers sont toutefois actuellement admis dans le dispositif ALD et pris en charge à 100% au seul motif qu’ils sont atteints d’hypertension artérielle sans complication (HTA isolée), ce qui n’est pas considéré comme une maladie mais comme un facteur de risque cardiovasculaire (au même titre que l’obésité ou l’hypercholestérolémie).

En outre, la très grande majorité des patients traités pour hypertension artérielle non compliquée (environ 7 millions de personnes) sont actuellement pris en charge à taux normal par l’Assurance maladie et seulement une petite minorité (344 000 personnes) est exonérée de ticket modérateur. Cette disparité dans les taux de prise en charge n’est pas justifiée : elle a pour origine les critères d’entrée insuffisamment précis pour admettre les patients atteints d’HTA dans le dispositif des ALD.

Il est donc envisagé, à la suite d’une des propositions de la Caisse Nationale d’Assurance Maladie (CNAMTS) dans son rapport « Charges et produits » du 8 juillet dernier, de prévoir que les nouveaux patients qui seront atteints d’hypertension artérielle non compliquée seront pris en charge au taux normal et acquitteront le ticket modérateur (pris en charge par leur complémentaire santé). La Haute Autorité de Santé avait formulé la même proposition dans son avis de décembre 2007 relatif aux affections de longue durée.

Les patients déjà admis dans le dispositif ALD au titre de l’hypertension artérielle isolée ne sont toutefois pas concernés par cette mesure.

Economie pour l’assurance maladie : 20 millions d’euros en 2011.

2. D’autres mesures permettront également d’éviter les dépenses injustifiées afin de préserver le système de prise en charge à 100% des patients en ALD

Deux autres mesures seront mises en œuvre l’année prochaine afin de mettre fin à certains abus et d’assurer une plus grande égalité de traitement entre les patients.

La première vise à instaurer, sur la base des recommandations de la Haute Autorité de Santé d’octobre 2007, **un forfait de prise en charge pour les dispositifs**

d'autocontrôle du diabète pour les patients non insulinodépendants. Cette mesure, proposée par la CNAMTS dans son rapport de juillet dernier, vise à répondre aux disparités considérables qu'elle a pu relever au niveau de la consommation des bandelettes d'autocontrôle du diabète d'un patient à un autre sans justification médicale.

Economie pour l'assurance maladie : 35 millions d'euros.

La deuxième mesure consiste, à la suite de la recommandation de la CNAMTS, de **ne plus prendre en charge systématiquement les dépenses de transports** pour les patients en ALD lorsque leur état de santé ne le justifie pas. Il s'agit, avec cette mesure, de mettre fin aux nombreuses dépenses injustifiées constatées par les caisses d'Assurance maladie en matière de consommation de transports sanitaires.

Economie pour l'assurance maladie : 20 millions d'euros.

Les préconisations du rapport de Raoul BRIET sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie ont été mises en œuvre

1. Le projet de loi prévoit deux mesures issues des préconisations du rapport de Raoul BRIET sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie

Le groupe de travail sur l'amélioration du pilotage des dépenses d'Assurance maladie animé par Raoul BRIET avait émis en mai dernier plusieurs préconisations visant à renforcer le suivi infra-annuel des dépenses et des recettes d'assurance maladie et à assurer le respect de l'objectif de dépenses voté par le Parlement chaque année. Toutes les conclusions ont été validées par le président de la République.

Parmi ces préconisations, deux nécessitent une transcription dans la loi et figurent dans le PLFSS pour 2011 :

- la première mesure consiste à étendre les prérogatives du comité d'alerte qui sera dorénavant chargé d'établir une expertise externe technique sur les hypothèses sous-jacentes à la construction de l'ONDAM projeté pour l'année à venir, avant sa transmission au Parlement. Les membres du comité d'alerte auront à se prononcer, au plus tard le 15 octobre de chaque année, sur l'existence éventuelle d'une erreur manifeste qui pourrait affecter la sincérité de l'ONDAM et compromettre son respect au cours de l'exercice à venir ;
- la deuxième mesure prévoit que le comité d'alerte rende un nouvel avis sur le respect de l'ONDAM de l'exercice en cours, au plus tard le 15 avril. Il analysera alors les conséquences sur le respect de cet objectif des anticipations de réalisation de l'ONDAM de l'année précédente en se fondant sur les données statistiques disponibles.

2. Ces deux dispositions viendront compléter les autres mesures issues du rapport de Raoul BRIET qui ont d'ores et déjà fait l'objet d'une déclinaison opérationnelle dès 2010

Les autres préconisations issues du rapport BRIET, et dont l'application ne nécessitait pas de modification de la loi, ont d'ores et déjà été mises en œuvre, conformément aux décisions prises lors de la deuxième session de la Conférence sur le déficit, le 20 mai 2010. Il s'agit notamment des mesures visant à :

- mieux informer le Parlement et les membres de la Commission des comptes de la Sécurité sociale en détaillant plus précisément la construction de l'ONDAM prévu dans chaque projet de loi dans les annexes au PLFSS,
- donner un caractère pluriannuel à la programmation de l'ONDAM, à l'instar de ce qui est prévu dans la loi de programmation des finances publiques, qui fixe, en milliards d'euros, l'ONDAM pour chaque année de la période de programmation (2011-2014),

- l'instauration d'un comité de suivi statistique (qui se réunit tous les mois), chargé d'informer un comité de pilotage de l'ONDAM (réunion sous la présidence des ministres ou du directeur de la sécurité sociale), pour améliorer le pilotage infra-annuel de l'ONDAM,
- l'abaissement progressif d'ici 2012-2013 (par décret) du seuil d'alerte à 0,5 % de l'ONDAM voté (contre 0,75 % actuellement), soit un seuil maximum de dépassement d'environ 0,8 milliard d'euros,
- conditionner la mise en œuvre effective des mesures nouvelles prévues par la loi de financement ou de mesures nouvelles non prévues dans le projet de loi initial, au respect effectif de l'ONDAM en cours d'exécution,
- mettre en réserve préventivement une fraction des crédits budgétaire en début d'année qui pourront être délégués sous réserve du respect de l'ONDAM : 530 millions d'euros de crédits seront ainsi mis en réserve pour 2011.

Le renforcement de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en 2011

1. Garantir à tous l'égal accès à une assurance maladie de qualité

Le PLFSS pour 2011 prévoit d'améliorer l'accès à une couverture complémentaire, notamment pour les assurés dont les ressources sont les plus faibles, en augmentant progressivement en 2011 puis en 2012 le plafond de ressources de l'aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS). Celui-ci sera donc fixé au niveau du plafond de ressources de la CMU complémentaire majoré de 26% puis 30% (contre seulement 20% actuellement).

Cette aide permet, sous condition de résidence et de ressources, pour les foyers dont les revenus sont les plus modestes, de bénéficier, par la remise d'un chèque « aide pour une complémentaire santé » que l'intéressé remet auprès de l'organisme de protection complémentaire de son choix, d'une réduction sur le prix d'un contrat individuel responsable d'assurance complémentaire de santé.

Coût de mesure pour le Fonds CMU : 23 millions d'euros en 2011 et 64 millions d'euros à nouveau en 2012.

2. Cette mesure prolonge les efforts entrepris depuis deux ans pour renforcer le taux d'accès à une couverture complémentaire

L'ACS constitue un outil important pour développer l'accès aux soins de nos concitoyens car le montant de l'aide permet de financer environ 50% du coût d'acquisition d'une assurance complémentaire de santé.

Depuis 2008, des efforts sont engagés pour mieux faire connaître ce dispositif auprès des personnes qui y ont droit :

- le montant de l'aide a été progressivement revalorisé : l'aide est égale à 100 euros par personne âgée de moins de seize ans, à 200 euros par personne âgée de seize à quarante-neuf ans, à 350 euros par personne âgée de cinquante à cinquante-neuf ans et à 500 euros par personne âgée de soixante ans et plus,
- en outre, le règlement arbitral élaboré par Bertrand FRAGONARD, et qui s'est substitué à la convention régissant les relations entre les professionnels de santé et les caisses d'assurance maladie en mai dernier, a étendu le mécanisme du tiers payant pour les bénéficiaires de l'ACS qui n'auront donc plus à faire l'avance de frais pour leurs dépenses de soins.

Ces différentes mesures ont entraîné une nouvelle augmentation de 10% du nombre des bénéficiaires en 2010 qui devraient s'élever à 550 000.

Coût du dispositif de l'ACS : environ 135 millions d'euros en 2010.

Un engagement maintenu en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées

1. Un taux d'ONDAM médico-social calculé au plus près des prévisions d'ouverture de places nouvelles, afin d'éviter la constitution d'excédents

La construction de l'ONDAM médico-social marque un changement important en 2011 : les financements inscrits dans l'ONDAM sont adaptés à la réalité des ouvertures de places sur le terrain et correspondent aux dépenses des établissements et services qui ouvriront – ou se médicaliseront - effectivement au cours de l'année 2011.

Cette nouvelle méthode de financement, qui distingue les autorisations d'engagement, notifiées par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) aux Agences Régionales de Santé (ARS) dans le cadre des enveloppes anticipées, des crédits de paiement, inscrits en loi de financement de la Sécurité sociale, permettra d'éviter la constitution d'excédents au sein de la CNSA tout en maintenant l'engagement de la Nation envers les publics fragiles.

En effet, les objectifs des différents plans (plan de création de places pour les personnes handicapées, plan de solidarité grand âge, plan Alzheimer) sont maintenus et les ARS pourront autoriser l'ouverture des places nouvelles prévues dans ces plans.

2. Personnes âgées : poursuite des plans et priorité à la mise en œuvre du plan présidentiel Alzheimer

Fin 2010, les places déjà créées et les possibilités données aux ARS de créer des places nouvelles d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), de Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) d'accueil de jour et d'hébergement temporaires prévus dans le Plan de Solidarité Grand Age (PSGA) représenteront 91 % des objectifs initiaux, soit près de 85 000 places. Ces créations se poursuivront sur l'année 2011 afin de tenir les objectifs du PSGA.

En ce qui concerne l'ouverture réelle sur le terrain de ces places par des opérateurs publics ou privés, les financements figurant dans l'ONDAM 2011 ont été adaptés au rythme de leur déploiement pour un montant total de 109 millions d'euros.

La médicalisation des maisons de retraites poursuivra sa progression : comme les années précédentes, 80 000 places passeront en financement dit PATHOS en 2011 (renforcement des personnels soignants auprès des personnes âgées dépendantes).

L'implication des ARS dans la mise en œuvre du plan présidentiel Alzheimer sera totale afin de permettre notamment la création de 600 pôles d'activités et des soins adaptés - PASA (la totalité des crédits des unités d'hébergement renforcées - UHR ayant déjà été alloués), de 170 équipes mobiles de SSIAD renforcés.

Deux innovations majeures verront le jour en 2011 :

- la première phase de généralisation des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAÏA), l'une des mesures phares du plan Alzheimer, avec l'ouverture de 35 nouvelles maisons en plus des 17 expérimentales ;
- le déploiement de 75 nouvelles plateformes de répit en complément des accueils de jours et d'hébergement temporaire dédiés aux malades d'Alzheimer.

Au total, la progression des ressources en 2011 permettra de financer des mesures nouvelles se réalisant dans l'année pour un montant de près de 412 millions d'euros.

3. Personnes handicapées : création et modernisation des établissements et services pour les personnes handicapées

Lors de la Conférence nationale du handicap, le 10 juin 2008, le président de la République s'est engagé à réaliser un plan pluriannuel de construction de plus de 50 000 places (38 000 places pour adultes, 12 000 pour enfants), dont l'ouverture sera garantie à horizon de 7 ans. A l'issue de la deuxième année du plan, grâce au mécanisme des enveloppes anticipées, 50,3 % des crédits et 45,5% des places prévues auront déjà été notifiés, soit l'équivalent de trois années de plan.

Malgré les contraintes économiques et financières, les objectifs du plan seront tenus en 2011.

Concernant les enfants, les efforts seront poursuivis pour améliorer la prévention et l'accompagnement pour la scolarisation en milieu ordinaire, avec plus de 3 millions d'euros consacrés à la création ou l'extension de Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), et de Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP). 677 places de Services d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD) seront également créées. Conformément aux plans annoncés par le Gouvernement, une attention particulière sera portée sur certains publics prioritaires : 369 places seront ainsi créées pour permettre l'accueil, par exemple, des enfants autistes, polyhandicapés ou déficients intellectuels.

Concernant les adultes, le Gouvernement continue de se mobiliser pour résorber les listes d'attente existantes. 969 places nouvelles en Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) et 1 698 en Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM) seront financées ; 108 places de foyers de vie seront médicalisées. Les efforts porteront également sur le développement de l'offre de services à domicile afin de donner sa pleine effectivité au projet de vie des adultes handicapés qui souhaitent rester à leur domicile. Au total, ce sont donc 571 places nouvelles de SSIAD et de SAMSAH qui seront créées. Afin de permettre aux familles d'avoir des moments de répit, 213 places d'accueil temporaire seront ouvertes en 2011.

Au-delà de la poursuite des objectifs du plan, le Gouvernement souhaite s'engager au côté des personnes handicapées au travers de deux mesures phares :

- le relèvement du **plafond de ressources de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) afin d'éviter** que les bénéficiaires de l'AAH en soient exclus du fait de la revalorisation de 25% de son montant qui se poursuivra jusqu'en 2012. Cela représente un effort de 23 Millions d'euros en 2011, de 64 millions d'euros en 2012 et de 82 millions d'euros en 2013 sur le budget de l'assurance maladie.
- pour les personnes en arrêt de travail à la suite d'un accident qui les a fait basculer dans le champ du handicap, la possibilité **d'accéder à des bilans de compétence ou des actions d'accompagnement tout en continuant à percevoir des indemnités journalières pour** augmenter leurs chances de maintien dans l'emploi et éviter la désinsertion professionnelle.

Une augmentation des recettes pour le financement des retraites

1. Près de 4 milliards d'euros de recettes nouvelles seront mobilisées pour la réforme des retraites

Comme il s'y était engagé, le Gouvernement a résolument écarté une hausse généralisée des prélèvements pour financer les systèmes de retraite. En effet, une augmentation massive des impôts ne peut être la réponse au déséquilibre de nos régimes de retraite dont la cause première est le vieillissement de la population. Par ailleurs, une telle mesure nuirait à la croissance et à l'emploi dans un contexte de sortie de crise. Ceci est particulièrement vrai en France où le poids des prélèvements obligatoires est l'un des plus élevés au monde.

Néanmoins, le Gouvernement propose près de 4 milliards d'euros de recettes nouvelles. Ces mesures visent trois objectifs. D'une part, elles permettent de compléter les économies réalisées grâce au relèvement de l'âge et aux mesures de convergence entre le secteur public et le secteur privé. D'autre part, elles garantissent l'équité de l'effort demandé à l'ensemble des acteurs économiques et des catégories de revenus. Enfin, elles confortent le financement des éléments de solidarité du système d'assurance vieillesse. Ces différentes mesures permettront d'accroître les moyens du FSV.

Trois types de mesures ciblées ont été retenus : des mesures sur les hauts revenus pour un partage équitable de l'effort, des mesures sur les revenus du capital pour qu'ils participent davantage au financement des retraites et des mesures de diminution des niches fiscales et sociales.

Le PLFSS pour 2011 portera plusieurs de ces mesures de recettes. Les autres mesures annoncées avec le projet du Gouvernement, telles que la hausse d'un point de l'impôt sur le revenu pour la dernière tranche du barème ou la suppression de certaines niches fiscales, seront inscrites dans le PLF pour 2011.

2. Pour le financement de la réforme des retraites, le PLFSS pour 2011 prévoit deux mesures sur les hauts revenus et une mesure sur les entreprises

Deux mesures sur les hauts revenus, annoncées par le Gouvernement avec le projet de réforme des retraites, sont prévues dans le PLFSS : elles portent sur les stock-options et les retraites-chapeaux.

Sur les stock-options, le PLFSS prévoit, d'une part, d'augmenter la contribution payée par le bénéficiaire sur le gain de levée d'option : cette contribution, créée en 2008, sera plus que triplée et portée à 8%. D'autre part, la contribution payée par l'employeur sur

la valeur de l'option, lors de son attribution, sera augmentée de 10% à 14%. Ces mesures rapporteront 70 millions d'euros en 2011.

Les retraites-chapeaux contribueront également davantage au financement de la solidarité de nos régimes de retraites, à hauteur de 110 millions d'euros dès 2011. D'une part, une contribution salariale, versée par le bénéficiaire, sera créée à un taux de 14%. Elle s'ajoutera aux prélèvements sociaux actuels et à l'impôt sur le revenu déjà acquittés aujourd'hui sur les retraites-chapeaux. D'autre part, pour les rentes qu'il verse aux bénéficiaires des retraites-chapeaux, l'employeur paiera désormais une contribution dès le 1^{er} euro versé : l'abattement de 1 000 euros par mois pour la contribution employeur sera supprimé.

S'agissant des entreprises, le PLFSS pour 2011 modifiera le calcul des allègements généraux de charges patronales, pour qu'il s'applique aux salaires et primes versés par l'employeur sur toute l'année, alors qu'il est aujourd'hui appliqué mois par mois. 2 milliards d'euros seront ainsi obtenus pour le financement des régimes de retraite.

L'aménagement des allègements de cotisations patronales ne remet pas en cause le principe même du dispositif, qui est un élément central de notre politique de l'emploi : pour les bas salaires, jusqu'à 1,6 fois le SMIC, le montant de cotisations patronales restera réduit et totalement supprimé au niveau du SMIC.

Cette réforme restaure l'équité entre les entreprises : pour un même niveau de salaire annuel, les employeurs qui échappent à la dégressivité des allègements parce qu'ils versent des primes élevées sur un ou deux mois de l'année acquitteront désormais les mêmes cotisations patronales que ceux qui rémunèrent leurs salariés sur 12 mois.

Allongement du délai de prescription pour les victimes de l'amiante

1. Les règles de prescription des actions devant le Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA) sont imprécises et peu favorables aux victimes

Plusieurs arrêts de la Cour de cassation rendus en juin et juillet 2010 ont mis en évidence que la règle de prescription quadriennale (confirmée par un avis de la Cour de cassation du 18 janvier 2010) appliquée aux actions en indemnisation devant le FIVA soulève des difficultés relatives au point de départ retenu pour évaluer si le délai de prescription est dépassé ou non.

Par ailleurs, en 2009 et 2010, près de 1 000 demandeurs (victimes ou leurs ayants droits) n'ont pas pu faire valoir leurs droits en raison d'un dépassement du délai de prescription de quatre ans actuellement en vigueur.

Cette situation n'apparaît pas satisfaisante. Une concertation a donc été menée avec les partenaires sociaux et les associations de victimes au cours des mois de juillet et août 2010, afin de définir des règles de prescription claires, lisibles et adaptées à la prise en compte de la situation des victimes de l'amiante. Il convenait par ailleurs dans cet exercice de clarification de s'assurer que la règle applicable soit équitable pour toutes les victimes qu'elles le soient au titre d'une exposition à l'amiante d'origine professionnelle ou environnementale. Le résultat de cette concertation a débouché sur une mesure inscrite dans le PLFSS pour 2011.

2. Le PLFSS pour 2011 laisse un délai plus long aux victimes pour faire valoir leurs droits

Le PLFSS propose de modifier le régime de prescription spécifique pour le FIVA.

D'une part, dans un souci d'équité, le délai de prescription sera calculé à partir d'un point de départ identique pour toutes les victimes, à la date du certificat médical établissant le lien entre la maladie et l'exposition à l'amiante.

D'autre part, le PLFSS propose de retenir désormais une durée de prescription égale à dix ans, au lieu de quatre ans. Ce délai de dix ans répond au vœu de la majorité des organisations syndicales et des associations de victimes.

De plus, le PLFSS prévoit un délai supplémentaire de deux ans pour les personnes dont les dossiers ont été rejetés en 2009 et 2010 pour prescription : près de 1 000 dossiers pourront ainsi bénéficier d'un examen susceptible d'aboutir à une offre d'indemnisation du Fonds.

Enfin, une réflexion sera engagée en 2011 sur une réforme de la gouvernance du FIVA.

Le développement de la garde d'enfants, un défi en passe d'être relevé

La France est, avec l'Irlande, le pays de l'Union européenne où le taux de fécondité est le plus élevé, avec près de 2 enfants par femme. L'important investissement financier consenti par la collectivité en faveur de notre politique familiale, évaluée par le Haut Conseil de la Famille à 100 milliards d'euros en 2008, soit 5,1% du PIB, porte ses fruits¹.

Pour accompagner et encourager le dynamisme de la natalité française tout en facilitant la conciliation entre vie professionnelle et vie familiale, le président de la République s'est engagé à développer, d'ici à 2012, 200 000 nouveaux modes de garde adaptés aux contraintes des parents ainsi qu'aux réalités des territoires.

Le Gouvernement met en œuvre une politique d'une ampleur inédite afin de créer 200 000 nouvelles offres d'accueil du jeune enfant d'ici à 2012 (100 000 places d'accueil collectif, 100 000 auprès d'assistants maternels). Le bilan intermédiaire des résultats de l'année 2009 est à ce titre positif.

1. L'accueil collectif

C'est un effort exceptionnel en temps de crise de 1,3 milliard d'euros supplémentaires d'ici à 2012 qui est consacré à cet objectif dans le cadre de la Convention d'Objectifs et de Gestion 2009-2012 entre l'Etat et la Caisse Nationale d'allocations familiales.

D'ores et déjà, les premiers chiffres disponibles montrent que les engagements pourront être tenus. **Plus de 12 500 places de crèches supplémentaires ont été ouvertes l'an dernier, tandis que l'amélioration du taux de fréquentation des crèches existantes aurait permis, selon les estimations de la CNAF, d'offrir, en 2009, 33 500 solutions de garde supplémentaires.**

Parmi elles, 1 536 places de crèche d'entreprise et 1 558 places en micro-crèches ont été ouvertes : c'est une véritable palette de solutions diversifiées qui est ainsi offerte aux parents.

¹ Haut Conseil de la Famille, « L'investissement de la Nation en direction de la Famille », note du 9 septembre 2010. L'hypothèse intermédiaire se situe entre une hypothèse basse à 78,5 milliards d'euros, soit 4,0% du PIB, excluant notamment le régime maternité et le quotient familial et conjugal et une hypothèse haute à 118,5 milliards d'euros, soit 6,1% du PIB, intégrant notamment l'intégralité des effets du quotient familial et conjugal.

2. L'accueil individuel

L'Etat s'est également engagé à développer la garde d'enfants dans le cadre de l'accueil individuel, et a ainsi fixé un objectif de 100 000 places nouvelles auprès des assistants maternels à l'horizon 2012.

Entre l'an dernier et cette année, **il y a eu environ 21 300 enfants accueillis en plus chez les assistants maternels**, grâce à un ensemble d'outils portés par les lois de financement de la sécurité sociale précédentes :

- Possibilité donnée aux assistants maternels d'exercer leur métier dans un même local, ce qui renforce l'attractivité de la profession ;
- Autorisation pour les assistants maternels à garder 4 enfants au lieu de 3 ;
- Augmentation de 10 % du complément mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant pour les parents qui ont des horaires de travail atypiques ;
- Eligibilité des assistants maternels depuis 2010² au Prêt pour l'Amélioration de l'Habitat (PAH) avec des conditions privilégiées, afin de leur permettre de financer des travaux à leur domicile, dès lors que ceux-ci sont liés à leur activité professionnelle, notamment lorsqu'il s'agit d'améliorer la sécurité des enfants accueillis ou de transformer le logement pour permettre l'accueil des enfants en cas de première installation. Le prêt est à taux zéro et son montant peut aller jusqu'à 10 000 euros.

Par ailleurs, dans le but de renforcer l'attractivité du métier d'assistant maternel et de contribuer aux charges de l'achat de matériel de puériculture et de sécurité, les Caisses d'allocations familiales peuvent désormais verser une prime d'installation (300 euros ou 500 euros, dans le cas de zones particulièrement défavorisées en termes de modes de garde) aux assistants maternels nouvellement agréés sous condition de signature d'une charte d'engagements réciproques. Cette aide est cumulable avec le PAH.

² Décret n° 2010-640 du 9 juin 2010 relatif au prêt à l'amélioration de l'habitat

Harmonisation des dates d'effet de l'allocation logement et de la prestation d'accueil du jeune enfant

1. Alignement des dates d'effet de l'allocation logement sur les MINIMA SOCIAUX

Actuellement, un allocataire d'une aide au logement peut bénéficier d'une rétroactivité de 3 mois précédant sa demande s'il remplissait antérieurement les conditions d'octroi de l'aide.

La mesure proposée consiste à harmoniser la date d'ouverture des droits aux aides personnelles au logement avec celle des minima sociaux, en supprimant cette période de rétroactivité.

En année pleine, l'impact financier de la mesure pourrait représenter une moindre dépense de 240 millions d'euros au total, se partageant à parité entre la branche famille et le budget de l'Etat.

2. Harmonisation de la date d'effet pour le versement de l'allocation de base de la PAJE

L'allocation de base de la Prestation d'Accueil du Jeune Enfant (PAJE) est destinée à prendre en charge le coût lié à l'entretien de l'enfant jusqu'à son troisième anniversaire.

Aujourd'hui, la PAJE est versée à compter du jour de la naissance de l'enfant. **Il s'agit d'une exception dans le paysage de l'ensemble des prestations familiales.**

C'est pourquoi il est proposé d'harmoniser la date d'effet de ce versement sur les autres prestations familiales – allocations familiales, complément familial, allocation de soutien familial, aides au logement, prime à la naissance ou à l'adoption et complément de libre choix d'activité de la PAJE – qui sont versées à compter du mois suivant celui où les conditions d'ouverture de droit sont réunies. Conformément à ce cadre commun, l'allocation de base de la PAJE sera désormais versée le mois suivant le mois de la naissance de l'enfant.

En année pleine, cette mesure devrait permettre de minorer les dépenses de la branche famille de l'ordre de 64 millions d'euros.

Le renforcement des dispositifs de lutte contre la fraude

Les outils juridiques et techniques mis à disposition des caisses de Sécurité sociale ont permis d'intensifier la lutte contre la fraude aux prestations et cotisations sociales.

Grâce au Répertoire National Commun de la Protection Sociale (RNCPS) et au fichier national des bénéficiaires de la branche famille, la délivrance de prestations indues a été limitée. En outre, les échanges d'informations entre administrations publiques assurent une fiabilisation accrue des données concernant les assurés, notamment celles relatives à leurs ressources. Enfin, le dispositif de pénalités administratives a été élargi pour être rendu plus efficace et dissuasif.

Ainsi, le nombre de fraudes détectées et les montants associés sont en augmentation constante depuis plusieurs années. En 2009, le montant total des fraudes détectées s'est élevé à 241 millions d'euros, en hausse de 19% par rapport à 2007 et la lutte contre le travail dissimulé et la fraude aux cotisations sociales a conduit à une augmentation de 20 % des redressements opérés par rapport à 2008, à hauteur de 130 millions d'euros.

Le PLFSS pour 2011 renforce les outils qui seront à disposition des organismes pour dissuader les fraudes aux prestations et cotisations sociales.

Ainsi, les personnes qui exercent une activité non autorisée mais rémunérée pendant un arrêt maladie pourront faire l'objet de sanctions qui s'ajouteront au remboursement de l'indemnité journalière. Cette mesure doit permettre, dans un contexte de croissance importante des indemnités journalières (+ 4,9% sur les 7 premiers mois de 2010), de sanctionner des arrêts maladies injustifiés.

Par ailleurs, des sanctions sont créées vis-à-vis des entreprises qui ne produisent pas les documents nécessaires, notamment en termes d'assiette, permettant de déterminer le montant de la Contribution Sociale de Solidarité des Sociétés (C3S), contribution qui assujettit au taux de 0,16% le chiffre d'affaire des entreprises et qui est essentielle au financement de la sécurité sociale par son rendement de 5,5 milliards d'euros.

Fonds de performance de la Sécurité sociale

Les organismes de Sécurité sociale doivent participer à l'effort collectif de maîtrise de la dépense publique, de recherche d'économies de gestion tout en poursuivant leurs efforts pour améliorer leur qualité de service. Ils sont notamment engagés dans des processus de rationalisation de leur gestion (fusion des caisses, mutualisation de fonctions supports, dématérialisation).

L'Etat anime cette démarche de progrès dans le cadre des Conventions d'Objectifs et de Gestion (COG) qu'il conclut avec les caisses nationales. Toutefois, des projets de modernisation peuvent avoir un intérêt transversal pour plusieurs branches ou régimes, ou nécessiter des expertises approfondies, comme par exemple le développement du RNCPS.

Le fonds de performance dont la création est proposée dans le cadre du PLFSS pour 2011 a vocation à financer ces travaux d'accompagnement à la modernisation présentant un intérêt commun pour les différentes branches de la Sécurité sociale.

Le fonds de performance pourra par exemple appuyer la politique de mutualisation des achats, de développement de la relation dématérialisée avec les assurés, ou de traitement transversal de certains sujets de ressources humaines (élaboration de plans en faveur de l'emploi des Séniors).

Le financement du fonds de performance sera assuré par un prélèvement sur les crédits prévus dans les COG, donc à enveloppe constante. Les travaux qu'il financera permettront de réaliser des économies estimées à 30 millions d'euros dès 2012, puis de l'ordre de 50 millions d'euros par an les années suivantes.

L'Union des Caisses Nationales de Sécurité Sociale (UCANSS) assurera la gestion administrative et comptable du fonds de performance.