



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE
ET DES FINANCES

Communiqué de presse

Communiqué de presse

www.social-sante.gouv.fr

www.economie.gouv.fr

Paris, le 1^{er} octobre 2012

Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2013 : une nouvelle étape du redressement des comptes de la sécurité sociale

Marisol TOURAINE, ministre des affaires sociales et de la santé, et Jérôme CAHUZAC, ministre délégué chargé du budget, ont présidé ce jour la Commission des comptes de la sécurité sociale portant sur les prévisions 2012 et 2013. Ils ont présenté à cette occasion le contenu du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2013.

Le redressement des comptes sociaux engagé par le gouvernement s'inscrit dans sa stratégie globale de finances publiques. Ramener le déficit des finances publiques à 3% en 2013 est un impératif. C'est une condition du retour de la croissance. Il en va de la crédibilité et de la souveraineté de la France.

Après une loi de finances rectificative d'août 2012 qui apporte 5,2 milliards d'euros de ressources nouvelles à la sécurité sociale en 2013, le PLFSS 2013 constitue une nouvelle étape de redressement des comptes sociaux.

Le déficit du régime général et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) sera ramené à 13,9 milliards d'euros en 2013. Il sera ainsi amélioré de 3,5 milliards d'euros par rapport à 2012, de 5,8 milliards d'euros par rapport à la tendance.

3,4 milliards de recettes nouvelles seront apportées au régime général et au FSV. Ce sont d'abord des mesures de justice qui visent à faire contribuer chacun en fonction de ses moyens. Le PLFSS fait également appel à la solidarité entre générations dans la perspective de la réforme de la dépendance. Il comporte des mesures fiscales venant à l'appui de la stratégie de santé publique du gouvernement en matière de lutte contre la consommation d'alcool et le tabagisme.

2,1 milliards d'euros d'économies pour le régime général (2,4 milliards d'euros pour tous les régimes de sécurité sociale) seront réalisées. Le niveau de remboursement des dépenses de santé sera préservé.

La progression de l'ONDAM est fixée à +2,7% en 2013.

Cette progression du niveau de l'ONDAM permettra d'investir pour l'avenir de notre système de santé :

- Les soins ambulatoires de proximité seront développés notamment dans les zones fragiles, avec des modalités innovantes : rémunération d'équipes de professionnels de proximité et création de postes de praticiens locaux de médecine générale.



- L'hôpital public sera réhabilité dans ses missions de service public et des moyens supplémentaires seront consacrés à l'investissement hospitalier.
- Les moyens dédiés à la prise en charge des personnes âgées et handicapées progresseront de 4%, et un parcours de soins pour les personnes âgées véritablement décloisonné sera expérimenté.

Le PLFSS 2013 permettra également de financer des mesures de justice et faire ainsi progresser la protection sociale de Français :

- les exploitants agricoles bénéficieront désormais d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident de la vie privée ainsi que, pour ceux qui ont dû cesser leur activité en raison d'une maladie ou d'une infirmité, de points gratuits de retraite proportionnelle ;
- l'accès à l'IVG sera amélioré : il sera pris en charge à 100% et ses tarifs seront revalorisés pour être mis en cohérence avec ses coûts réels pour les établissements de santé ;
- Les victimes d'accident du travail ou de maladies professionnelles ayant besoin d'une aide humaine pour accomplir les actes de la vie quotidienne bénéficieront d'une prestation calculée selon leurs besoins réels ;
- Le versement en tiers payant du complément de mode de garde pour les familles modestes sera expérimenté afin de favoriser l'accès à l'emploi des parents.

Au-delà du PLFSS 2013, le gouvernement entend rétablir l'équilibre de la sécurité sociale dans le cadre d'un dialogue associant les partenaires sociaux et l'ensemble des parties prenantes, sur la base des orientations tracées lors de la grande conférence sociale des 9 et 10 juillet 2012.

Le Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale, installé le 26 septembre par le Premier Ministre, étudiera les scénarios à même de concilier au mieux les besoins de financement de notre protection sociale et le renforcement de la compétitivité de notre industrie. Au printemps 2013, une concertation sera engagée sur les retraites en s'appuyant sur le diagnostic établi au préalable par le Conseil d'Orientation des Retraites: il s'agira à la fois de remédier aux déficiences de nos régimes de retraite en termes d'équité mais aussi de les inscrire dans un cadre financier durablement équilibré.

Contacts presse :

Cabinet de Marisol TOURAINE : 01 40 56 60 65
Cabinet de Jérôme CAHUZAC : 01 53 18 43 08

2013

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Présenté par

Marisol Touraine
Ministre des Affaires sociales
et de la Santé

Pierre Moscovici
Ministre de l'Économie
et des Finances

Michèle Delaunay
Ministre déléguée chargée
des personnes âgées
et de l'autonomie

Jérôme Cahuzac
Ministre délégué chargé
du Budget

Dominique Bertinotti
Ministre déléguée chargée
de la famille

Marie-Arlette Carlotti
Ministre déléguée chargée
des personnes handicapées
et de la lutte contre l'exclusion

Commission des Comptes de la Sécurité sociale

1^{er} octobre 2012

Sommaire

- 1 - Engager le redressement des comptes de la Sécurité sociale**
- 2 - Préserver l'avenir de notre système de santé**
- 3 - Consolider notre protection sociale, en particulier pour les plus fragiles**
- 4 - Rendre les prélèvements sociaux plus justes**



Engager le redressement des comptes de la sécurité sociale

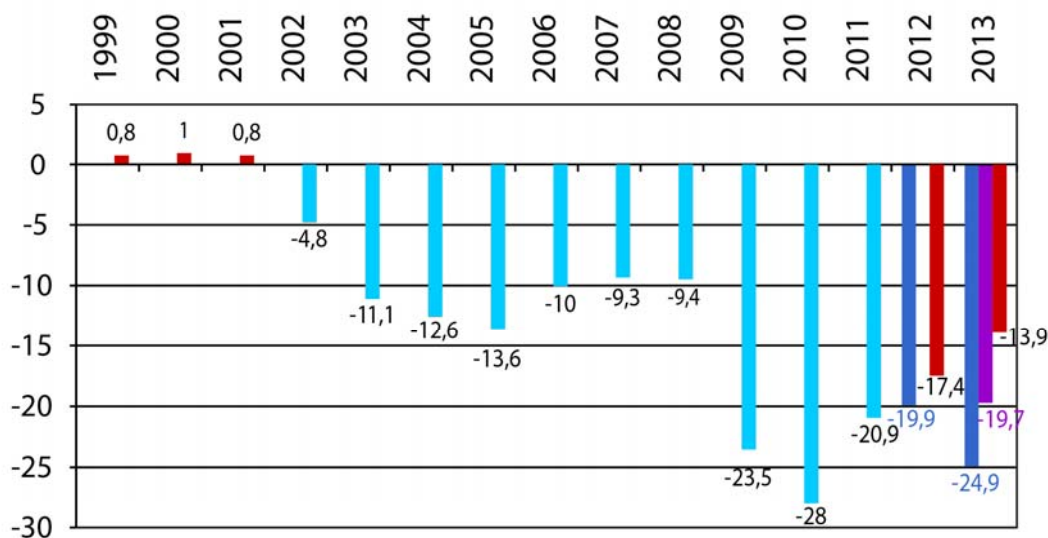
Engager le redressement des comptes de la Sécurité sociale

Le redressement des comptes sociaux engagé à travers la loi de finances rectificative d'août 2012 et le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013 (PLFSS 2013) s'inscrit dans le respect des valeurs de justice et de solidarité qui constituent le socle fondateur de notre système de protection sociale et qui guident l'action de ce gouvernement.

La justice exige que tous contribuent en fonction de leurs moyens, la solidarité que chacun reçoive des prestations adaptées à ses besoins.

Dix années de déficit des comptes sociaux menacent la pérennité de notre système de protection sociale

De 2002 à 2012, le cumul des déficits de la Sécurité sociale - régime général (RG) et fonds de solidarité vieillesse (FSV) - a atteint 160 milliards d'euros. Ces niveaux de déficit mettent en péril notre protection sociale.



Solde annuel du régime général et du FSV de 1999 à 2013

En bleu foncé, soldes 2012 et 2013 en l'absence de mesures LFR 2012 et LFSS 2013

En violet, solde 2013 après LFR 2012 et avant LFSS 2013

Le redressement des comptes sociaux engagé par le gouvernement s'inscrit dans sa stratégie globale de redressement des finances publiques. Ramener le déficit des finances publiques à 3% en 2013 est un impératif. C'est une condition du retour de la croissance. Il en va de la crédibilité et de la souveraineté de la France.

Les dépenses de Sécurité sociale sont des dépenses courantes : il est injustifié d'en reporter le financement sur les générations futures. Assurer la pérennité de notre système de protection sociale passe par le retour à l'équilibre des comptes sociaux.

Si aucune mesure nouvelle n'avait été prise à l'été 2012 en loi de finances rectificative et en l'absence de nouvelles dispositions dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013, le déficit du régime général et du fonds de solidarité vieillesse atteindrait 24,9 milliards d'euros fin 2013.

La LFR de l'été 2012 a engagé le redressement des comptes de la Sécurité sociale

Dès l'été 2012, le gouvernement a présenté une loi de finances rectificative permettant d'amorcer le redressement des comptes publics.

Cette loi a apporté 1,5 milliards d'euros de recettes nouvelles à la Sécurité sociale et assuré le financement de plusieurs mesures de justice correspondant à des engagements pris par le Président de la République devant les Français : majoration de 25% de l'allocation de rentrée scolaire bénéficiant aux familles modestes, rétablissement de la possibilité de départ en retraite à 60 ans pour les assurés ayant commencé à travailler tôt. Le niveau des dépenses d'assurance maladie constaté à mi-2012 permet de réduire le niveau de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour 2012 de 350 millions d'euros. S'ajoutent diverses améliorations en recettes et en dépenses ainsi que l'impact de dispositions rectificatives en loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013.

Le déficit du régime général et du fonds de solidarité vieillesse sera ainsi ramené fin 2012 à 17,4 milliards d'euros (contre 20,9 milliards d'euros fin 2011 et une prévision tendancielle de 19,9 milliards d'euros avant la loi de finances rectificative).

	Solde 2011	Solde 2012 avant LFR	Solde 2012
Maladie	-8,6	-6,8	-5,5
AT/MP	-0,2	-0,1	-0,1
Vieillesse	-6	-5,8	-5,2
Famille	-2,6	-2,7	-2,5
Total Régime général	-17,4	-15,5	-13,3
FSV	-3,4	-4,4	-4,1
Total RG+FSV	-20,9	-19,9	-17,4

Le PLFSS 2013 est une nouvelle étape du redressement des comptes sociaux

En 2013, les mesures décidées en loi de finances rectificative 2012 améliorent le solde du régime général et du fonds de solidarité vieillesse de 5,2 milliards d'euros par rapport à son évolution tendancielle.

Le PLFSS 2013 constitue une nouvelle étape de redressement des comptes sociaux. Il permettra de ramener le déficit du régime général et du fonds de solidarité vieillesse à 13,9 milliards d'euros en 2013 : ce déficit sera donc réduit de 3,5 milliards d'euros par rapport à 2012 et de 7 milliards d'euros par rapport à 2011.

Compte tenu du niveau de croissance retenu pour 2013 (+0,8%), le déficit 2013 s'établirait à 24,9 milliards d'euros sans les mesures de la loi de finances rectificative et du PLFSS, à 19,7 milliards d'euros sans les mesures prévues dans le PLFSS.

	Solde 2012	Solde 2013 Avant LFR et LFSS	Solde 2013 post-LFR avant LFSS	Solde 2013
Maladie	-5,5	-9,1	-8,7	-5,1
AT/MP	-0,1	-0,2	-0,2	+0,3
Vieillesse	-5,2	-7,4	-4	-4
Famille	-2,5	-3,3	-3,3	-2,6
Total Régime général	-13,3	-20	-16,1	-11,4
FSV	-4,1	-4,9	-3,6	-2,6
Total RG+FSV	-17,4	-24,9	-19,7	-13,9

Le PLFSS 2013 prévoit un effort de 5,5 milliards d'euros en dépenses et en recettes pour le régime général et le fonds de solidarité vieillesse

Les mesures prévues à travers le PLFSS 2013 représentent un effort de 5,5 milliards d'euros sur le champ régime général + fonds de solidarité vieillesse, dont 3,4 milliards d'euros en recettes et 2,1 milliards d'euros en dépenses.

Les mesures de recettes permettront d'apporter 3,4 milliards d'euros de recettes nouvelles au régime général et au fonds de solidarité vieillesse.

Pour redresser les comptes de la Sécurité sociale, le gouvernement s'est refusé à toute augmentation générale et indifférenciée des prélèvements. Il a supprimé par la loi de finances rectificative d'août 2012 la TVA dite « sociale ».

Les mesures de recettes du PLFSS 2013 sont des mesures de justice qui visent à faire contribuer chacun en fonction de ses moyens¹. Ainsi, à titre d'illustration :

- Les travailleurs indépendants cotiseront à l'assurance maladie à un taux proportionnel à l'ensemble de leurs revenus d'activité, alors que ces cotisations sont aujourd'hui plafonnées (elles ne concernent pas la tranche de revenu supérieure à 181 860 euros). La cotisation minimale sera abaissée.
- Les particuliers employeurs cotiseront sur le salaire réel, comme c'est la règle pour l'ensemble des rémunérations, et non sur un forfait. Les droits des salariés concernés, notamment en matière de retraite, seront ainsi améliorés.
- Les élus locaux contribueront au financement de la protection sociale sur leurs indemnités supérieures à 18 186 euros par an, dans les conditions qui s'appliquent aux salaires.

Le PLFSS 2013 fait également appel à la solidarité entre générations dans la perspective de la réforme de la dépendance. L'aide à l'autonomie est aujourd'hui financée par les actifs notamment à travers la Contribution solidarité autonomie (CSA). Cette contribution de 0,3%, acquittée par les employeurs, correspond à une journée de travail supplémentaire. Le Président de la République s'est engagé à mettre en œuvre une réforme du dispositif actuel qui laisse une charge trop lourde à certaines familles. Les retraités seront appelés à contribuer à son financement par une Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie à hauteur de 0,15 % en 2013, puis en 2014 à hauteur de 0,3%. Cette mesure ne concerne pas les retraités les plus modestes, non imposables et dont les pensions ne sont pas soumises à CSG. En 2013, l'effort ainsi consenti viendra abonder les ressources du fonds de solidarité vieillesse, donc la prise en charge des dépenses de solidarité de nos régimes de retraite (notamment la prise en charge des cotisations des chômeurs dont la charge augmente avec le chômage).

Dans le cadre de sa stratégie de santé publique, le gouvernement souhaite lutter contre la consommation d'alcool et le tabagisme. Les droits applicables à la bière et au tabac seront augmentés.

Les mesures de recettes du PLFSS 2013 apporteront à l'ensemble des administrations publiques, au-delà du régime général et du fonds de solidarité vieillesse, 5 milliards d'euros.

Les économies en dépenses s'élèveront à 2,1 milliards d'euros pour le régime général (2,4 milliards d'euros pour tous les régimes de sécurité sociale). Elles seront réalisées

¹ L'ensemble de ces mesures de recettes sont décrites au chapitre V de ce dossier

en limitant la progression de l'Ondam à +2,7% en 2013 alors que son évolution tendancielle est de +4,1%. Le niveau de remboursement des dépenses de santé sera préservé.

Au-delà de la LFSS 2013, la poursuite du redressement

Au cœur de notre pacte républicain, la Sécurité sociale incarne la solidarité qui unit nos concitoyens. Elle contribue à la justice sociale et constitue un gage de sécurité pour tous. Elle serait fragilisée si elle devait continuer à vivre à crédit. Le redressement significatif engagé par le PLFSS 2013 devra donc être poursuivi.

Le gouvernement entend rétablir l'équilibre de la Sécurité sociale dans le cadre d'un dialogue associant les partenaires sociaux et l'ensemble des parties prenantes, sur la base des orientations tracées lors de la grande conférence sociale des 9 et 10 juillet 2012.

Le Premier Ministre a installé le 26 septembre le Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale. Il appartiendra à cette instance d'étudier les scénarios à même de concilier au mieux la nécessité de financer les besoins sociaux et l'exigence de renforcer la compétitivité de notre industrie.

Au printemps 2013, une concertation sera engagée sur les retraites en s'appuyant sur le diagnostic établi par le Conseil d'Orientation des Retraites et sur des scénarios établis par un comité *ad hoc*. Il s'agit d'une échéance importante : il nous faudra remédier à la fois aux déficiences de nos régimes de retraite en termes d'équité mais aussi les inscrire dans un cadre financier durablement équilibré.

Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) et le Haut Conseil pour la Famille (HCF) seront également mobilisés pour s'assurer de la pertinence des dépenses de soins et de l'adéquation des prestations familiales aux besoins réels des Français.

Enfin, conformément aux engagements du Président de la République, le dispositif actuel d'aides aux personnes dépendantes, qui laisse une charge trop lourde à certaines familles, sera réexaminé dans le cadre d'une réflexion plus large sur l'adaptation de notre société au vieillissement de la population.



Préserver l'avenir de notre système de santé

Ondam : exécution 2012 et objectifs 2013

L'exécution de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie 2012 (Ondam) traduit l'engagement du gouvernement dans la maîtrise des dépenses publiques. Le ralentissement du rythme d'évolution des dépenses conduit à une prévision d'exécution de 350 millions d'euros inférieure à l'objectif fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, malgré la réintroduction de 280 millions d'euros initialement non budgétés, à la suite d'observations de la Cour des Comptes.

En 2013, le taux de croissance de l'Ondam est porté de 2,5% à 2,7%. Ce choix marque la priorité accordée par le gouvernement à la protection sociale des Français, encore plus importante en période de crise.

L'Ondam 2013 traduit ainsi des choix forts de priorités, inscrits dans la stratégie nationale de santé annoncée par le Premier ministre dans son discours de politique générale :

- Un taux d'évolution des dépenses de soins de ville en augmentation par rapport à 2012, cohérent avec la nécessité de développer les soins ambulatoires et l'engagement de réformes structurelles en faveur des soins de proximité ;
- Un effort d'investissement en faveur de l'hôpital, permettant de moderniser notre système hospitalier et de l'adapter aux nouveaux enjeux auxquels il doit faire face;
- La préservation des moyens destinés à améliorer la prise en charge des personnes âgées et handicapées ;
- La réalisation d'économies grâce à des efforts d'efficience, qui ne vont pas à l'encontre des patients.

Le redressement des comptes sociaux ne peut en effet être effectué au détriment de la santé des Français.

L'exécution de l'Ondam 2012 traduit le respect des engagements pris par la France en matière de maîtrise des dépenses publiques

L'exécution de l'Ondam 2012 traduit l'engagement du gouvernement dans la maîtrise des dépenses publiques.

La Commission des comptes de la sécurité sociale prévoit le respect de l'Ondam 2012 voté par le parlement. Au vu des dernières informations disponibles, elle prévoit une sous-exécution de 350 millions d'euros à la fin 2012 sur l'ensemble du champ de l'Ondam.

La prévision d'exécution se décompose comme suit :

- sur les soins de ville, une prévision d'exécution de 350 millions d'euros inférieure à l'objectif fixé par la LFSS pour 2012, malgré la réintroduction de 280 millions d'euros initialement non budgétés, à la suite d'observations de la Cour des Comptes, en raison du ralentissement du rythme d'évolution des dépenses. La prise en compte dès l'automne de cette prévision de sous-exécution traduit la sincérité des prévisions mise en œuvre par le gouvernement ;
- une prévision d'exécution à l'objectif pour l'Ondam hospitalier. Il est toutefois à noter que les décisions prises par le précédent gouvernement au cours des dernières années, qui ont privé les établissements hospitaliers de moyens dont ils auraient dû bénéficier du fait notamment de l'application du principe idéologique de convergence tarifaire entre établissements publics et privés, ainsi que les difficultés d'accès au crédit actuellement rencontrées, placent aujourd'hui certains établissements de santé dans une situation de tension accrue ;
- une prévision d'exécution à l'objectif pour l'Ondam médico-social ainsi que pour les « autres prises en charge ».

Prévision 2012, en milliards d'euros	Base 2012 réactualisée = exécution 2011 définitive	Prévision 2012	Objectifs 2012 arrêtés	Ecart à l'objectif arrêté
Soins de ville	76,7	78,5	78,9	-0,35
Etablissements de santé	72,7	74,6	74,6	0,00
Etablissements et services médico-sociaux	15,8	16,5	16,5	0,00
<i>Dont contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées</i>	7,6	8,0	8,0	0,00
<i>Dont contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées</i>	8,2	8,4	8,4	0,00
Autres prises en charge	1,2	1,2	1,2	0,00
ONDAM TOTAL	166,4	170,8	171,1	-0,35

L'année 2013 permettra d'investir pour l'avenir du système de santé

L'assurance maladie, solidaire, est au cœur de notre pacte républicain. Le taux d'évolution de l'Ondam, fixé à 2,7%, en hausse de 0,2 point par rapport à 2012, permettra de préserver le niveau des prises en charge et d'investir en faveur de la santé des Français.

Conformément aux engagements pris dans le cadre de la loi de programmation des finances publiques 2012-2017, le montant de l'Ondam sera fixé à 175,4 milliards d'euros pour 2013. Cela représente 4,6 milliards d'euros supplémentaires consacrés à la santé par rapport à 2012.

Un taux d'évolution équilibré pour la ville et l'hôpital, de 2,6%, permettra :

- de traduire un effort structurel en faveur du développement des soins ambulatoires, cohérent avec les évolutions des modes de prise en charge, qui permettra de mettre en œuvre la stratégie de renforcement des soins de proximité ;
- d'assurer le financement de la politique d'investissement hospitalier, consacrée comme l'une des priorités de l'Ondam 2013. En effet, l'augmentation du taux d'Ondam permet d'identifier, en sus des 204 millions d'euros fléchés au sein de l'Ondam hospitalier 2013, une enveloppe supplémentaire à hauteur de 150 millions d'euros en faveur de l'investissement hospitalier.

Un Ondam médico-social en hausse de 4% permettra enfin de marquer l'effort de solidarité en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées.

SYNTHESE 2013	Prévision d'exécution pour 2012 (périmètre de 2013)	Sous-objectifs 2013	Taux d'évolution
ONDAM Soins de ville	78,5	80,5	2,6%
ONDAM hospitalier	74,6	76,5	2,6%
<i>Dont établissements de santé tarifés à l'activité</i>	55,4	56,7	2,4%
<i>Autres dépenses relatives aux établissements de santé</i>	19,2	19,8	3,1%
ONDAM médico-social	16,5	17,1	4,0%
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées</i>	8,0	8,4	4,6%
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées</i>	8,4	8,7	3,3%
Autres prises en charge*	1,2	1,3	5,9%
ONDAM total	170,8	175,4	2,7%

* Ce sous-objectif comprend les dépenses relatives aux soins à l'étranger, au financement des établissements accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, notamment en matière d'addictologie, ainsi qu'à la participation de l'assurance maladie au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

Des mesures d'économie 2013 centrées sur l'efficacité de l'offre de soins

Le rythme spontané des dépenses d'assurance maladie, du fait de la progression des besoins de soins, évolue de 4,1% après intégration des provisions et effets report. Cette progression des besoins de soins résulte notamment d'un nombre croissant de patients soignés pour des pathologies lourdes ou chroniques, mais aussi d'un meilleur accès des patients à l'innovation.

Le respect d'un objectif de dépenses en hausse de 2,7% nécessitera donc un effort d'économie par rapport à cette croissance spontanée de 2,4 milliards d'euros en 2013. Ces mesures d'économies seront avant tout atteintes par une plus grande efficacité du système de soins.

En effet, la maîtrise sur longue durée des dépenses de santé ne doit pas se faire au détriment de la prise en charge des Français mais par une utilisation plus efficace des ressources du système de santé, qui permettra de répondre aux besoins des patients avec un haut niveau de qualité, à un coût maîtrisé. Cela nécessite plus particulièrement de renforcer les soins ambulatoires et de pouvoir s'appuyer sur un secteur hospitalier de haut niveau centré sur son cœur de métier.

C'est pourquoi, conformément à la politique de solidarité menée par le gouvernement et contrairement aux années précédentes, l'Ondam 2013 ne comprendra pas de mesure d'économie à l'encontre des assurés sociaux.

Les mesures d'économies seront donc centrées sur l'efficacité de l'offre de soins.

Pour les **soins de ville**, les mesures d'économies représenteront un montant d'1,76 milliard d'euros et consisteront en :

- des **mesures d'économies sur les produits de santé** à hauteur de 876 millions d'euros. Ces mesures de baisses tarifaires porteront sur les médicaments princeps et génériques ainsi que sur les dispositifs médicaux. La comparaison avec les autres pays européens justifie une mesure de baisse spécifique sur le prix de génériques. Par ailleurs, certains médicaments ne voient pas leur prix baisser lorsque leur brevet arrive à expiration comme c'est le cas quand il existe un générique. Une mesure d'harmonisation des baisses de prix sera donc mise en œuvre, afin de tenir compte des tombées de brevets. Les prix des molécules, au sein d'une même classe thérapeutique, seront également mis en cohérence ;
- des économies à hauteur de 225 millions d'euros relatives aux **professionnels de l'offre de soins ambulatoires**, comportant des baisses tarifaires concernant certaines spécialités médicales et la biologie. Une meilleure efficacité des dépenses de transport de patients, associée à la mise en œuvre de plateformes d'organisation

du transport, permettra de prendre en compte les récentes **observations de la Cour des Comptes** sur l'évolution des dépenses de ce secteur ;

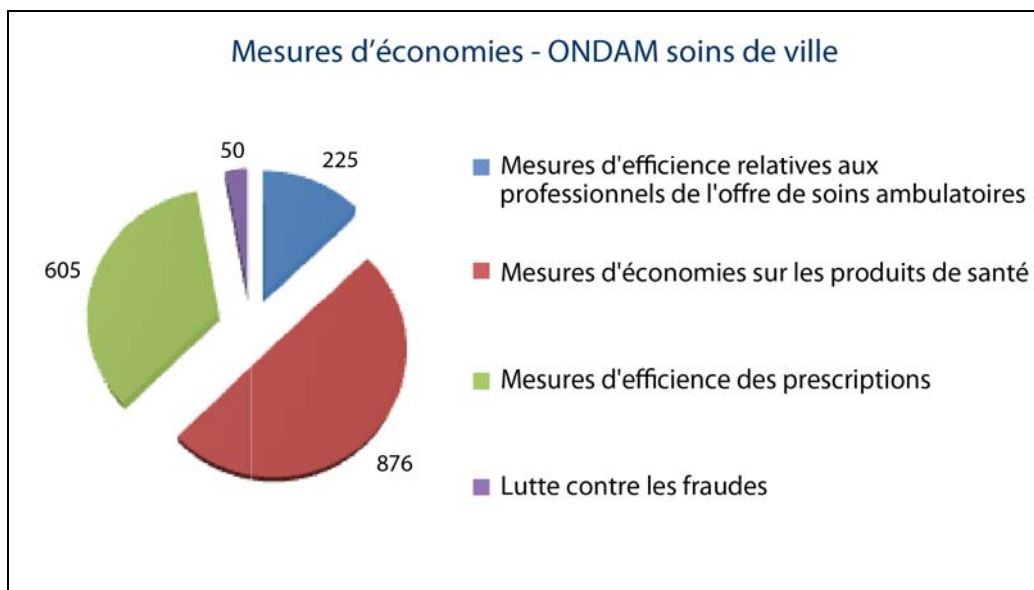
- une action structurelle de **maîtrise des prescriptions et d'amélioration des pratiques**, pour un montant de 605 millions d'euros. Les actions de maîtrise médicalisée des prescriptions viseront notamment à l'augmentation de la prescription dans le répertoire générique et une prescription plus homogène des arrêts de travail grâce à la diffusion de référentiels. La mise en œuvre des accords passés avec les professionnels de santé, et plus particulièrement la rémunération sur objectifs de santé généralisée aux médecins généralistes et aux cardiologues, permettra de soutenir cette politique. Une action de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, permettant de réduire les effets indésirables des médicaments chez les patients âgés, associant les prescripteurs ambulatoires, ainsi qu'un meilleur contrôle de certaines prescriptions d'exception, permettront de compléter ces actions d'efficience ;
- enfin, la lutte contre les fraudes permettra de générer une économie complémentaire de 50 millions d'euros.

Cette action volontariste sur les produits de santé sera soutenue par un encadrement législatif renforcé :

- La possibilité pour les pouvoirs publics, sur des bases scientifiques validées, de permettre la prescription d'une spécialité même lorsque le laboratoire ne demande pas l'autorisation de mise sur le marché pour l'indication concernée.
- Un meilleur encadrement de l'action des visiteurs médicaux à l'hôpital. Ce sont en effet aujourd'hui les prescriptions initiées par l'hôpital qui sont à l'origine de la croissance des prescriptions de médicaments.
- Le renforcement de l'encadrement et des sanctions en matière de publicité sur les produits de santé.

**Mesures d'économies 2013 sur les soins de ville
(en millions d'euros)**

Mesures d'efficience relatives aux professionnels de l'offre de soins ambulatoires	225
Dont baisses tarifaires médecins et biologistes	155
Dont amélioration de l'efficience des prescriptions de transports et harmonisation des remises	70
Mesures d'économies sur les produits de santé	876
Dont baisses de prix des médicaments princeps, baisses de prix des génériques	530
Dont baisses de prix des dispositifs médicaux	75
Dont mise en cohérence des prix des médicaments perdant leur brevet mais non substituables	50
Dont évaluation du service médical rendu de certaines spécialités	26
Dont optimisation de la tarification des génériques	100
Dont mesures de convergence de prix par classe thérapeutique	95
Mesures d'efficience des prescriptions	605
Dont maîtrise médicalisée des médicaments, dispositifs médicaux et autres prescriptions	550
Dont efficience de la prescription des médicaments d'exception	15
Dont lutte contre la iatrogénie médicamenteuse des personnes âgées	15
Dont actions de gestion du risque des ARS (prescriptions hospitalières exécutées en ville, imagerie)	25
Lutte contre les fraudes	50
Total	1756



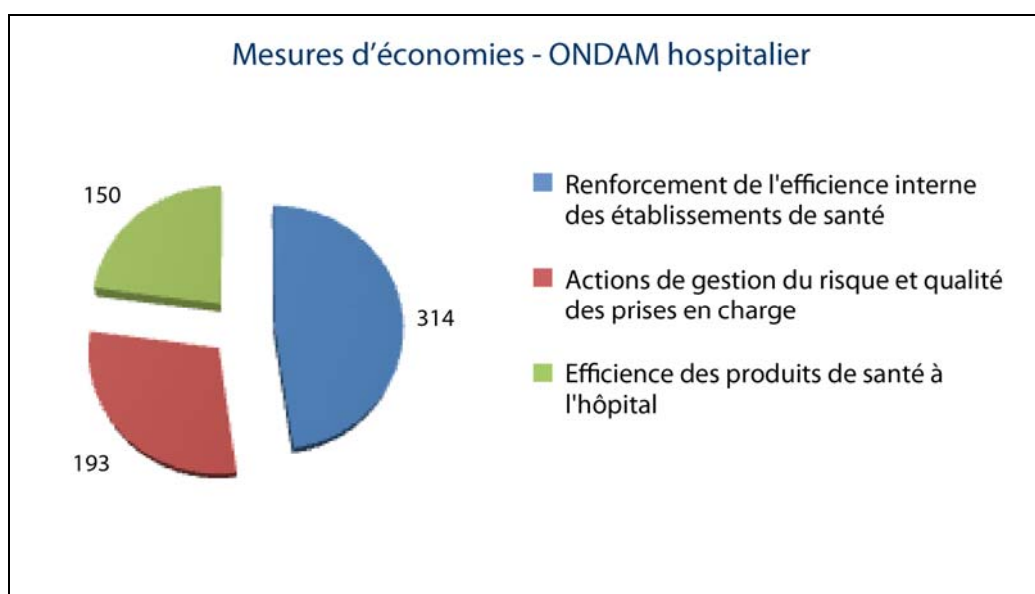
En millions d'euros

Pour les soins hospitaliers, un montant d'économies de 657 millions d'euros sera réalisé.

- L'année 2012 marquera un effort spécifique d'accompagnement des établissements de santé dans le renforcement de leur efficacité interne. L'amélioration de la politique des achats et l'évolution de l'organisation des pharmacies à usage intérieur permettront ainsi de réaliser 314 millions d'euros d'économies.
- Des actions de gestion du risque seront mises en place, afin d'améliorer la pertinence des actes et du recours à l'hospitalisation, ainsi que de développer les techniques les plus efficaces (chirurgie ambulatoire, modalités de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique par dialyse péritonéale et développement des greffes). Il en est attendu une prise en charge plus appropriée des patients, moins coûteuse (193 M€ d'économie), et souvent plus conforme à leurs attentes.
- Un effort particulier sera également réalisé sur les produits de santé facturés à l'assurance maladie en sus du tarif d'hospitalisation, pour un montant total de 150 millions d'euros, notamment dans le cadre de baisses tarifaires.

Mesures d'économies 2013 sur le secteur hospitalier
(en millions d'euros)

Renforcement de l'efficience interne des établissements de santé	314
Rationalisation des achats hospitaliers	250
Amélioration de l'organisation des pharmacies à usage intérieur	64
Actions de gestion du risque et qualité des prises en charge	193
Amélioration de l'efficience des prises en charge (chirurgie ambulatoire, adéquation des DMS...)	123
Renforcement de la pertinence des actes et prises en charge (pertinence des actes, mises sous accord préalable, prise en charge en HAD, soins de suite et de réadaptation)	60
Amélioration de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique	10
Efficience des produits de santé à l'hôpital	150
Baisses de prix sur les médicaments de la liste en sus	50
Baisses de prix des dispositifs médicaux de la liste en sus	40
Adaptation des indications de la liste en sus	60
Total	657



En millions d'euros

Transformer l'organisation des soins

Objectif de la réforme

Engager la réorganisation des soins pour répondre aux évolutions sanitaires et aux changements de la société.

Descriptif de la mesure

Pour faire face à la montée des pathologies chroniques liée au vieillissement de notre société et aux nouvelles attentes des patients, notre système de santé doit évoluer en profondeur. Il s'agit d'organiser davantage les soins autour des patients, en créant de véritables parcours de santé (par exemple pour le diabète), pour mieux mobiliser les soins préventifs, l'éducation thérapeutique et accompagner les patients dans la durée, en cohérence avec les préconisations de l'avis du 22 mars 2012 du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Cette nouvelle organisation marque le début d'une réforme profonde qui s'inscrira dans la stratégie nationale de santé.

Trois mesures engagent dès 2013 cette évolution :

- Le développement des équipes de professionnels de proximité pour assurer de nouveaux services aux patients : prévention, éducation thérapeutique, dépistage... Une négociation conventionnelle sur la rémunération associée à ces services en permettra le déploiement à partir de septembre 2013 ;
- La réponse immédiate au problème aigu des déserts médicaux : 200 médecins seront mobilisés en 2013 pour répondre aux besoins des territoires les plus en difficulté, en appui des médecins en place qui souffrent de l'activité intense à laquelle ils sont confrontés. Un plan dédié et complet sur les déserts médicaux sera mis en œuvre à partir de 2013 ;
- L'expérimentation d'un parcours de soins pour les personnes âgées véritablement décroisées : il s'agit d'organiser de manière transverse les soins des personnes âgées, en décroisant les différentes structures de prise en charge, hôpital, ville et établissements médico-sociaux. Cette organisation permettra d'adapter le système de financement des soins, et apportera aux patients une meilleure lisibilité de leur suivi médical : le bon soin, au bon endroit, et au juste coût.

Impact

L'année 2013 sera une année de montée en charge de ces dispositifs.

Soutenir l'investissement hospitalier et les réformes hospitalières

Objectif de la réforme

Redonner à l'hôpital public les moyens de son action, par le soutien à l'investissement et à l'accompagnement des réformes.

Descriptif de la mesure

Le financement de la politique d'investissement hospitalier est consacré comme l'une des priorités de l'Ondam 2013.

Une enveloppe de 354 millions d'euros sera directement dédiée au financement de l'investissement hospitalier pour soutenir l'effort d'investissement des établissements, en complément des moyens mobilisés dans ce but. En outre, un effort particulier sera réalisé dans le domaine des systèmes d'information hospitaliers (SIH), pour un montant de 64,6 millions d'euros.

En outre, 105 millions d'euros assureront le financement de plusieurs projets prioritaires:

- Recrutement de 4 000 emplois d'avenir en 2013 au sein des établissements de santé ;
- Amélioration des conditions de travail, dans le cadre du Pacte de confiance pour l'hôpital public ;
- Renforcement des critères de qualité et de performance des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) ;
- Aide à l'accompagnement social de l'offre de soins des établissements de santé.

Impact estimé

Les mesures en faveur de la conduite des réformes au sein de l'hôpital public sont génératrices d'une meilleure qualité des soins rendus ainsi que de gains d'efficience, de productivité et donc d'économies à terme. Le soutien à l'investissement est un levier permettant aux établissements de santé d'adapter leur organisation aux besoins et donc d'améliorer leur performance générale.

Supprimer la convergence tarifaire entre les secteurs public et privé

Objectif de la réforme

Reconnaître les spécificités des charges et des obligations des établissements publics de santé et réintroduire dans la loi la notion de service public hospitalier.

Descriptif de la mesure

La mesure met fin à la convergence des tarifs entre le secteur public et le secteur privé.

En effet, le principe même de la convergence tarifaire était purement idéologique.

D'une part, le rapprochement des tarifs, alors même qu'ils reposent sur des coûts moyens objectivement différents, ne prend pas en compte la globalité des contraintes des établissements publics de santé.

D'autre part, des différences fondamentales existent entre les établissements de santé, qu'il s'agisse des modes de prises en charge, des contraintes d'organisation, des populations accueillies et prises en charge ou de la capacité de programmation de l'activité.

Impact

L'arrêt de la convergence va permettre une plus juste répartition des ressources entre catégories d'établissements de santé.

Cette mesure est la conséquence directe de la réintroduction du service public hospitalier dans la loi.

Il est en effet nécessaire de prendre en compte le fait que les secteurs public et privé ont des obligations différentes : les secteurs publics et privés à but non lucratif sont notamment garants d'une accessibilité financière, composante du service public hospitalier, dont les surcoûts justifient le maintien d'une double échelle tarifaire et donc l'arrêt de la convergence tarifaire.

Des mesures d'efficience sur les produits de santé

La construction de l'Ondam prévoit des **mesures d'économies sur les produits de santé** à hauteur de 876 millions d'euros pour les soins de ville, et de 150 millions d'euros pour l'hôpital.

Un effort d'économie sur le médicament

Ces mesures de baisses tarifaires porteront sur les médicaments princeps et génériques ainsi que sur les dispositifs médicaux.

La comparaison avec les autres pays européens justifie une mesure de baisse spécifique sur le prix de génériques.

Certains médicaments ne voient pas leur prix baisser lorsque leur brevet arrive à expiration comme c'est le cas lorsqu'il existe un générique. Une mesure d'harmonisation des baisses de prix sera donc mise en œuvre, afin de tenir compte des tombées de brevets.

La mise en cohérence des tarifs entre molécules, au sein d'une même classe thérapeutique, permettra une économie.

De même, à l'hôpital, la liste des médicaments et des dispositifs médicaux financés en sus du tarif d'hospitalisation sera adaptée tandis que des baisses de prix seront effectuées sur ces produits.

Permettre l'utilisation de médicaments dans certaines indications pour lesquelles le laboratoire se refuse à demander une autorisation de mise sur le marché

Certains laboratoires développent des stratégies commerciales qui les conduisent à commercialiser une même molécule sous des noms de marque différents et à ne pas demander à bénéficier de l'autorisation de mise sur le marché, pour chaque marque, pour l'ensemble des indications possibles. C'est le laboratoire qui effectue la demande d'autorisation de mise sur le marché (AMM) en précisant les indications auxquelles est destinée la spécialité.

Cette stratégie leur permet d'optimiser les tarifs de leurs médicaments. En effet, cela conduit certains laboratoires à être en situation de monopole pour le traitement d'une pathologie, alors que d'autres spécialités auraient pu être utilisées si elles avaient demandé l'autorisation de mise sur le marché dans cette indication. Cette situation de monopole, renforcée depuis l'interdiction d'utilisation hors AMM instaurée par la loi Médicament de 2011, les aide à obtenir des prix plus élevés.

C'est pourquoi il est prévu d'étendre la possibilité, pour l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM), d'élaborer une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) dans ce cas.

La RTU permet aujourd'hui à l'ANSM de recommander et d'encadrer l'utilisation d'un médicament qui n'a pas obtenu d'AMM dans l'indication concernée, lorsqu'il n'existe pas d'alternative thérapeutique. Il est prévu, dans des situations exceptionnelles et lorsque le laboratoire ne souhaite pas demander une extension de son AMM, de pouvoir mettre en œuvre une RTU même lorsqu'il existe une alternative thérapeutique dans cette indication et ce pour répondre soit à un impératif de santé publique (comme celui de la sécurisation des prescriptions hors AMM), soit à une exigence de maîtrise des dépenses de l'assurance maladie.

Cette mesure représente un gisement d'économies particulièrement important tout en répondant à la demande des prescripteurs.

Mieux encadrer la visite médicale à l'hôpital

La visite médicale en milieu hospitalier avait fait l'objet, par la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du 29 décembre 2011, d'un encadrement sous forme d'une expérimentation, pour une durée limitée (ne pouvant excéder deux ans), qui imposait la pratique de la visite médicale sous forme collective, pour un nombre très limité de produits de santé, dans des conditions définies par une convention conclue entre chaque établissement de santé et chaque laboratoire exploitant de produit promu.

Afin d'aller au bout de la logique du dispositif et d'améliorer la qualité des soins, l'expérimentation de la visite médicale dite collective à l'hôpital sera remplacée par une disposition pérenne, son champ d'application sera élargi à l'ensemble des médicaments et sa mise en place simplifiée.

Il sera ainsi fait obligation aux établissements de santé d'encadrer les modalités d'accueil de la visite médicale sous forme collective dans leur règlement intérieur. La signature des multiples conventions avec chaque laboratoire, qui aurait mobilisé de très importantes ressources au sein des établissements de santé, sera supprimée.

Une évaluation par la Haute Autorité de Santé (HAS) des mesures prises par les différents établissements devra permettre d'évaluer l'impact du dispositif sur les volumes et la pertinence des prescriptions hospitalières, et d'étudier le caractère transposable de cette mesure ainsi que de certaines des initiatives qu'auront prises les établissements de santé dans leurs règlements intérieurs, à la médecine de ville et, le cas échéant à l'ensemble des produits de santé (y compris les dispositifs médicaux).

Renforcer l'encadrement de la publicité pour les produits de santé

La publicité pour les produits de santé augmente le risque de dépenses injustifiées par l'assurance maladie.

Les règles applicables à la publicité sur les produits de santé comprennent deux lacunes:

- d'une part la publicité de spécialités pharmaceutiques pour le grand public dont le nom commercial est trop similaire à celui d'un médicament remboursable ;
- d'autre part le dispositif d'encadrement de la publicité pour les dispositifs médicaux, très récent et qui nécessite d'être renforcé.

En ce qui concerne les médicaments, la publicité grand public sera interdite pour les médicaments non remboursables lorsque leur nom rappelle celui d'une spécialité remboursable. Une période transitoire est prévue pour les spécialités déjà commercialisées et faisant l'objet de campagnes de publicité. Une sanction pénale est prévue si cette interdiction n'est pas respectée.

En ce qui concerne les dispositifs médicaux, le dispositif actuel d'encadrement de la publicité sera complété : les motifs d'interdiction de publicité seront étendus et des sanctions similaires à celles qui existent pour le médicament seront prévues.

L'effort en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées : un choix de solidarité envers nos concitoyens les plus vulnérables

En 2013, 18,2 milliards d'euros seront consacrés aux établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées, ce qui représente 650 millions d'euros de mesures nouvelles. L'Ondam médico-social progresse de 4%, au sein d'un Ondam global en progression de 2,7%, traduisant ainsi la volonté du Gouvernement d'agir en faveur de nos concitoyens les plus vulnérables, malgré un contexte financier extrêmement difficile.

Donner aux structures existantes les moyens nécessaires à une prise en charge de qualité

Les établissements et services médico-sociaux ont été soumis à une forte contrainte en matière de fonctionnement depuis deux ans. En 2013, le gouvernement rompt avec cette logique puisque le taux de reconduction appliqué aux moyens existants atteindra 1,4%, soit un effort de 255 millions d'euros (contre +137 millions d'euros en 2012).

Le PLFSS prévoit également un plan d'aide à l'investissement de 50 millions d'euros, ce qui permettra la modernisation et la rénovation de 60 à 70 établissements, au profit des personnes âgées et handicapées accueillies, tout en limitant la répercussion des investissements sur les tarifs que les résidents doivent acquitter.

Un effort de 360 millions d'euros supplémentaires en direction des personnes âgées en perte d'autonomie

Au sein de l'Ondam médico-social, les crédits destinés aux personnes âgées bénéficient d'un effort particulièrement important, soit +4,6 %. Les crédits prévus pour les personnes âgées atteindront 9,3 milliards d'euros en 2013, soit 360 millions d'euros de mesures nouvelles.

Parmi ces crédits, 147 millions d'euros sont consacrés à la poursuite de la médicalisation, qui permet une augmentation du taux d'encadrement en EHPAD. La médicalisation est une

priorité absolue pour améliorer la qualité des soins et éviter la maltraitance, avant la création de places nouvelles. En effet, la médicalisation des EHPAD permet une meilleure réponse des professionnels aux épisodes aigus et donc un moindre recours aux solutions d'hospitalisation. Ces crédits permettront à plus de 900 établissements de renouveler leur convention et de créer environ 7 000 emplois.

Des moyens supplémentaires permettront de mener à leur terme les plans Alzheimer (2008-2012) et solidarité grand âge (financement de places nouvelles en EHPAD, SSIAD, accueil de jour et hébergement temporaire). 3200 nouvelles places seront créées en 2013.

Un effort financier accru en faveur des personnes en situation de handicap

Près de 9 milliards d'euros seront consacrés aux établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées, soit 286 millions d'euros de plus qu'en 2012 en hausse de 3,3%.

Outre les rebasages, ces crédits supplémentaires se répartissent entre les mesures nouvelles (126 millions d'euros en comptant l'extension en année pleine des places installées en 2012) et la reconduction des moyens des structures existantes (122 millions d'euros).

Plus de 3000 places pourront ainsi être installées en 2013, conformément aux engagements pris à l'égard des porteurs de projets et, surtout, des personnes handicapées et de leurs familles qui se trouvent aujourd'hui sans solution. Ces créations permettront de répondre aux besoins dans des domaines essentiels comme l'autisme, le handicap psychique, le poly-handicap et le vieillissement des personnes handicapées, tout en développant les services à domicile, conformément au plan pluriannuel de création de places lancé en 2008.

Ces crédits supplémentaires permettront également de desserrer les contraintes qui pèsent sur les structures existantes depuis deux ans, au risque de compromettre leur viabilité.

En tenant les engagements pris et en donnant aux structures existantes les moyens d'assurer une prise en charge de qualité, le gouvernement permet au secteur médico-social de poursuivre son évolution en faveur de l'inclusion des personnes handicapées dans la vie de la Cité.

**Consolider notre
protection sociale,
en particulier pour
les plus fragiles**

Consolider le financement des prestations retraite et famille

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013 (PLFSS 2013) marque la volonté du gouvernement de garantir la pérennité de notre système de retraites par répartition et de consolider la situation de la branche famille.

Pour cela, il poursuit l'effort de redressement des **régimes de retraite** amorcé dans la loi de finances rectificative d'août 2012 :

- En 2012, le déficit de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) sera réduit de près d'1 milliard d'euros par rapport à ce qu'il aurait été en l'absence de mesures de redressement ;
- En 2013, la consolidation se poursuit. Au total, **l'effort en recettes est de 7 milliards d'euros en 2013**, dont la moitié au profit de la CNAV.

En l'absence de mesures de redressement, le déficit de la CNAV aurait ainsi été de 7,4 milliards d'euros en 2013. Il sera presque réduit de moitié, à 4 milliards d'euros.

Au-delà du régime général et du FSV, le PLFSS 2013 consolide également la situation financière de plusieurs régimes par l'apport de recettes nouvelles. 1,1 milliard d'euros est consacré au régime des exploitants agricoles, à celui des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers (CNRACL), à celui des professions libérales (CNAVPL) et à celui des anciens salariés des entreprises du secteur des industries électriques et gazières (CNIEG).

Au-delà du rétablissement de la retraite à 60 ans pour ceux qui ont commencé à travailler jeunes (mesure qui a été mise en place dès juillet et qui est intégralement financée), le gouvernement s'est engagé, avec les partenaires sociaux à la suite de la Grande conférence sociale des 9 et 10 juillet, dans une **démarche de diagnostic puis de concertation sur les évolutions nécessaires de notre système de retraite**, dans le but de pérenniser notre système tout en le rendant plus juste et plus lisible.

Pour la famille, le PLFSS apporte 600 millions d'euros de recettes supplémentaires : le déficit de la branche famille aurait dû s'élever à 3,3 milliards d'euros. Grâce à l'action du gouvernement, il sera ramené à 2,7 milliards d'euros, ce qui annule l'impact de la crise.

Le gouvernement a ainsi souhaité marquer son attachement à la politique familiale : au total, entre la LFR pour 2012 et le PLFSS 2013, ce sont près d'1 milliard d'euros de ressources nouvelles qui auront été à la branche famille.

Des mesures de justice immédiates

Le PLFSS contient également plusieurs mesures destinées à apporter des réponses immédiates à des problèmes manifestes d'équité dans la couverture sociale.

L'amélioration de la protection sociale des exploitants agricoles

Le PLFSS pour 2013 contient **deux mesures** en faveur de la protection sociale des exploitants agricoles.

Tout d'abord, les exploitants agricoles ne peuvent pas, aujourd'hui, bénéficier d'indemnités journalières lorsqu'ils doivent interrompre leur activité professionnelle du fait d'une maladie ou d'un accident de la vie privée. Ils bénéficient seulement d'une couverture en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

Aussi, le PLFSS 2013 prévoit d'étendre la couverture sociale des exploitants agricoles en leur permettant de **bénéficier d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident de la vie privée**.

Le dispositif proposé sera autofinancé et auto-équilibré, géré dans le respect du principe de la pluralité d'assureurs qui régit le fonctionnement de l'assurance maladie des exploitants agricoles depuis 1961. Les prestations, versées après un délai de carence raccourci en cas d'hospitalisation, seront forfaitaires et financées par une cotisation également forfaitaire couvrant l'ensemble des non salariés agricoles de l'exploitation.

Les modalités d'application seront fixées par décret : il est prévu que le montant de l'indemnité journalière maladie, versé après un délai de carence, soit aligné sur l'indemnité journalière d'accident du travail des exploitants agricoles, soit 20 euros du 1^{er} au 28^{ème} jour, puis 27 euros à compter du 29^{ème} jour. Sous ces hypothèses, le coût global de la mesure sera de 73 millions d'euros, financé par une cotisation forfaitaire d'un montant de 170 euros par an couvrant l'ensemble des non salariés de l'exploitation.

Seconde mesure : conformément à l'engagement pris par le Président de la République, **des points gratuits de retraite proportionnelle seront attribués aux exploitants agricoles qui ont dû cesser leur activité en raison d'une maladie ou d'une infirmité**.

En effet, les non salariés agricoles qui ont dû cesser leur activité en raison d'une maladie ou d'une infirmité ne s'ouvrent des droits qu'à la retraite forfaitaire (276,39 euros par mois au 1^{er} avril 2012). Ils n'ont aucun droit à la retraite proportionnelle.

Aussi, la mesure proposée prévoit d'attribuer un nombre forfaitaire de points de retraite aux personnes concernées : 23 points pour les chefs d'exploitation et 16 points pour les collaborateurs d'exploitation et les aides familiaux.

L'amélioration de l'accès à l'IVG

En 2010, 225 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France. Comme le souligne l'IGAS dans son rapport de 2009 relatif à l'évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des IVG suite à la loi du 4 juillet 2001 : « *La prise en charge des IVG doit donc être organisée comme un élément à part entière de l'offre de soins. Les femmes qui désirent interrompre une grossesse non désirée ont le droit d'être prises en charge : la mise en œuvre du droit à l'IVG correspond à une obligation de service public* ».

L'assurance maladie prend actuellement en charge à 100% les IVG pour les assurées mineures et entre 70% (en ville) et 80% (en établissement de santé) des frais pour les assurées majeures. Il est nécessaire d'améliorer cette prise en charge pour garantir l'égal accès des femmes à l'IVG.

C'est pourquoi le gouvernement souhaite mettre en œuvre le **remboursement de l'IVG à 100% pour toutes les femmes**.

En outre, l'IVG reste globalement sous-financée, ce qui conduit à un désengagement des établissements de santé dans la réalisation de ces actes, comme le montrait l'IGAS. Afin de remédier à cette situation, le gouvernement prévoit de procéder à une **revalorisation des tarifs de l'IVG** pour les mettre en cohérence avec les coûts réels des établissements et garantir un accompagnement suffisant des femmes demandant une IVG.

La prise en charge à 100% de l'IVG représente un coût de 13,5 millions d'euros, auquel s'ajoutera la revalorisation du tarif de l'IVG, soit un coût total de 31,7 millions d'euros.

L'amélioration de la prise en charge des besoins en aide humaine pour les victimes d'ATMP

La majoration pour tierce personne (MTP) est versée aux salariés victimes d'un sinistre professionnel qui ne peuvent effectuer les actes quotidiens sans l'aide d'une tierce personne. Un peu plus de 3 000 personnes en bénéficient à ce jour.

Aujourd'hui, le calcul de cette prestation n'est pas lié aux besoins réels de la personne. Il se fonde sur le montant de la rente versée, liée au dernier salaire. Pour un même besoin d'assistance, les victimes sont donc d'autant mieux prises en charge qu'elles étaient bien rémunérées avant le sinistre.

L'existence d'un montant plancher vient tempérer cet effet, mais son niveau apparaît insuffisant pour les personnes qui ont les besoins d'assistance les plus importants.

La mesure vise à **remplacer la MTP par une nouvelle prestation**, la Prestation d'aide à l'emploi d'une tierce personne. Elle sera fixée exclusivement au regard des besoins d'assistance de la personne victime d'un sinistre professionnel.

Un barème sera en conséquence fixé par voie réglementaire, qui permettra de **mieux différencier le niveau de la prestation, et de mieux prendre en compte les besoins les plus lourds**.

A terme, le montant consacré par la branche ATMP à la prise en charge des besoins en aide humaine devrait doubler et atteindre près de 100 millions d'euros par an.

Le financement de cette mesure sera assuré par une augmentation des cotisations patronales à la branche ATMP.

La possibilité de percevoir toutes ses pensions dès 60 ans pour les travailleurs de l'amiante

Le PLFSS prévoit d'étendre à tous les régimes de retraites la possibilité de liquider sa pension dès 60 ans en cas de carrière complète pour les bénéficiaires d'une allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante. Auparavant, cette possibilité n'était ouverte que dans certains régimes. Des différences de traitement injustifiées seront donc corrigées.

L'amélioration de l'accès à la garde des enfants pour les familles modestes qui travaillent

Contraintes d'avancer les frais de garde, certaines familles modestes peuvent renoncer à faire garder leur enfant pour cette raison. L'accès à l'emploi des parents s'en trouve ainsi dégradé. Dans le même temps, et souvent sur les mêmes territoires, certaines assistantes maternelles gardent moins d'enfants qu'elles ne sont autorisées à le faire, faute de parents en mesure de procéder à l'avance de frais.

Le PLFSS pour 2013 prévoit donc d'autoriser **l'expérimentation, sur certains territoires et pour des familles bénéficiaires du RSA, du versement en tiers payant du complément mode de garde**. Les familles concernées par l'expérimentation seront ainsi dispensées de l'avance de la totalité des frais, puisque l'aide de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) sera directement versée à l'assistante maternelle.



Rendre les prélèvements sociaux plus justes

Rendre les prélèvements sociaux plus justes

L'ensemble des mesures inscrites dans la construction du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013 (PLFSS 2013) apporte 5 milliards d'euros de recettes supplémentaires, dont 3,4 milliards d'euros pour le régime général de Sécurité sociale et le fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Faire contribuer chacun en fonction de ses moyens

Le gouvernement a fait le choix de ne pas recourir à des hausses généralisées d'impôt, mais de faire reposer le redressement des comptes sociaux sur une équité accrue des prélèvements sociaux. L'enjeu est que chacun contribue aux dépenses de solidarité en fonction de ses moyens.

En ne prenant aucune mesure à l'encontre des assurés, ce PLFSS marque en outre une rupture avec les années passées, marquées par des remboursements et reports de charges sur les ménages ou les assurances complémentaires, qui ont mis à contribution les plus fragiles.

Promouvoir la santé publique

Le tabac et l'alcool sont les premières causes de mortalité évitable en France. En complément de sa politique de santé publique, le Gouvernement souhaite s'appuyer sur la fiscalité pour rendre ces produits moins attractifs, notamment pour les jeunes. Les droits sur les tabacs et sur la bière seront en conséquence relevés.

Sauvegarder les régimes de retraite

La situation de certains régimes (professions libérales, agents des collectivités territoriales et des hôpitaux, industries électriques et gazières) exige une augmentation de prélèvements pour assurer le paiement des pensions.

Au-delà, la loi de finances rectificatives de l'été 2012 et le PLFSS pour 2013 apportent près de 7 milliards d'euros à notre système de retraites.

Renforcer la solidarité entre générations et préparer la réforme de la dépendance

En vue de la réforme de la dépendance qui constitue un engagement du Président de la République, une contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie sur les retraites est créée.

Réforme des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants

Objectif de la réforme

Accroître l'équité des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants.

Descriptif de la mesure

Cette réforme vise :

- à rendre proportionnelles les cotisations maladie des indépendants.
 - Pour les cotisants dont le revenu est inférieur à 14 500 euros, qui doivent aujourd'hui payer une cotisation minimale ne pouvant aujourd'hui être inférieure à 945 euros, cette réforme crée une exonération dégressive, allant jusqu'à 307 euros pour les plus bas revenus ;
 - Pour les cotisants dont le revenu dépasse 36 372 euros le taux de cotisation est actuellement réduit de 0,6 point entre 36 7372 euros et 181 860 euros, et il n'y a pas de cotisation maladie sur la partie des revenus dépassant 181 860 euros. Désormais, les cotisations seront au même taux de 6,5% sur les revenus à partir de 14 500 euros ;
- à rapprocher la situation des gérants majoritaires de celle des autres travailleurs indépendants. En effet, les gérants majoritaires bénéficient, à la différence des autres indépendants, d'un abattement de 10% pour frais professionnels, alors qu'ils déduisent déjà leurs frais professionnels du résultat de leur entreprise : le régime actuel revient à déduire les frais deux fois.
- à limiter la possibilité pour les travailleurs indépendants de réduire l'assiette de leurs cotisations sociales en se rémunérant sous forme de dividendes. Désormais, si les dividendes versés dépassent 10% des capitaux propres, ils seront réintégrés dans l'assiette des cotisations sociales. Cette mesure, déjà appliquée aux seules sociétés d'exercice libéral, est étendue aux autres sociétés assujetties à l'impôt sur les sociétés et dirigées par un travailleur indépendant.
- à éviter, enfin, les distorsions de concurrence entre formes d'exercice d'activité indépendante : cette réforme portera donc les cotisations des auto-entrepreneurs à un niveau équivalent à celui des autres travailleurs indépendants.

Impact financier

L'ensemble des mesures produit un rendement net de 1,1 milliard d'euros :

- 150 millions d'euros au titre des auto-entrepreneurs
- 575 millions d'euros pour la suppression de l'abattement pour frais professionnels ;
- 410 millions d'euros pour le déplafonnement ;
- 75 millions d'euros pour le plafonnement des dividendes ;
- la réduction de cotisation minimale représentera une diminution de ressources de 90 millions d'euros.

Hors auto-entrepreneurs, elles accroîtront les prélèvements pour 850 000 travailleurs indépendants mais les allègeront pour 450 000 autres.

Forfait social sur les indemnités de rupture conventionnelle

Objectif de la réforme

Réguler le recours des employeurs aux ruptures conventionnelles en rapprochant leur régime social de celui des salaires.

Descriptif de la mesure

Aujourd'hui, les indemnités versées dans le cadre d'une rupture conventionnelle ne donnent lieu à cotisations sociales que sur le montant dépassant 72 744 euros.

Les ruptures conventionnelles ont été utilisées par certains employeurs comme instrument pour se séparer de salariés, souvent âgés, en échappant aux règles encadrant le licenciement.

La partie de ces indemnités sur laquelle il n'y a pas de cotisations sociales sera soumise à un forfait social de 20% dû par l'employeur.

Impact financier

Le rendement attendu de la mesure s'élève à 330 millions d'euros par an.

Réforme des prélèvements sur le secteur financier

Objectif de la réforme

Supprimer certains avantages spécifiques aux entreprises du secteur financier réduisant leur contribution au financement de la protection sociale.

Descriptif des mesures

Il s'agit de supprimer certaines règles spécifiques en matière de prélèvements dont le bénéfice est concentré sur le secteur financier.

Tout d'abord, l'assiette de la taxe sur les salaires sera élargie pour y intégrer tous les avantages accessoires de rémunération, dans le prolongement du renforcement du forfait social adopté en loi de finances rectificatives d'août 2012.

En outre, une tranche supplémentaire de taxe sur les salaires, au taux marginal de 20% pour les salaires dépassant 150 000 euros, permettra d'adapter la taxe sur les salaires au développement des très hautes rémunérations. Bien que la taxe sur les salaires soit acquittée par plusieurs types d'employeurs, cette réforme fera essentiellement contribuer le secteur financier, qui concentre les plus hauts salaires et les formes annexes de rémunération.

Par ailleurs, les *carried-interests*, qui sont des formes de rémunération des gestionnaires des fonds de capital-risque et d'investissement, sont actuellement exclues de l'assiette des cotisations sociales. Désormais ils seront traités comme des accessoires de rémunération, et seront donc soumis à la CSG-CRDS au taux de 8% et au forfait social de 20% à la charge de l'employeur.

Enfin, l'assiette de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S) du secteur assurantiel sera clarifiée, en l'alignant sur la définition du chiffre d'affaires retenue dans le cadre de la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises.

Impact financier

L'ensemble de ces mesures produit un rendement de 635 millions d'euros :

- réforme de la taxe sur les salaires : 470 millions d'euros ;
- assujettissement des *carried-interests* : 110 millions d'euros ;
- clarification de l'assiette de la C3S : 55 millions d'euros.

Passage aux cotisations sur la base du salaire réel pour les salariés à domicile

Objectif de la réforme

Faire cotiser les employeurs à domicile sur le salaire réel, comme l'ensemble des employeurs, afin de garantir les droits sociaux des salariés.

Descriptif de la mesure

Les particuliers peuvent payer les cotisations sociales des salariés qu'ils emploient à leur domicile soit sur leur salaire réel, soit sur un forfait égal au SMIC. Dans ce dernier cas, les cotisations sociales sont réduites pour les salaires dépassant le SMIC, mais les droits sociaux des salariés concernés (retraite, chômage, indemnités journalières, invalidité...) sont également plus faibles.

Ce dispositif a ainsi pour effet de permettre à l'employeur de choisir le niveau de prélèvements sociaux et le degré de protection sociale de son salarié. Or si le choix pour le forfait est juridiquement conditionné à l'accord du salarié, en pratique, le pouvoir de négociation de celui-ci est réduit, d'autant qu'il n'est pas nécessairement bien informé des conséquences de son choix sur ses droits sociaux.

Or, depuis la suppression en 2011, par la précédente majorité, de l'abattement de cotisations sociales pour les employeurs déclarant « au réel », il est plus avantageux pour les employeurs de choisir le forfait, au détriment des finances publiques et des droits des salariés.

La mesure proposée consiste à supprimer la possibilité de cotiser sur le forfait. Les employeurs devront désormais payer les cotisations sociales sur le salaire réel, ce qui garantira un meilleur niveau de protection sociale aux salariés concernés.

Cette mesure ne touche pas les aides à domicile pour les personnes âgées ou en situation de dépendance ou de handicap, qui bénéficient d'exonérations spécifiques, ou encore les aides spécifiques à la garde des enfants de moins de 6 ans.

Impact financier

En 2013, la mesure rapportera 340 millions d'euros à la sécurité sociale et 135 millions d'euros aux autres régimes sociaux (assurance-chômage, retraite complémentaire).

En contrepartie, les droits des salariés concernés seront renforcés.

Assujettissement des indemnités des élus locaux aux cotisations sociales

Objectif de la réforme

Cette mesure applique aux indemnités des élus locaux les cotisations sociales payées sur les salaires.

Descriptif de la mesure

Aujourd'hui, une partie des élus locaux bénéficie d'un régime dérogatoire pour les indemnités qu'ils perçoivent dans le cadre de leur fonction.

En effet, ils ne sont pas assujettis à cotisations sur leurs indemnités s'ils ont déjà une activité professionnelle, ou s'ils ont déjà un autre mandat. En outre, lorsque les indemnités sont assujetties à cotisations, elles ne le sont que pour la maladie et la vieillesse, et non pour la famille et les accidents de travail et maladies professionnelles (ATMP).

La mesure consiste à assujettir à cotisations sociales l'ensemble des indemnités des élus locaux dès lors que celles-ci sont supérieures à 18 186 euros en 2012, soit la moitié du plafond annuel de la sécurité sociale. Ce seuil permet de ne pas pénaliser ceux qui ne disposent que d'une faible indemnité de fonction : maires des communes de moins de 1000 habitants (soit environ 27 000 maires exclus sur un peu moins de 36 700), adjoints aux maires des villes de moins de 50 000 habitants (soit la quasi-totalité des adjoints aux maires, puisque seuls 700 sur 160 000 adjoints aux maires seront concernés par l'assujettissement). En revanche, l'ensemble des conseillers généraux et régionaux seront assujettis.

Enfin, l'exonération de cotisations d'accident du travail/maladies professionnelles et d'allocations familiales dont bénéficient les élus locaux disparaîtra. Les élus locaux seront donc couverts face au risque d'AT/MP et prendront part au financement des prestations familiales au même titre que tous les assurés sociaux soumis aux règles de droit commun.

Impact financier

Le rendement attendu de la mesure s'élève à 140 millions d'euros par an.

Création d'une contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie

Objectif de la réforme

Avancer sur la voie de la solidarité intergénérationnelle et préparer la réforme de la dépendance en créant une contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) qui portera sur les pensions des retraités imposables.

Descriptif de la mesure

Le Président de la République s'est engagé à mener une réforme de la dépendance pour réduire les charges les plus lourdes pesant sur les personnes âgées dépendantes et leurs familles, dans le cadre d'une loi globale sur le vieillissement.

Il est primordial d'assurer un financement pérenne à cette réforme.

Aujourd'hui, le financement de l'aide aux personnes en perte d'autonomie repose notamment sur les salariés, à travers la journée de solidarité, qui finance la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) de 0,3%, dont le produit est affecté à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Afin de partager l'effort de solidarité entre les générations, il est institué une contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) sur les pensions de retraite. Sa mise en place sera graduelle : son taux sera de 0,15% en 2013 puis de 0,3% en 2014. Les retraités les plus modestes, qui ne sont pas imposables à l'impôt sur le revenu, en seront exemptés.

Le produit de la CASA est affecté à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en vue de la réforme de la dépendance.

Le produit de la CASA sera affecté, en 2013, à titre exceptionnel, au fonds de solidarité vieillesse (FSV), dont la situation financière est dégradée, notamment du fait de la hausse des dépenses de prise en charge des cotisations des chômeurs.

Impact financier

Le rendement de la mesure sera de 350 millions d'euros en 2013 et de 700 millions d'euros en 2014.

Renforcer la fiscalité comportementale sur le tabac et la bière

Objectif de la réforme

Désinciter la consommation de produits dont l'abus est notoirement nocif pour la santé.

Descriptif de la mesure

Le tabac et l'alcool sont en France respectivement la première et la deuxième cause de mortalité évitable. La réduction des excès de consommation, plus particulièrement chez les jeunes, est donc une priorité. A cette fin, il importe non seulement de conduire des actions de prévention, mais aussi de rendre plus difficile l'accès financier à ces produits.

La première mesure vise donc à rehausser le niveau de fiscalité spécifique sur les bières, qui se situe actuellement en France à un niveau particulièrement bas par rapport aux autres pays européens (22^{ème} place sur 27, loin derrière les Pays-Bas, le Royaume-Uni ou l'Irlande). Cela correspondra à une hausse équivalente à 5 centimes sur un demi de bière.

La seconde mesure cible tout d'abord les produits du tabac qui tendent à se substituer à la cigarette, comme le tabac à rouler ou les cigarillos. Il s'agit de leur appliquer la même structure de fiscalité qu'aux cigarettes, qui incite les fabricants à proposer des tarifs plus élevés. Cette mesure entraînera une hausse d'environ 10 % du prix du tabac à rouler, produit dont le marché est particulièrement dynamique (+6,5% sur les premiers mois de 2012) et prisé des plus jeunes consommateurs.

Parallèlement, il est prévu qu'à compter du 1^{er} juillet 2013, la part de la fiscalité s'accroîtra dans le prix de la cigarette et du tabac à rouler, de façon à ce que les hausses de prix profitent davantage aux finances sociales, et moins aux profits des fabricants.

Recette estimée

Le relèvement des droits sur la bière apportera 480 millions d'euros à la sécurité sociale.

Les mesures sur le tabac apporteront 250 millions d'euros en année pleine dont 125 millions d'euros en 2013.

Relèvement de la contribution tarifaire d'acheminement (CTA)

Objectif de la réforme

Assurer le financement du régime de retraite des industries électriques et gazières (IEG).

Descriptif de la mesure

Dans le cadre de la réforme du régime de retraite des industries électriques et gazières (IEG) de 2004, une contribution tarifaire d'acheminement (CTA) a été instaurée sur les tarifs de transport et de distribution d'électricité et de gaz, afin de financer une partie des droits spécifiques du régime.

La recette n'a pas suivi l'évolution des charges, ce qui fragilise le financement du régime des IEG.

Les taux de cette taxe n'ont pas été modifiés lors de leur réexamen en 2010.

Aussi, la mesure proposée consiste à relever les taux de la CTA de façon à garantir un niveau de financement suffisant.

L'impact sur les consommateurs sera très limité :

- Pour une personne seule occupant un logement de 20 m², le surcoût est estimé à 1,17 euros par an, pour un logement exclusivement équipé au gaz ou à l'électricité (pour un total annuel de CTA de respectivement 7,97 euros et 11,83 euros).
- Pour un foyer de 5 personnes pour une maison de 120m², l'impact sera de 4,54 euros par an pour un logement exclusivement équipé au gaz (pour un montant total annuel de CTA de 30,80 euros) et de 3,28 euros pour un logement exclusivement équipé à l'électricité (pour un montant total annuel de CTA de 33,24 euros).

Recette estimée

La recette supplémentaire sera de 160 millions d'euros.

Relèvement des cotisations du régime de retraite des agents des fonctions publiques territoriale et hospitalière et du régime des professions libérales

Objectif de la réforme

Assurer le financement du régime de retraite des agents des fonctions publiques territoriale et hospitalière cotisant à la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) et du régime de base des professions libérales cotisant à la caisse nationale d'assurance-vieillesse des professions libérales (CNAVPL).

Descriptif de la mesure

La CNRACL et la CNAVPL connaissent depuis 2010 des déficits, qui épuisent leurs réserves. La CNRACL a même dû recourir à des avances de trésorerie et des prêts à court terme.

Dans le cadre du PLFSS 2013, il est prévu :

- de transférer à la CNRACL les réserves excédentaires de deux fonds destinés à financer des prestations pour les agents des collectivités locales,
- d'augmenter les taux des cotisations dues par les employeurs (hôpitaux et collectivités territoriales) à la CNRACL de 1,35 point en 2013 et de 1,35 point en 2014 ;
- d'augmenter les taux de cotisations de la CNAVPL de 1,12 point en 2014 (pour les porter à 9,75%) et de 0,35 point en 2014 (pour les porter à 10,1%).

Impact financier

En 2013, ces hausses de cotisations apporteront 630 millions d'euros à la CNRACL et 200 millions d'euros à la CNAVPL.

Mesures en faveur de la lutte contre la fraude aux cotisations

Objectif de la réforme

Renforcer la lutte contre la fraude aux cotisations sociales, notamment le travail dissimulé.

Descriptif des mesures

Les mesures proposées renforcent les instruments de lutte contre le travail dissimulé :

- en complétant les redressements de cotisations en cas de travail dissimulé d'une majoration de 25% ;
- en permettant aux URSSAF de redresser sur la base des salaires réellement versés lorsque les procès-verbaux de leurs partenaires (inspection du travail, police et gendarmerie) le permettent ;
- en permettant d'annuler les exonérations de cotisations sociales dont bénéficient l'entreprise « donneur d'ordres » d'une entreprise sous-traitante responsable de travail dissimulé, si l'entreprise donneur d'ordres n'a pas respecté son obligation de vérifier, lors de la conclusion du contrat, que son sous-traitant respectait ses obligations de déclaration.

Par ailleurs, la récidive par une entreprise d'une erreur de calcul des cotisations ayant déjà fait l'objet d'un précédent redressement donnera lieu à une majoration de 10%.

Les mesures de recettes de la construction du PLFSS

Objectifs	Mesures	Régime général et FSV	Autres organismes champ LFSS	Autres hors LFSS (État, Unédic, régimes complémentaires de retraite)	Total
Équité	Prélèvements sociaux des indépendants	945		115	1060
	Réduction de la cotisation minimale maladie des indépendants	-90			-90
	Cotisations des auto-entrepreneurs			150	150
	Paiement des cotisations sur salaire réel pour les emplois à domicile	340		135	475
	Forfait social sur les indemnités de rupture conventionnelle	330			330
	Réforme de la taxe sur les salaires	470			470
	Hausse de cotisations accidents de travail / maladies professionnelles	200			200
	Statut des élus locaux	140			140
	Alignement du régime social des <i>carried interets</i>	80			80
	Harmonisation de la C3S du secteur des assurances	55			55
Solidarité entre générations	Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie sur les retraites	350			350
Santé publique	Hausse des droits sur le tabac	125			125
	Hausse des droits sur la bière	330	150		480
Régimes de retraite	Contribution tarifaire d'acheminement		160		160
	CNRA (fonction publique hospitalière et territoriale)		630		630
	CNAVPL (professions libérales)		200		170
Suppression de l'abattement sur les plus-values sur les terrains constructibles (mesure PLF) – impact sur les prélèvements sociaux)		150	35	15	200
	Total	3425	1170	415	5015