

2017

DOSSIER DE PRESSE

PROJET
DE LOI DE
FINANCEMENT
DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE

23 SEPTEMBRE 2016

présenté par

MICHEL SAPIN
Ministre de l'Économie
et des Finances

MARISOL TOURAINE
Ministre des Affaires sociales
et de la Santé

CHRISTIAN ECKERT
Secrétaire d'État chargé du
Budget et des Comptes publics

Sommaire

Première partie

Le retour à l'équilibre de la sécurité sociale, dès 2017 **5**

CHAPITRE I-I Le déficit de la sécurité sociale se réduit fortement en 2016 pour atteindre le quasi-équilibre en 20176

En 2016, le déficit du régime général diminue de moitié6

La sécurité sociale à l'équilibre en 20177

Le retour à l'équilibre du FSV d'ici 2020 10

La réduction accélérée de la dette sociale 12

Des compensations d'exonérations nouvelles en contrepartie des effets du Pacte sur les recettes sociales 13

CHAPITRE I-II Les règles des prélèvements s'adaptent toujours plus aux évolutions économiques 14

La clarification des règles sociales applicables aux activités de location de biens entre particuliers 14

L'application de conditions de ressources aux exonérations sociales aujourd'hui accordées sans condition 15

La clarification du rôle des tiers déclarants dans les relations entre les entreprises et les organismes 16

CHAPITRE I-III Les mesures de lutte contre les fraudes, notamment dans le domaine du détachement, sont renforcées 17

De nouvelles mesures pour faciliter la récupération des montants redressés 17

Des actions supplémentaires pour lutter contre les détachements abusifs 17

Une adaptation des procédures de contrôle auprès des particuliers dans le cadre de l'emploi à domicile 18

Deuxième partie

Une sécurité sociale en mouvement pour s'adapter aux parcours des personnes et aux évolutions de la société **19**

CHAPITRE II-I Un système de retraites pérennisé et adapté aux parcours professionnels 21

CHAPITRE II-II Une politique familiale plus juste et mieux adaptée aux besoins des familles 23

CHAPITRE II-III Une protection sociale plus juste et plus efficace pour les travailleurs indépendants	25
Une nouvelle baisse des cotisations sociales pour les travailleurs indépendants aux revenus modestes	25
Des droits sociaux améliorés et plus accessibles.....	27
Une organisation efficace et simplifiée au service des assurés du RSI.....	28
CHAPITRE II-IV Sécuriser la couverture maladie des actifs confrontés à la précarité.....	30
CHAPITRE II-V Un service public de la sécurité sociale modernisé	32
La sécurité sociale se transforme pour simplifier la vie des Français et des entreprises et pour garantir l'accès aux droits	32
Le service public de la sécurité sociale a renforcé son efficience	33
Troisième partie	
L'assurance maladie à la reconquête de l'équilibre et de la prise en charge des soins	35
CHAPITRE III-I L'assurance maladie sur la voie de l'équilibre	36
L'ONDAM 2016 sera respecté.....	36
L'ONDAM 2017 progressera de 2,1% grâce à des efforts partagés	37
CHAPITRE III-II Reconquérir la prise en charge des soins par l'assurance maladie	39
Des soins mieux pris en charge.....	39
Reconquérir la prise en charge des soins dentaires pour les rendre accessibles pour tous	41
CHAPITRE III-II La prévention et les droits des patients au cœur de la stratégie nationale de sante	42
Soutenir l'effort de prévention	43
Une convention médicale au soutien de la prévention	44
Faciliter l'accès des usagers de drogue aux produits de réduction des risques.....	45
Des outils renforcés pour lutter contre le tabagisme.....	45
Promouvoir la démocratie en santé	47
CHAPITRE III-III Assurer la pérennité de l'accès aux médicaments innovants	48
Financer dans la durée les innovations pharmaceutiques	49
Etendre le dispositif de l'ATU pour assurer la continuité des soins et l'accès à l'innovation et mettre en place des mécanismes garantissant sa soutenabilité	50

Adapter les mécanismes de régulation globale	50
Sécuriser le cadre juridique des décisions du Comité économique des produits de santé	51
Assurer la pertinence des prises en charge.....	51
CHAPITRE III-IV Poursuivre la transformation du système de soins.....	52
Des soins de ville accessibles	52
Poursuivre la réforme du financement des hôpitaux	54
Améliorer l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées	55
Investir pour la modernisation de notre système de santé	58

Première partie
**Le retour à l'équilibre de la
sécurité sociale, dès 2017**

CHAPITRE I-I

Le déficit de la sécurité sociale se réduit fortement en 2016 pour atteindre le quasi-équilibre en 2017

Régulier et rapide, le rétablissement des comptes sociaux engagé depuis 2012 permettra en 2016 de ramener le déficit du régime général de sécurité sociale à un niveau de - 3,4 milliards d'euros, nettement inférieur à celui prévu par la loi de financement de la sécurité sociale initiale, soit une réduction de moitié en un an. Ce résultat est inédit depuis 2002.

Les prévisions de recettes et de dépenses pour l'année prochaine et la mise en œuvre des mesures prévues par le Gouvernement **permettront d'atteindre un quasi-équilibre financier puisque le déficit du régime général devrait être de moins de 400 millions d'euros.**

L'équilibre financier de la sécurité sociale, qui n'avait pas été atteint depuis 2001, sera rétabli 2 ans plus tôt que l'échéance prévue par la LFSS pour 2016.

Dans le même temps, **la réduction du déficit du fonds de solidarité vieillesse (FSV) sera engagée** en vue de le ramener également à l'équilibre en 2020.

En 2016, le déficit du régime général diminue de moitié

En 2015, le déficit du régime général de la sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est établi à 10,8 milliards d'euros, soit une amélioration de 2,4 milliards d'euros par rapport à 2014 et 2,6 milliards d'euros de mieux que l'objectif qui avait été fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

Pour 2016, la LFSS initiale a fixé un objectif de poursuite de réduction du déficit à 9,7 milliards d'euros, soit 6 milliards d'euros pour le régime général et 3,7 milliards d'euros pour le FSV. La commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2016 a conforté cet objectif en révisant à la baisse la prévision de déficit du régime général de 600 millions d'euros.

Cette prévision est à nouveau révisée à la baisse puisque le déficit du régime général ne devrait pas dépasser 3,4 milliards d'euros cette année, soit 2,6 milliards d'euros de moins que la prévision initiale, tandis que le résultat du FSV devrait être très proche de la cible fixée, soit un déficit de 3,8 milliards d'euros.

Cette nouvelle amélioration de la prévision est due à la fois à la révision à la baisse des dépenses décidée en juin pour l'année 2016 et à une augmentation plus rapide que prévu de la masse salariale et par conséquent des recettes de cotisations, qui prouve, comme l'année précédente, la prudence des hypothèses retenues par le Gouvernement dans ses prévisions.

Ainsi, en un an, le déficit du régime général, déjà fortement réduit depuis 2012, aura été divisé par deux.

Comme lors des années précédentes, toutes les branches présentent une amélioration par rapport à l'année précédente :

- Le déficit de l'assurance maladie revient à 4,1 milliards d'euros – soit une amélioration de 1,7 milliard d'euros en un an. C'est le meilleur résultat depuis 2001 ;
- La branche accidents du travail-maladies professionnelles reste excédentaire de 700 millions d'euros ;
- Conformément aux engagements pris par le Gouvernement, la branche vieillesse du régime général est désormais redevenue excédentaire de 1,1 milliard d'euros, pour la première fois depuis 2002 ;
- Enfin, le déficit de la branche famille poursuit sa réduction, pour revenir à 1 milliard d'euros.

Par ailleurs, le déficit du FSV s'améliore de 0,1 milliard d'euros en 2016.

Evolution du solde des branches du régime général de sécurité sociale et du FSV depuis 2011

(Md€)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
	réalisé					LFSS-16	CCSS
Maladie	-8,6	-5,9	-6,8	-6,5	-5,8	-6,2	-4,1
AT-MP	-0,2	-0,2	0,6	0,7	0,7	0,5	0,7
Vieillesse	-6,0	-4,8	-3,1	-1,2	-0,3	0,5	1,1
Famille	-2,6	-2,5	-3,2	-2,7	-1,5	-0,8	-1,0
RG seul	-17,4	-13,3	-12,5	-9,7	-6,8	-6	-3,4
Fonds de solidarité vieillesse	-3,4	-4,1	-2,9	-3,5	-3,9	-3,7	-3,8
RG+FSV	-20,9	-17,5	-15,4	-13,2	-10,8	-9,7	-7,1

La sécurité sociale à l'équilibre en 2017

Le déficit du régime général sera ramené en 2017 à un niveau proche de l'équilibre, qui n'a jamais été constaté depuis 2001.

En effet, après s'être réduit de 3,4 milliards d'euros en 2016, le déficit devrait à nouveau se réduire de 3 milliards d'euros l'année prochaine. Pour la première fois depuis 2001, le déficit de la sécurité sociale sera donc à un niveau très proche de l'équilibre financier, soit un déficit de seulement 400 millions d'euros, correspondant à 0,1 % des dépenses du régime général.

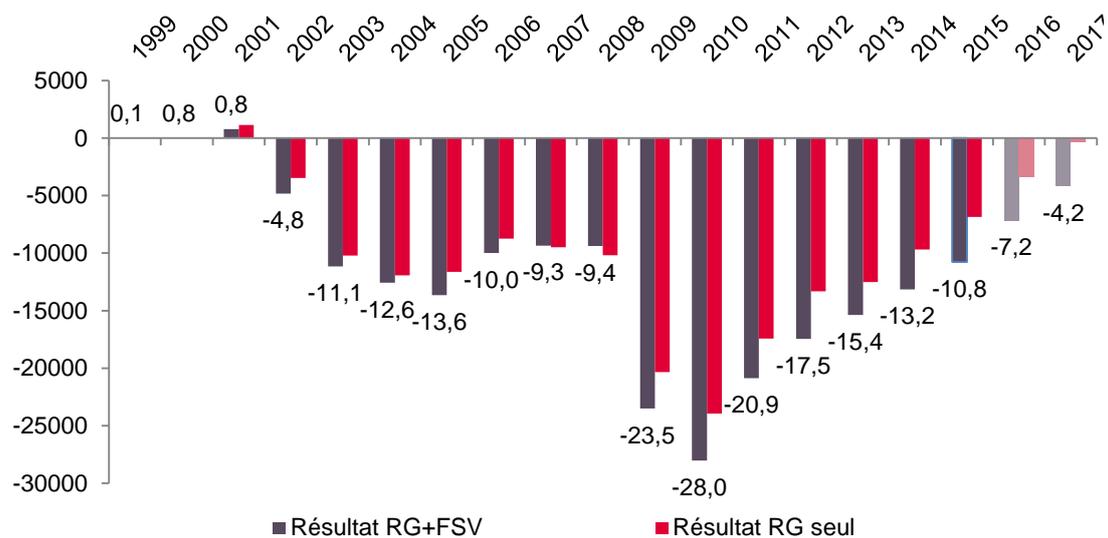
Au niveau de l'ensemble des régimes de sécurité sociale, hors FSV, les recettes s'élèveront à 487,1 milliards d'euros pour 487,4 milliards d'euros de dépenses, soit un déficit de 300 millions d'euros.

Niveau des recettes, des dépenses et du solde du régime général et du FSV en 2017

(Md€)	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	203,2	205,9	-2,6
AT-MP	12,8	12,1	0,7
Vieillesse	126,5	125	1,6
Famille	49,9	49,9	0,0
Toutes branches (hors transferts)	379,5	379,9	-0,4
Fonds de solidarité vieillesse	15,7	19,6	-3,8
Toutes branches +FSV (hors transferts)	377,6	381,8	-4,2

NB : les soldes neutralisent les transferts entre branches et ne correspondent pas au total des branches.

Evolution du solde du régime général et du FSV de 1999 à 2017 (Md€)



Evolution des recettes, des dépenses et du solde du régime général jusqu'en 2020

(Md€)	2016	2017	2018	2019	2020
Recettes	368,2	379,5	390,3	402,1	415,0
Dépenses	371,6	379,9	388,2	397,5	407,6
Solde	-3,4	-0,4	2,1	4,6	7,4

Dans le détail, l'amélioration concernera toutes les branches de la sécurité sociale.

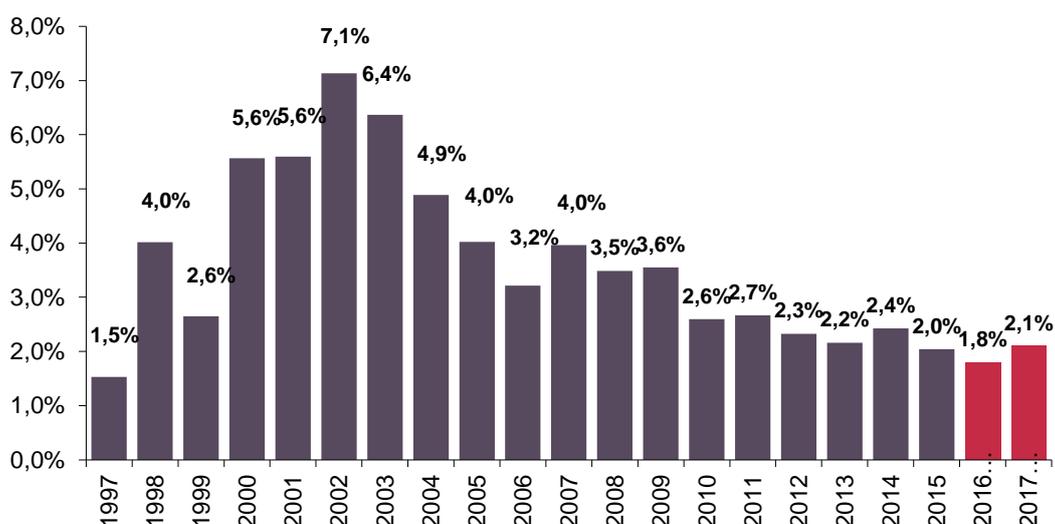
Le déficit de l'assurance maladie poursuivra sa réduction.

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie a été fixé à 2,1% en 2017, soit le quatrième taux le plus bas depuis la création de l'ONDAM en 1997.

Les dépenses de maladie augmenteront donc à un rythme sensiblement inférieur à celui des recettes sociales. L'objectif a été relevé, afin de tenir compte des dépenses nouvelles en 2017, pour partie exogènes aux dispositifs de régulation des dépenses (entrée en vigueur de la convention médicale, revalorisation du point d'indice dans la fonction publique et conséquences de la réforme des primes et des grilles indiciaires), tout en améliorant la qualité des soins et l'accès qu'aux traitements innovants.

Toutefois, une partie de ces dépenses nouvelles sera compensée par des mesures d'efficacité complémentaires. Le respect de l'ONDAM à 2,1%, nécessitera en réalité de réaliser 4,1 milliards d'euros d'économies, soit davantage qu'initialement prévu. La progression plus rapide des recettes de cotisations sociales et l'affectation à la branche de recettes supplémentaires dans le cadre de la compensation du coût du pacte de responsabilité et de solidarité participeront de l'amélioration du solde.

Evolution en taux de l'ONDAM depuis l'origine (%)



La branche accidents du travail – maladies professionnelles conservera un excédent de 0,7 milliard d'euros.

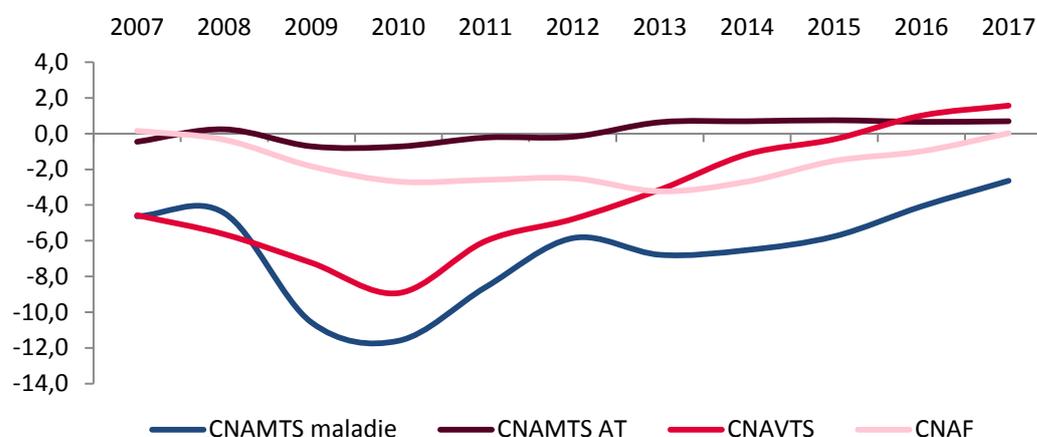
L'excédent de la branche vieillesse progressera en 2017, sous l'effet des réformes des retraites et notamment de la progression des recettes de cotisations sociales. Ce redressement permettra de faire prendre en charge par le régime des dépenses des prestations supportées par le FSV depuis leur transfert dans le cadre de la réforme des retraites de 2010 (voir infra).

Enfin, **la branche famille** devrait revenir à l'équilibre, avec un excédent légèrement supérieur à 20 millions d'euros.

L'amélioration des différentes branches résulte de l'effet des réformes décidées au cours des années précédentes, mais aussi des mesures de redressement décidées pour 2017 pour un rendement de **1,5Md€ d'économies** :

- Ainsi, la limitation du développement des **niches sociales** se poursuit, en vue de réguler celles qui présentent des surcoûts sans utilité avérée (voir infra).
- Dans le cadre de **la lutte contre le tabagisme**, des mesures ciblées permettront d'augmenter les taxes sur le tabac à rouler, aujourd'hui plus favorables que celles appliquées aux cigarettes, et de faire contribuer les fournisseurs de tabac sur leur chiffre d'affaires.
- **La lutte contre la fraude aux prestations et aux cotisations sociales** sera très largement renforcée, à la fois par des mesures législatives et réglementaires et dans le cadre du Plan national de lutte contre la fraude présenté le 14 septembre 2016, afin d'atteindre un niveau de performance inédit dans ce domaine.
- **Les dépenses de fonctionnement et d'action sociale** des organismes de sécurité sociale seront encore davantage maîtrisées avec des économies complémentaires.
- Enfin, **la montée en charge de réformes engagées** les années précédentes (capital décès, adaptation de la société au vieillissement, congé parental, LURA, etc.) permettra une nouvelle modération des dépenses par rapport aux prévisions initiales.

Evolution du solde des branches du régime général de sécurité sociale depuis 2007 (Md€)



Le retour à l'équilibre du FSV d'ici 2020

Le retour à l'équilibre du régime général permet d'organiser le redressement du fonds de solidarité vieillesse, dont le solde reste dégradé malgré une légère réduction depuis 2012.

Le FSV prend en charge depuis 2011, en sus des dépenses afférentes au minimum vieillesse et aux droits à l'assurance retraite des chômeurs, qui relèvent clairement de la solidarité, la moitié du coût du minimum contributif, pour un montant de 3,5 milliards d'euros en 2016, qui pèse fortement sur le solde de la branche. En outre, ce financement partagé

complexifie la compréhension du système de protection sociale puisque le minimum contributif étant, par nature, réservé aux personnes qui ont cotisé comme les autres actifs mais sur la base de revenus faibles, il s'agit clairement d'un mécanisme de solidarité intrinsèque aux systèmes d'assurance. Enfin, le financement du FSV a longtemps été fragilisé par le choix de lui affecter le reliquat des recettes de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S). La rationalisation du financement opérée en LFSS pour 2016 a permis de lui dédier désormais la totalité des recettes au titre des prélèvements sociaux sur les revenus du capital.

Afin de rétablir l'équilibre du FSV, le financement de la totalité du minimum contributif sera progressivement transféré aux régimes de base adossés financièrement au régime général, désormais excédentaires. Une première étape sera réalisée en 2017 sous forme d'un transfert de 1 milliard d'euros, qui sera poursuivie sur les 3 années suivantes.

Evolution du solde du FSV de 2018 à 2020

(en Md€)	2018	2019	2020
Solde FSV tendanciel (sans transfert)	-3,4	-2,9	-2,3
Part des dépenses de minimum contributif transférées	1,8	2,6	3,6
Part des dépenses de minimum contributif qui restent à la charge du FSV	1,6	0,8	0
Solde FSV après transfert	-2,6	-1,3	0,3

Par ailleurs, le FSV retrace dans une section spécifique les produits et les charges transférés par la LFSS pour 2011 au titre du maintien à 65 ans de l'âge de départ à la retraite au taux plein pour les parents de trois enfants ou parents d'enfant handicapé. Or, le coût de ce dispositif s'avère nettement inférieur à ce qui avait été prévu.

Cette section devrait disposer d'une réserve de 0,8 milliard d'euros au 31 décembre 2016, alors que le montant cumulé des dépenses qui seront supportées par les régimes n'excède pas 0,2 milliard d'euros. Aussi, un mécanisme de financement spécifique ne paraît pas approprié.

Aussi, le PLFSS pour 2017 prévoit donc de supprimer cette section en transférant la charge des prestations aux régimes vieillesse de base et de réaliser un prélèvement sur l'ensemble des réserves de cette section au profit du régime général.

La réduction accélérée de la dette sociale

Depuis 2015, la dette sociale nette est en réduction puisque les déficits annuels sont devenus inférieurs au montant de la dette remboursée chaque année. A fin 2015, les déficits repris par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) depuis sa création s'élevaient à 237 milliards d'euros, dont 110,2 milliards d'euros ont été amortis à cette date.

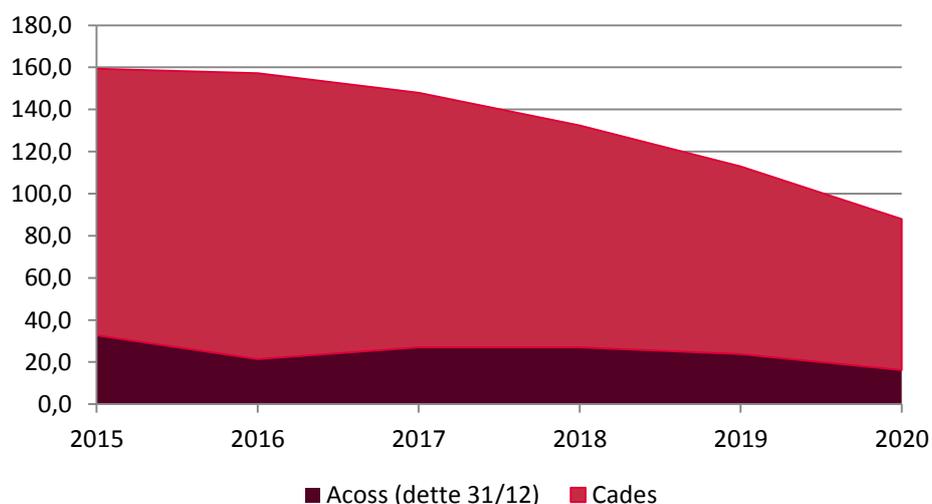
Sur le champ des régimes de base, du FSV, de la CADES et du fonds de réserve des retraites (FRR), le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, s'élevait à 109,5 milliards d'euros au 31 décembre 2015. Après une forte dégradation consécutive à la crise économique des années 2008-2009, une baisse de 1,3 milliard d'euros a pour la première fois été constatée en 2015. Cette amélioration reflète la poursuite de la réduction des déficits des régimes de base et du FSV.

En 2015, la CADES a amorti 13,5 milliards d'euros de dette sociale. En 2016, elle devrait amortir 14,4 milliards d'euros de dette supplémentaire, tandis que le déficit du régime général et du FSV s'établira à seulement 7,2 milliards d'euros, soit un désendettement net de 7,2 milliards d'euros. En 2017, les remboursements de dette (14,9 milliards d'euros) seront supérieurs de plus de 10 milliards d'euros au déficit.

Le retour à l'équilibre confortera ce désendettement. La LFSS pour 2016 a permis de reprendre de manière anticipée la dette accumulée à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), conformément aux recommandations de la Cour des comptes dans le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2015, soit 23,6 milliards d'euros.

La reprise de dette par la CADES est désormais achevée, sans que l'horizon d'amortissement de la dette, calculé à partir des plafonds de reprise de dette autorisés en 2010, ait été allongé depuis le début du quinquennat. Au contraire, l'échéance de remboursement de la totalité de la dette est aujourd'hui fixée à 2024, soit 1 an plus tôt que l'horizon initialement fixé, grâce aux bonnes conditions de financement de la dette sociale.

Evolution de la dette sociale jusqu'en 2020



Des compensations d'exonérations nouvelles en contrepartie des effets du Pacte sur les recettes sociales

Comme il s'y est engagé, l'Etat compensera, en 2017 comme au titre des années précédentes, l'effet des mesures du pacte de responsabilité et de solidarité sur les recettes affectées à la sécurité sociale ainsi que les changements de périmètre de compétence sur certaines dépenses, pour un total de 3,8 milliards d'euros.

Cet effort prendra la forme de la prise en charge par l'Etat de certaines exonérations de charges qui, parce qu'elles ont été créées antérieurement à 1994 n'avaient jamais été compensées à la sécurité sociale.

Il convient par ailleurs de souligner que, au 1^{er} janvier 2016, l'Etat ne présentait aucun retard dans le versement à la sécurité sociale des sommes dues en compensation des exonérations sociales. Ainsi, non seulement le coût des exonérations non compensées se réduit mais l'Etat respecte scrupuleusement le calendrier de versement des compensations budgétaires afin que la sécurité sociale ne supporte pas une charge de trésorerie à ce titre.

CHAPITRE I-II

Les règles des prélèvements s'adaptent toujours plus aux évolutions économiques

La clarification des règles sociales applicables aux activités de location de biens entre particuliers

Le développement de l'économie numérique a permis l'émergence de nombreuses plateformes collaboratives dont la caractéristique commune est de proposer des services facilitant la mise à disposition ou l'échange de biens ou selon une relation de pair à pair.

Le seul fait de réaliser des activités par le biais d'une plateforme numérique ne modifie pas la nature même de l'activité et ne doit donc pas conduire à un environnement juridique différent, dans un souci d'équité avec les activités comparables au sein de l'économie traditionnelle. Ainsi, la nature des activités de type commercial réalisées sur des plateformes (achat/revente ou prestations de service) n'étant pas différente de celle de l'économie traditionnelle, il n'y a pas lieu de prendre des dispositions législatives venant préciser le cadre juridique applicable ni de créer un nouveau régime d'affiliation ou d'assujettissement.

Pour sécuriser les personnes qui réalisent des activités économiques, il y a en revanche des besoins de pédagogie et d'information accrus. Dans ce but, la loi de finances pour 2016 impose aux opérateurs de plateformes dans son article 87 une obligation d'information de leurs utilisateurs sur le cadre juridique fiscal et social en vigueur, les aidant ainsi à s'y conformer. En lien avec ces dispositions, l'administration fiscale a clarifié par voie doctrinale les règles applicables, notamment la notion de partage de frais.

En revanche, le développement très dynamique des plateformes numériques permettant la location de biens meubles ou immeubles impose de définir une frontière claire entre les revenus du patrimoine et les revenus d'activité. En effet, les personnes qui exploitent leurs biens de manière active en vue d'en tirer un profit, notamment en fournissant certaines prestations complémentaires, exercent dans un cadre professionnel. Cette notion est essentielle en matière sociale, puisque seules les activités professionnelles sont assujetties aux prélèvements sociaux.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit donc que la location régulière de logements meublés pour de courtes durées à destination d'une clientèle de passage, et incluant des services indissociables de la mise à disposition du logement constitue une activité professionnelle. Pour ces activités, le seuil sera fixé au même niveau de recettes que celui qui est retenu pour appliquer le régime fiscal des loueurs en meublés (soit 23 000 euros de recettes annuelles). En deçà, les activités de locations restent considérées comme des revenus du patrimoine et assujetties aux prélèvements sociaux sur le capital dans les mêmes conditions que l'impôt sur le revenu.

Selon la même logique, un seuil d'affiliation pour des activités de location de biens (voiture, notamment) sera quant à lui fixé, par voie réglementaire, à un niveau qui pourra être de 10% du plafond annuel de la sécurité sociale de recettes ou de chiffre d'affaires (soit 3 860 euros).

En outre, afin d'accompagner les travailleurs indépendants dans l'application du droit social, le second volet de la mesure vise par ailleurs à faciliter les démarches administratives et sociales permettant l'affiliation, l'assujettissement et le recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants ayant recours à ces plateformes d'intermédiation pour des activités de faible volume.

L'application de conditions de ressources aux exonérations sociales aujourd'hui accordées sans condition

Le rétablissement des comptes de la sécurité sociale se poursuit sans aucune mesure nouvelle de hausse généralisée de prélèvements sur les entreprises ou les ménages depuis 2014. Notamment, le bénéfice des exonérations et exemptions sociales reste accordé aux entreprises qui ont vocation à en bénéficier.

Comme dans le cadre de la LFSS pour 2016, il est néanmoins nécessaire de limiter la progression de certaines niches dont le coût augmente rapidement ou qui présentent des particularités susceptibles de favoriser des effets d'aubaine, comme celles qui ont été mises en avant par l'inspection générale des finances (IGF) et l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) dans l'étude des dispositifs d'allègements ciblés de cotisations sociales menée dans le cadre de la première vague de revues des dépenses de 2015. Cette mission avait recommandé, parmi les principales mesures de régulation à prendre, de réserver les avantages sociaux à certains niveaux de revenus et salaires, afin de garantir un effet maximum sur l'emploi.

A l'heure actuelle, seules quelques exonérations de cotisations sociales sont accordées sans aucune limite de revenu. Celles-ci ne seront plus, comme toutes les autres, accordées au-delà de certains niveaux de rémunération auxquels elles ne présentent pas d'efficacité.

Ainsi, les exonérations accordées aux chômeurs et créateurs d'entreprises seront réservées aux travailleurs indépendants qui constatent, à l'issue de la première année d'activité, que leur revenu net est inférieur à 38 616 euros. La même règle s'appliquera aux rémunérations éligibles à l'exonération spécifique aux bassins d'emploi à redynamiser (BER), qui n'est pas non plus plafonnée à ce jour. L'ensemble permet une économie de 15 millions d'euros en 2017.

Enfin, le Gouvernement appliquera, dans la même logique, une réduction du plafond maximal de l'abattement d'assiette accordé dans certains secteurs sous forme de déduction forfaitaire. Actuellement fixé à 7 600 euros, ce plafond d'abattement d'assiette sera réduit, pour une économie de plus de 40 millions d'euros.

De même, afin de permettre une économie équivalente sur le budget de l'Etat les exonérations applicables aux travailleurs indépendants en outre-mer ne seront plus appliquées pour les revenus excédant 96 500 euros nets annuels et réduites selon un coefficient progressif à partir de 42 500 euros.

Par ailleurs, les cotisations sociales des travailleurs indépendants en outre-mer ne font pas l'objet, pour la plupart, d'une régularisation : elles sont calculées sur la base du revenu de l'avant dernière année et prélevées à titre définitif. Aussi, en cas de chute rapide des revenus d'une année sur l'autre, les travailleurs indépendants restent cependant contraints de payer les cotisations calculées sur un revenu plus élevé, pour valider leurs droits aux assurances sociales. Ce mécanisme est préjudiciable au développement de l'activité économique.

Le PLFSS propose ainsi de mettre en œuvre en outre-mer les mêmes dispositions que celles qui ont été mises en œuvre en métropole depuis 2015 pour calculer les cotisations sociales à titre provisionnel sur la base du revenu de l'année précédente et de les régulariser en fonction des revenus réellement perçus. Ainsi, les travailleurs indépendants confrontés à une situation économique difficile pourront immédiatement réduire leurs paiements.

Enfin, les exonérations de cotisations sociales seront accrues en début d'activité. A l'issue de la période d'exonération totale de 24 mois déjà en vigueur, et qui demeure inchangée, une période d'exonération de 75% des cotisations sociales sera accordée, avant que l'exonération soit réduite à 50% à compter de l'exercice civil suivant. Ainsi, les chefs d'entreprise qui démarrent une activité bénéficieront d'une plus grande progressivité dans le temps du relèvement des cotisations sociales.

La clarification du rôle des tiers déclarants dans les relations entre les entreprises et les organismes

Le PLFSS propose, à l'instar de ce qui a été fait en matière fiscale, de donner un cadre législatif aux relations entre les tiers déclarants et les cotisants, qu'il s'agisse des employeurs du régime général, du régime agricole et des travailleurs indépendants. La loi pose ainsi un cadre spécifique à la sphère sociale au mandat entre le cotisant et son prestataire et à ce titre, en tant que mesure de simplification pour les cotisants et leurs tiers déclarants, elle instaure le principe d'un mandat unique, qui substitue à l'ensemble des démarches du cotisant relatives à son choix de recourir à un tiers déclarant une simple transmission dématérialisée auprès d'un organisme de recouvrement désigné par voie réglementaire.

La disposition prévoit une obligation de dématérialisation des déclarations effectuées par les tiers déclarants pour le compte des travailleurs indépendants, ainsi que des dispositions protectrices des cotisants et organismes en cas de dénonciation du mandat en cas de fraude constatée de la part du tiers déclarant.

CHAPITRE I-III

Les mesures de lutte contre les fraudes, notamment dans le domaine du détachement, sont renforcées

De nouvelles mesures pour faciliter la récupération des montants redressés

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale a pour ambition de faciliter la récupération effective des sommes dues à la sécurité sociale, rendue difficile par les pratiques des fraudeurs qui cherchent à faire échapper leurs biens et revenus aux pouvoirs des organismes. Il sera ainsi mis en place une procédure de saisie conservatoire sans intervention préalable du juge de l'exécution, applicable en cas de travail illégal, permettant de saisir les biens des personnes morales ou physiques détenus par eux ou par un tiers, afin de sécuriser les créances à recouvrer, le recours devant le juge contre décision étant possible ex post.

Des actions supplémentaires pour lutter contre les détachements abusifs

Un nombre croissant de travailleurs détachés interviennent sur le territoire français. Pour que la situation de ces travailleurs au regard de la sécurité sociale puisse être vérifiée par les services de contrôle dans le respect des règlements (CE) n°883/2004 et n° 987/2009 ainsi que des conventions de coordination des systèmes de sécurité sociale auxquelles la France est partie, il importe que ceux de ces travailleurs qui relèvent de la législation d'un autre État que la France ou à défaut leur employeur soient munis du formulaire approprié attestant de leur situation dès le début de leur activité en France.

Le PLFSS a pour objet d'inciter les intéressés à requérir le document en temps utile pour être en mesure de justifier de leur situation lors du contrôle. Une pénalité de 3 218 euros sera appliquée forfaitairement pour chaque salarié contrôlé pour lequel l'entreprise utilisatrice ne peut produire le formulaire lors d'un contrôle

La France, comme d'autres États européens, demande par ailleurs une modification substantielle de la directive européenne sur le détachement ainsi que du règlement (CE) n°883/2004 de coordination des régimes de sécurité sociale afin, notamment, de disposer de garanties suffisantes que les salariés détachés en France sont régulièrement affiliés et cotisent dans leur État d'origine.

Une adaptation des procédures de contrôle auprès des particuliers dans le cadre de l'emploi à domicile

Les contrôles auprès des entreprises comme des particuliers doivent se dérouler dans un cadre de confiance garantissant aux personnes contrôlées la possibilité de faire valoir leurs droits et aux inspecteurs l'accès aux informations nécessaires.

Dans la continuité de la politique menée depuis 2012 relative à l'amélioration des relations entre cotisants et organismes du recouvrement, et alors qu'un récent décret est venu renforcer en juillet 2016 le respect de la procédure contradictoire dans le cadre des opérations de contrôle et la motivation des décisions des organismes en charge du recouvrement, il apparaît nécessaire, d'aménager les outils à disposition des URSSAF et des caisses de Mutualité sociale agricole dans les cas, évidemment limités en nombre, où le cotisant fait obstacle au bon déroulement du contrôle, en particulier pour réduire le niveau des sanctions au titre de l'obstacle à contrôle lorsque ce contrôle concerne des particuliers

Deuxième partie
**Une sécurité sociale en
mouvement pour s'adapter
aux parcours des personnes
et aux évolutions de la société**

La sécurité sociale est porteuse de modernité : elle accompagne l'émancipation et l'autonomie de l'individu grâce aux solidarités collectives ; elle soutient la capacité d'innovation de chacun en apportant des sécurités qui permettent de se projeter dans l'avenir ; elle tire parti des innovations pour assurer la meilleure effectivité des droits et simplifier les démarches des personnes et des entreprises.

Parce qu'elle couvre des risques sociaux indissociables d'organisations économiques et sociales en perpétuelle évolution, la protection sociale doit s'adapter aux évolutions de la société.

Depuis 2012, la sécurité sociale fait l'objet de transformations visant à :

- la rendre plus juste ;
- mieux personnaliser les droits ;
- accompagner les évolutions du monde du travail : développement du travail indépendant, parcours professionnels plus heurtés ;
- moderniser le service public de la sécurité sociale.

CHAPITRE II-I

Un système de retraites pérennisé et adapté aux parcours professionnels

La trajectoire financière des régimes de retraite est redressée. Cette année, pour la première fois depuis plus de dix ans, la branche vieillesse du régime général est excédentaire. Les projections financières du rapport du Conseil d'orientation des retraites de juin 2016 montrent que le système de retraites retrouverait durablement l'équilibre dès 2025 (selon le scénario économique intermédiaire).

Le retour à l'équilibre de notre système de retraite est un résultat majeur, reflet de l'action constante du Gouvernement depuis 2012. Il permet de garantir à chaque Français, retraité ou futur retraité, qu'il sera accompagné et soutenu, dans la durée. Le débat sur les retraites doit de ce fait évoluer : la problématique centrale n'est plus le retour à l'équilibre du système mais de garantir un haut niveau de solidarité et de justice.

La réforme des retraites de 2014 a contribué à ce rétablissement, grâce à des efforts partagés entre les actifs et les retraités : pour les actifs et pour les employeurs, une hausse limitée et progressive du taux de cotisations d'assurance vieillesse (+0,3 point au total en 2017), pour les retraités, le décalage de la date de revalorisation annuelle des pensions.

Pour l'équilibre de long terme, le Gouvernement a fait le choix d'une mesure juste et équitablement répartie entre les générations et au sein de chaque génération, en relevant de manière progressive la durée d'assurance requise pour une retraite à taux plein, à raison d'un trimestre tous les 3 ans pour atteindre 43 ans pour la génération née en 1973.

Au-delà de la pérennité financière du système, **la réforme apporte plus de justice aux Français.**

La pénibilité du travail est désormais reconnue : le compte personnel de prévention de la pénibilité permet aux salariés exposés à des risques d'accéder à de nouveaux droits à la formation, à la diminution de l'activité ou à un départ anticipé à la retraite, conciliant prévention et réparation de la pénibilité. **Cet acquis social est désormais une réalité :** plus de 500 000 salariés ont acquis des points en 2015. La montée en charge du dispositif va se poursuivre en 2016 et en 2017, dans un cadre simplifié pour les entreprises.

Le départ à partir de 60 ans pour carrières longues a été élargi, ce qui a permis, en 2015, à près de 230 000 personnes de partir plus tôt à la retraite.

Les droits des salariés précaires ont été renforcés : le seuil d'activité pour valider un trimestre a été abaissé pour assurer les droits des personnes ayant de petites activités ou travaillant à temps partiel (la condition pour valider un trimestre a été ramenée de 200 heures à 150 heures rémunérées au SMIC).

L'engagement des jeunes actifs est mieux reconnu pour redonner confiance aux jeunes générations dans notre système de retraite : ils bénéficient désormais de droits à retraite pour l'ensemble des années d'apprentissage, de la possibilité de racheter à tarif préférentiel des périodes d'études supérieures ou encore de valider, moyennant une faible cotisation, jusqu'à deux trimestres de retraite au titre de leurs périodes de stages.

Les retraités les plus modestes ont été soutenus. Le minimum vieillesse (ASPA) a été revalorisé pour porter son montant à 800 €. L'aide à la complémentaire santé (ACS) pour les plus de 60 ans a été également revalorisé de 50€ pour atteindre 550€. Enfin, les petites retraites agricoles ont été revalorisées. Les exploitants se verront garantir une retraite au moins égale à 75% du SMIC pour une carrière complète à partir de 2017.

Le PLFSS pour 2017 poursuit dans cette direction en élargissant le droit à la retraite progressive.

La loi de 2014 a réformé le dispositif de retraite progressive afin de faciliter la possibilité pour un actif de plus de 60 ans de commencer à toucher une partie de sa pension tout en ayant une activité à temps partiel (entre 40 et 80%). Cette mesure vise à faciliter la transition entre emploi et retraite et à permettre aux seniors de demeurer en emploi. Plus de 8 500 salariés en bénéficient aujourd'hui ; le nombre de départs en retraite progressive a doublé entre 2014 et 2015.

Or, actuellement les salariés qui ont plusieurs employeurs (employés à domicile par exemple) ne peuvent y avoir accès. **Le PLFSS pour 2017 leur ouvre ce droit.** C'est une mesure de justice pour ces salariés qui sont parfois confrontés à des conditions d'emploi précaires et pénibles.

CHAPITRE II-II

Une politique familiale plus juste et mieux adaptée aux besoins des familles

Depuis 2012, le Gouvernement a modernisé la politique familiale en apportant plus de protection et d'aides aux familles les plus vulnérables et en créant de nouvelles garanties. Il a préservé l'importance de la politique familiale, qui mobilise plus de 2,5% de sa richesse nationale soit un niveau supérieur à la moyenne européenne, tout en rétablissant l'équilibre des comptes de la branche famille, afin de garantir la pérennité de la politique familiale : alors que la branche présentait un déficit de 3,2 Mds€ en 2013, elle retrouve l'équilibre en 2017 grâce aux réformes mises en œuvre.

L'allocation de rentrée scolaire a été revalorisée de 25% en 2012, pour 2,9 millions de familles.

Le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale comporte des mesures permettant de soutenir les familles les plus modestes : revalorisation . Au terme de sa montée en charge, ce sont environ 2,6 milliards d'euros supplémentaires qui seront redistribués chaque année à 2,7 millions de ménages parmi les plus en difficulté. Cela revient à une somme d'environ 1 000 euros en moyenne par an et par ménage concerné.

Ce plan renforce les prestations pour les familles les plus modestes. En 2018, le montant du complément familial – destiné aux familles modestes de trois enfants et plus - aura été ainsi majoré de 50% pour les familles dont les ressources sont inférieures au seuil de pauvreté ; 460 000 familles en bénéficient. Le montant de l'allocation de soutien familial qui accompagne les parents isolés aura été revalorisé de 25% : cela a amélioré la situation de 740 000 familles.

Les allocations familiales ont été modulées en fonction des ressources. Cette mesure n'a concerné que 10% des familles. Elle préserve l'universalité des prestations familiales.

Le Gouvernement a par ailleurs fait évoluer la politique familiale en promouvant les responsabilités partagées de chaque parent dans l'accompagnement des enfants. Afin de favoriser le partage des responsabilités parentales et de limiter l'éloignement des femmes du marché du travail pendant une période trop longue, la PreParE (prestation partagée d'éducation de l'enfant) accompagne les parents pendant les périodes de congé parental ; elle doit être partagée entre les deux parents.

Par ailleurs, **afin de mieux articuler vie professionnelle et vie familiale**, 70 000 places d'accueil collectif ont été créées entre 2012 et 2015.

Enfin, une protection d'un nouveau type, adaptée aux évolutions des familles, a été mise en œuvre : la garantie de paiement des impayés de pensions alimentaires (GIPA), généralisée depuis le 1er avril 2016. Elle consiste à accompagner les séparations qui affectent souvent l'équilibre des familles et qui, en cas de pression financière peuvent durablement fragiliser des foyers. Elle garantit à chaque famille

modeste un montant minimal et garanti de pension qui est de près de 105 euros par enfant. La garantie conduit à compléter les pensions dans le cas où leur montant est inférieur au montant minimal et à renforcer les actions de recouvrement de pensions auprès des débiteurs défallants.

La LFSS pour 2017 marque une nouvelle étape dans l'accompagnement des familles après les séparations, avec la création au sein de la branche famille de l'agence de recouvrement des pensions alimentaires :

- **Les victimes de violences pourront bénéficier sur décision judiciaire de l'intermédiation de l'agence**, qui percevra directement les pensions auprès de l'ancien conjoint pour les reverser aux personnes ;
- l'agence pourra **sécuriser le montant des pensions et en assurer le recouvrement en cas d'impayé ultérieur** en donnant force exécutoire aux accords fixant le montant de la pension alimentaire ;
- les personnes victimes d'impayés de pensions alimentaires et vivant de nouveau en couple ou ayant des enfants majeurs pourront demander l'accompagnement de l'agence au même titre que les parents isolés.

La LFSS pour 2017 permet également de mieux accompagner les familles qui emploient un salarié pour garder leurs enfants. Le versement du complément de mode de garde sera simplifié pour rendre le système plus lisible pour les familles.

CHAPITRE II-III

Une protection sociale plus juste et plus efficace pour les travailleurs indépendants

En 2012, le Gouvernement a constaté que la protection sociale des 2,5 millions de travailleurs indépendants (artisans, commerçants, professions libérales) méritait une refonte d'ampleur :

- les prélèvements sociaux, particulièrement élevés pour les revenus les plus faibles, étaient particulièrement peu équitables ;
- les droits sociaux des travailleurs indépendants, moins élevés que ceux des salariés, étaient complexes d'accès, pour une population souvent précaire et qui subit des changements fréquents de situation personnelle et professionnelle ;
- enfin, la situation du régime social des indépendants (RSI), révélée par le rapport de 2012 de la Cour des comptes évoquant une « catastrophe industrielle », imposait à la fois des mesures d'urgence et une refonte en profondeur pour moderniser les règles du prélèvement social.

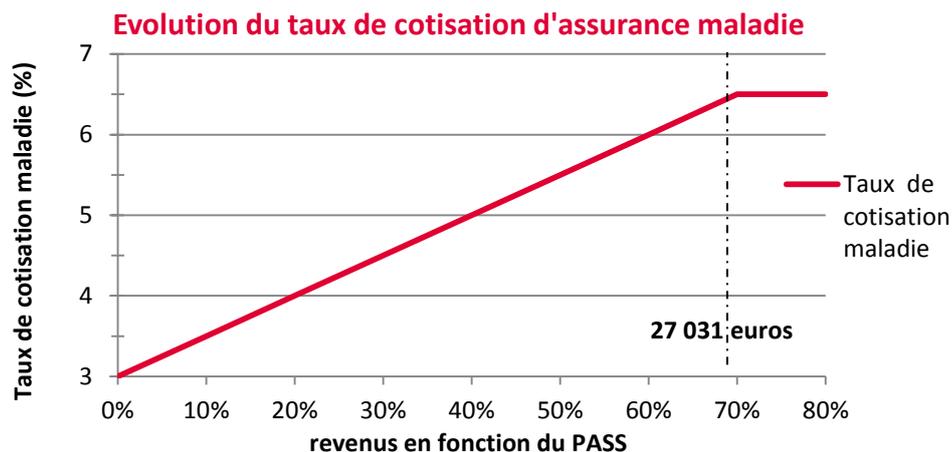
Un plan ambitieux comprenant des réformes d'ampleur sur chacun de ces sujets a été mis en œuvre et fait chaque année l'objet de dispositions prévues par la loi de financement de la sécurité sociale.

Une nouvelle baisse des cotisations sociales pour les travailleurs indépendants aux revenus modestes

Conformément aux annonces faites par le Président de la République le 29 juin dernier, le Gouvernement poursuit dans la durée les efforts en faveur de la compétitivité et de l'emploi. Ainsi, la troisième étape du Pacte de responsabilité et de solidarité sera mise en œuvre par un relèvement du taux du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) de 6 à 7 %, ce qui représente un effort supplémentaire de 4 milliards d'euros.

Le soutien aux travailleurs indépendants consistera en une réduction dégressive, à compter du 1^{er} janvier 2017, du taux des cotisations d'assurance maladie-maternité, actuellement fixé à 6,5 %, pour les travailleurs indépendants dont les revenus annuels sont inférieurs à 70 % du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) soit 27 000 euros. Le niveau maximum de réduction de taux sera de 3,5 points, cette réduction diminuant ensuite linéairement jusqu'à ce seuil de revenus à partir duquel le taux de 6,5 % sera rétabli. Pour un travailleur indépendant disposant de 15 000 euros de revenus annuels, le gain annuel de la mesure s'élèvera ainsi à 234 euros.

Cette mesure, qui permet de diminuer les prélèvements sociaux tout en renforçant leur progressivité, constitue un effort financier global de 150 millions d'euros en faveur de 1,8 million de travailleurs indépendants (artisans, commerçants et professions libérales), dont 600 000 micro-entrepreneurs, soit près de 60% des travailleurs indépendants.



Cette nouvelle mesure complète la démarche engagée depuis 2012 pour réduire les cotisations des travailleurs indépendants, notamment à faibles revenus. Ainsi, parmi les entrepreneurs individuels, 90% ont vu leurs cotisations sociales baisser en 2015 par rapport à 2012, soit tous ceux dont les revenus nets étaient de moins de 40 000 €. En 2016, ce mouvement s'est poursuivi avec la réforme des cotisations minimales, au bénéfice notamment des cotisants à revenus nuls (soit plus de 10% d'artisans et plus de 20% de commerçants).

Grâce à ces réformes :

- pour un revenu annuel de 5 000€, le niveau des cotisations aura baissé de 716€ entre 2012 et 2017 ;
- pour un revenu annuel de 10 000€, il aura diminué de 600€ ;
- pour un revenu annuel de 20 000€, il aura baissé de 539€.

La baisse des cotisations sociales a concerné à la fois les travailleurs indépendants aux revenus faibles ou moyens.

- **pour les revenus les plus faibles**, les cotisations sociales des travailleurs indépendants étaient particulièrement élevées en 2012 du fait des « cotisations minimales » obligatoires pour valider des droits en dessous d'un certain niveau de revenus. La cotisation minimale d'assurance maladie, qui s'élevait à 989 euros même en cas de revenu nul ou déficitaire a fait l'objet d'une exonération partielle dès 2012, avant d'être diminuée des trois-quarts en 2015 puis totalement supprimée par la LFSS pour 2016.
- **pour les revenus moyens**, la première étape du Pacte de responsabilité et de solidarité a inclus une réduction de 3,1 points du taux des cotisations allocations familiales des travailleurs indépendants et des exploitants agricoles pour tous les revenus inférieurs à 53 000 €. Cette mesure a représenté une baisse structurelle d'un milliard d'euros de prélèvements sociaux en faveur des travailleurs indépendants, sans impact sur les droits des assurés. Elle représente au maximum un montant net de 1 300 euros supplémentaires pour un revenu net annuel de 42 500 euros.

L'équité du système a ainsi été renforcée tout en améliorant les droits des intéressés.

Des droits sociaux améliorés et plus accessibles

Le modèle historique de la protection sociale des indépendants – une couverture collective limitée, renvoyant à l'épargne personnelle pour la couverture de certains – n'est plus adapté aux évolutions sociales de la population des indépendants, avec le développement des créations d'activités indépendantes par des travailleurs très modestes, sans patrimoine. **Ces évolutions ont amené le Gouvernement à enclencher un mouvement d'amélioration des droits sociaux visant notamment à les rapprocher de ceux des salariés.**

Des mesures d'amélioration substantielle de la couverture sociale des travailleurs indépendants ont été prises depuis 2012 :

Alors qu'un indépendant qui n'avait dégagé qu'un faible bénéfice en travaillant une année entière ne validait qu'un seul trimestre de retraite jusqu'en 2012, **il en valide désormais 3 depuis 2016, sans que le montant de ses cotisations minimales vieillesse ait augmenté.**

L'harmonisation des droits sociaux entre salariés et de non-salariés est en voie d'achèvement dans le domaine de la prise en charge des arrêts maladie. Ainsi, le délai de carence de 7 jours que le RSI avait mis en place est ramené à 3 jours, comme pour les salariés, pour les arrêts indemnisés. En outre, il sera désormais possible de bénéficier au RSI d'une indemnité en cas de reprise du travail en temps partiel thérapeutique, comme les salariés.

Le Gouvernement est également mobilisé pour améliorer la protection sociale des exploitants agricoles et de leurs conjoints :

- Le Gouvernement a étendu aux exploitants agricoles le bénéfice des indemnités journalières lorsqu'ils doivent interrompre leur activité professionnelle du fait d'une maladie ou d'un accident de la vie privée. Ils bénéficiaient auparavant seulement d'une couverture en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Conformément à l'engagement pris par le Président de la République, des points gratuits de retraite proportionnelle ont été attribués aux exploitants agricoles qui ont dû cesser leur activité en raison d'une maladie ou d'une infirmité.
- Depuis le 1er janvier 2015, le droit aux indemnités journalières est ouvert aux conjoints et aux aides familiaux lorsqu'ils sont obligés d'interrompre leur activité en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Cette mesure a bénéficié à environ 45 000 conjoints et aides familiaux.

La LFSS pour 2017 prolonge ces évolutions

En fusionnant les régimes de retraite des artisans et commerçants. Ces deux régimes sont distincts juridiquement mais fonctionnent désormais selon les mêmes règles en cotisation et en prestation. Afin d'achever l'unification de la couverture sociale des artisans et commerçants (qui est désormais unifiée sur les autres prestations), la LFSS pour 2017 propose de fusionner ces deux régimes de base d'assurance vieillesse.

En permettant aux professions libérales non réglementées de bénéficier d'une protection sociale renforcée.

Aujourd'hui, l'ensemble des professions libérales relèvent de régimes de retraite spécifiques, reposant des niveaux plus faibles de contribution et de protection. Par ailleurs, elles n'ont pas d'indemnité journalière en cas de maladie. Ce type de couverture est moins adapté à celle des professions libérales non réglementées ou organisées.

Il est donc proposé de faire progressivement bénéficier les futurs créateurs d'entreprises ne relevant pas de professions réglementées de la même couverture sociale que les artisans et commerçants, caractérisée par le bénéfice d'indemnités journalières et de droits à retraite plus élevés. Les entrepreneurs actuels relevant des mêmes professions pourront exercer un droit d'option afin de rejoindre cette nouvelle organisation.

Une concertation permettra de déterminer, par voie réglementaire, les professions souhaitant conserver la couverture sociale des professions libérales. Les autres professions libérales ne sont pas concernées.

Une organisation efficace et simplifiée au service des assurés du RSI

Le Gouvernement porte une attention constante depuis 2012 à l'amélioration du service public de la sécurité sociale pour les artisans et commerçants, afin d'offrir la qualité de service à laquelle sont en droit de prétendre les 6 millions d'assurés qui relèvent du régime social des indépendants (RSI), chargé de la collecte des cotisations et de la gestion de leurs droits à l'assurance maladie et l'assurance vieillesse.

Les efforts déployés ont largement permis de normaliser la situation du régime, grâce à l'engagement des équipes des deux réseaux qui interviennent dans les actions de recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants, c'est-à-dire les caisses du RSI sous le pilotage de la caisse nationale d'une part et les URSSAF et l'ACOSS d'autre part. Afin de garantir une amélioration durable, le Gouvernement a établi un comité de suivi des 20 engagements pris par le RSI en 2015, présidé par le député Fabrice Verdier et comprenant des assurés.

Avec la mise en œuvre dès 2015 du nouveau calendrier de paiement, dit le « 3 en 1 », les cotisations sont désormais mieux ajustées à la réalité du revenu perçu ; la régularisation des cotisations définitives s'effectue au titre des revenus de l'année précédente ; le montant des cotisations provisionnelles est mieux ajusté et les échéances sont lissées sur 12 mois au lieu de 10 auparavant.

Ces actions ont permis de rétablir puis de stabiliser un fonctionnement correct du recouvrement des cotisations sociales, après plusieurs années de dysfonctionnements liées à la mise en place en 2008 de la répartition des compétences entre les réseaux du RSI et des URSSAF dénommée « interlocuteur social unique » (ISU).

La confiance rétablie entre les deux réseaux et les nouveaux modes de travail en équipe permettent de mettre fin de manière définitive à l'organisation complexe héritée du passé, qui était fondée sur un fractionnement des tâches totalement impraticable et qui a conduit au désastre révélé par la Cour des comptes en 2012.

Le recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants doit être organisé de manière simple, autour d'une structure unique, entièrement dédiée aux indépendants pour assurer une qualité de services suffisante aux assurés, et ayant la maîtrise de l'ensemble des moyens nécessaires, y compris dans le domaine informatique.

Par conséquent, une organisation nouvelle sera mise en place, dédiée aux services aux assurés :

- les règles complexes de fractionnement des compétences entre les deux réseaux, seront supprimées, pour établir leur co-responsabilité entière sur la totalité des missions de recouvrement des cotisations et contributions des artisans et commerçants ;
- une structure de pilotage national unique est créée, conduite par un directeur national, responsable de la qualité du service rendu aux cotisants dans les deux réseaux et ayant autorité sur l'ensemble des services en charge de ces missions.
- En outre, une refonte du système d'information pour assurer plus de souplesse afin de prendre en compte les évolutions nécessaires aux besoins des travailleurs indépendants sera engagée.

Par conséquent, les dispositions de l'ordonnance de 2005 créant l'ISU sont abrogées.

Par ailleurs, la réforme de l'affiliation des professions libérales non réglementées simplifiera le fonctionnement de la protection sociale des indépendants :

- elle supprimera les difficultés que connaissent plusieurs entrepreneurs du fait de la complexité des règles de rattachement des professions non réglementées, grâce à la définition de règles de partage plus claires ;
- elle contribuera à résorber les difficultés de fonctionnement de la CIPAV.

CHAPITRE II-IV

Sécuriser la couverture maladie des actifs confrontés à la précarité

Les évolutions du monde travail rendent nécessaire de renforcer les garanties attachées aux travailleurs précaires.

Depuis 2012, plusieurs mesures ont été prises pour renforcer les droits des salariés précaires en cas de maladie.

Le maintien du droit aux indemnités journalières pendant un an a été étendu aux chômeurs non indemnisés (LFSS 2013).

La condition d'activité minimale pour ouvrir le droit aux indemnités journalières a été abaissée de 200 à 150 heures sur le dernier trimestre, ce qui permet d'ouvrir le droit aux IJ à 300 000 salariés à temps partiel ou en emploi irrégulier.

Le versement santé permet la mise en place de la généralisation de la complémentaire santé en entreprise, notamment pour les salariés en contrat à durée déterminée de courte durée ou à temps partiel.

Le PLFSS pour 2017 prolonge cette démarche de renforcement des droits des salariés précaires.

D'une part, il permet aux travailleurs qui enchaînent des contrats de travail de courte durée relevant du régime général et du régime des salariés agricoles de bénéficier d'une couverture maladie continue. Cette situation touche tout particulièrement les travailleurs qui alternent selon les saisons participation aux travaux agricoles et d'autres activités relevant du régime général. Le rapport des députées Annie Genevard et Bernadette Laclais, *Un acte II de la loi Montagne pour un pacte renouvelé de la Nation avec les territoires de montagne*, souligne la nécessité de garantir une couverture sociale simplifiée et continue pour ces travailleurs pluriactifs.

Afin d'éviter des « allers-retours » répétés, la mesure prévoit ainsi que les salariés justifiant de contrats courts puissent rester rattachés à leur caisse d'origine, au sein du régime général ou du régime des salariés agricoles. Cette caisse assurera alors le versement de l'intégralité des indemnités journalières en cas de maladie ou de maternité.

Par ailleurs, des dispositions réglementaires permettront d'améliorer l'articulation entre maladies chroniques et activité professionnelle, afin de tenir compte des évolutions permettant aux personnes affectées de maladie chronique de reprendre et poursuivre leur activité.

En matière de pensions d'invalidité : aujourd'hui, en cas de reprise d'activité après une période d'invalidité, la pension d'invalidité est suspendue. En cas de récurrence de la maladie à l'origine de la première période d'invalidité, la personne se voit verser la pension d'invalidité qu'elle recevait alors et qui ne prend donc pas en compte les évolutions de salaire qu'elle a pu connaître depuis. Il est donc prévu que, **après une certaine période de**

reprise d'activité, une nouvelle pension d'invalidité sera calculée pour prendre en compte la carrière.

En matière d'indemnités journalières pour les personnes en affection de longue durée (ALD) : alors que pour les arrêts de travail ne relevant pas des ALD, la durée des IJ est limitée à 360 jours sur une période de trois ans, les ALD donnent droit à une période d'arrêt de travail de trois ans de date à date, au terme de laquelle, il est nécessaire de travailler au moins un an pour bénéficier d'une nouvelle période de 3 ans. La règle retenue pour les ALD, conçue pour être plus protectrice, peut être toutefois défavorable pour les personnes qui continuent de travailler : elles peuvent en effet, au terme d'une période de 3 ans, avoir été en arrêt de travail moins de 360 jours, sans pour autant pouvoir travailler aussi pour ouvrir le droit à une nouvelle période de trois ans. **Cette règle sera revue pour leur permettre de s'arrêter, au-delà de la période de trois ans, dans la limite des 360 jours.**

CHAPITRE II-V

Un service public de la sécurité sociale modernisé

La sécurité sociale se transforme pour simplifier la vie des Français et des entreprises et pour garantir l'accès aux droits

La déclaration sociale nominative (DSN), qui est déjà une réalité pour plus de 800 000 entreprises et 15 millions de salariés, est généralisée à l'ensemble des entreprises au 1er janvier 2017. Elle permet aux entreprises d'adresser, par le moyen d'une seule déclaration dématérialisée déposée sur un guichet unique, la quasi-totalité des données sociales aux différents organismes destinataires de ces informations.

Se substituant à la quasi-totalité des déclarations sociales selon le principe du « dites-le nous une fois », elle apportera des gains de simplification substantiels aux entreprises en allégeant de manière significative les formalités qui leur incombent.

Elle bénéficie également aux salariés. Les droits et les prestations des salariés seront établis et calculés plus vite et de manière plus sûre. Les indemnités journalières sont d'ores et déjà versées plus rapidement. La DSN sécurisera la prise en compte des données individuelles en circulation et permettra ainsi d'accroître la confiance dans notre système de solidarité collective.

Le futur portail national des droits sociaux (PNDS) sera opérationnel dans sa première version au premier trimestre 2017.

Le PNDS sera un portail universel destiné à tous les assurés sociaux servant de point d'entrée centralisé pour l'assuré vers ses droits sociaux, délivrant une information personnalisée. Il permettra d'alerter l'assuré sur ses droits, par exemple de détecter une éligibilité à la prime d'activité et de la signaler au salarié, en croisant données d'activité et données relatives aux droits. Il sera également un outil de facilitation des démarches à engager dans la sphère de la protection sociale.

La LFSS pour 2016 a créé la protection universelle maladie (PUMA), qui garantit aux assurés la continuité de leurs droits au-delà des changements de situation.

Depuis cette réforme, l'ensemble des assurés qui travaillent ou résident en France de manière stable et régulière bénéficient désormais pleinement et individuellement du droit à la prise en charge de leurs frais de soins.

Les personnes conservent ainsi leurs droits à la couverture maladie lors de changements de situation professionnelle ou familiale, sans démarche de leur part, sans changement de caisse et sans risque de rupture de droits. Cette réforme est porteuse d'une simplification radicale des démarches, qui s'exerce au bénéfice de tous; elle est aussi et d'abord une politique tournée vers ceux qui subissent le plus durement la complexité.

La suppression progressive du statut d'ayant-droit pour tous les plus de 18 ans permet que les changements de situation personnelle n'aient plus d'incidence sur les droits des assurés sans activité professionnelle.

Dès 2016, cette réforme est tangible : en janvier 2016, le régime général a enregistré 400 000 appels de moins (soit 20%) que les années précédentes de bénéficiaires qui traditionnellement appelaient pour s'informer ou réaliser les démarches nécessaires au renouvellement de leurs droits.

Le service public de la sécurité sociale a renforcé son efficience

Les conventions d'objectifs et de gestion renouvelées en 2013 (CNAF), 2014 (CNAMTS, CNAV, ACOSS) et 2016 (MSA, RSI) ont accru leurs efforts de maîtrise des dépenses de gestion.

Ces économies reposent sur des mesures de simplification, de mutualisation et de réorganisation qui permettent de dégager les gains de productivité nécessaires au maintien d'un haut niveau de qualité de service dans un contexte de ressources contraintes. Elles s'appuient également sur des modernisations du fonctionnement et des procédures qui permettent de simplifier la vie des assurés et des employeurs.

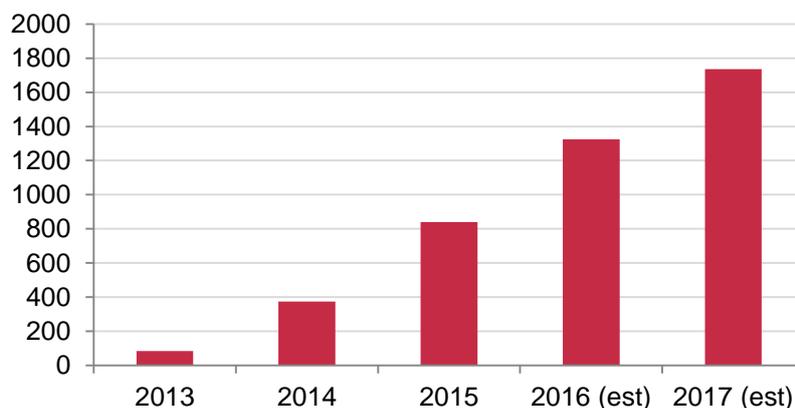
La déclaration sociale nominative permet ainsi à la fois de réduire les coûts de gestion des organismes de protection sociale, d'alléger la charge administrative des entreprises et d'améliorer les délais d'ouverture des droits sociaux des salariés et la fiabilité des données les constituant.

Ces économies de gestion découlent aussi de la rationalisation du paysage la gestion des régimes : unification de la gestion des prestations maladie des exploitants agricoles autour de la MSA ; reprise par la CNAMTS de la gestion des dettes et créances internationales d'assurance maladie ; transfert de la gestion des prestations maladie du régime des mines à la CNAMTS ; adossements de la délégation de gestion à la CNAMTS pour plusieurs mutuelles délégataires ; transfert du recouvrement des cotisations d'assurance maladie maternité des professions libérales aux URSSAF.

Economies réalisées sur les dépenses de gestion administrative du régime général

	2013	2014	2015	2016 (est)	2017 (est)
Économies sur les frais de gestion/année	84	290	466	486	411
Économies sur les frais de gestion/cumulé	84	374	840	1325	1736

Economies cumulées frais de gestion tous organismes (M€)



Troisième partie
**L'assurance maladie à la
reconquête de l'équilibre et de
la prise en charge des soins**

CHAPITRE III-I

L'assurance maladie sur la voie de l'équilibre

Le solde de l'assurance maladie devrait s'établir à - 4,1Mds€ en 2016 et - 2,6Mds€ en 2017.

Il s'agirait du meilleur résultat depuis 2001.

Ce redressement repose sur des efforts accrus de maîtrise des dépenses, garantis par la progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à des niveaux historiquement bas.

L'ONDAM 2016 sera respecté

En 2016, l'ONDAM sera respecté pour la huitième fois consécutive, malgré les contraintes résultant d'un objectif historiquement ambitieux (progression cantonnée à 1,75%) et d'une conjoncture peu favorable.

En effet, la dynamique des soins en ville (notamment sur les médicaments, les indemnités journalières et les spécialistes) pourrait se traduire par un dépassement du sous-objectif de dépenses de soins de ville. A l'hôpital, les dépenses de médicaments (notamment les traitements en ATU/post-ATU ainsi que la liste en sus) connaîtraient également des dépassements.

Le respect de l'ONDAM 2016 sera assuré par l'annulation de certains crédits gelés dans le cadre des mises en réserve prudentielles, ce qui se traduit par la révision à la baisse de certains sous-objectifs.

L'ONDAM 2016 : un respect global

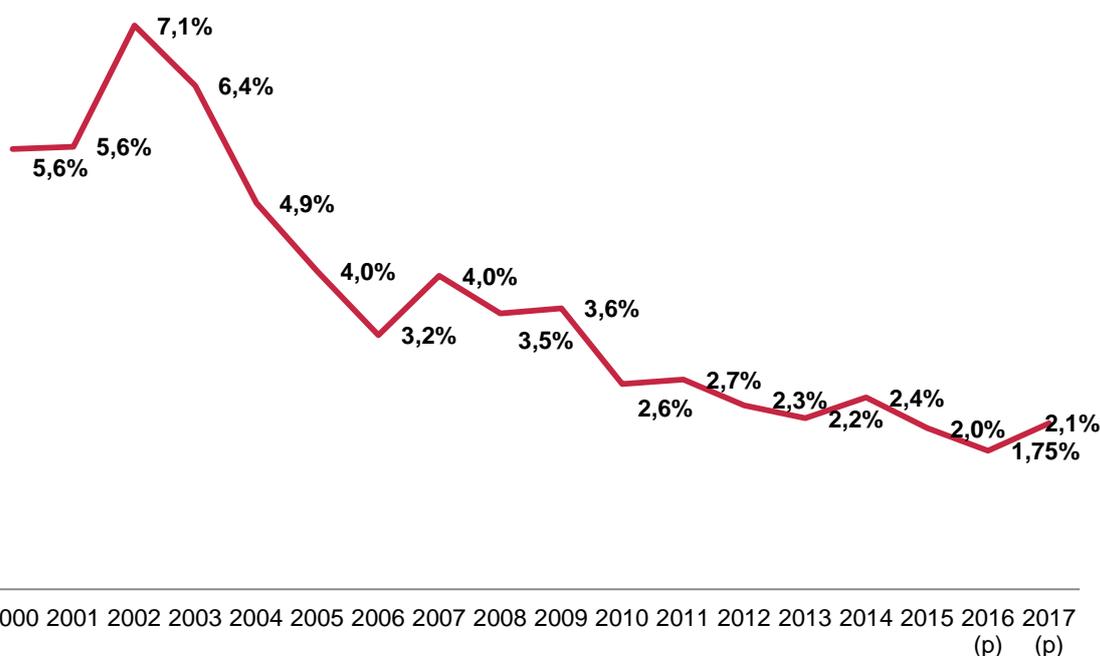
	LFSS 2016	PFLSS 2017
Soins de ville	84,3	84,6
Établissements de santé	77,9	77,9
Établissements et services médico-sociaux	18,2	18,0
Fonds d'intervention régional	3,1	3,1
Autres prises en charge	1,7	1,6
TOTAL	185,2	185,2

L'ONDAM 2017 progressera de 2,1% grâce à des efforts partagés

Le relèvement de l'ONDAM 2017 tire les conséquences de mesures ayant un impact direct sur les dépenses d'assurance maladie, telles que la convention médicale (pour un coût de 400 millions) et les mesures salariales décidées dans le champ de la fonction publique (revalorisation du point d'indice, mise en place du protocole « Parcours professionnels, carrières et rémunérations »), pour un coût de 700 millions. Il tient compte également de la conjoncture dynamique des dépenses de médicaments innovants.

La progression de l'ONDAM est relevée à 2,1%. Ce niveau représente un objectif historiquement bas au regard des taux de progression réalisés dans le passé.

Une progression de l'ONDAM historiquement basse



Le relèvement du taux de progression de l'ONDAM concerne l'ensemble des secteurs financés par l'ONDAM. Conformément aux orientations du virage ambulatoire, le taux de progression de l'objectif de dépenses des soins de ville sera supérieur à celui de l'hôpital.

Évolution de l'ONDAM 2017 par sous-objectifs

	Niveau de dépenses par sous-objectifs (Mds€)	Taux de progression	Pour mémoire : taux de progression voté en LFSS 2016
Soins de ville	86,6	2,1%	1,7%
Établissements de santé	79,2	2,0%	1,75%
Établissements et services médico-sociaux	20,1	2,9%	1,9%
Fonds d'intervention régional	3,2	2,1%	1,0%
Autres prises en charge	1,7	4,6%	4,6%
TOTAL	190,7	2,1%	1,75%

Le surcoût des mesures nouvelles est en effet en partie financé par un surcoût d'économies. Ces économies reposent sur les orientations présentées en 2014 par la ministre des Affaires sociales et de la Santé dans le cadre du plan triennal 2015-2017 :

- baisser les prix des produits de santé et promouvoir les génériques ;
- lutter contre les prises en charge non pertinentes ;
- réussir le virage ambulatoire ;
- améliorer l'efficacité de la dépense hospitalière.

Efficacité de la dépense hospitalière	845
Optimisation des dépenses des établissements	80
Optimisation des achats	505
Liste en sus	260
Virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement	640
Développement de la chirurgie ambulatoire	160
Réduction des inadéquations hospitalières	250
Rééquilibrage de la contribution de l'ONDAM à l'OGD	230
Produits de santé et promotion des génériques	1430
Baisse de prix des médicaments	500
Promotion et développement des génériques	340
Tarifs des dispositifs médicaux	90
Biosimilaires	30
Contribution du Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique	220
Remises	250
Pertinence et bon usage des soins	1135
Baisse des tarifs des professionnels libéraux	165
Maîtrise des volumes et de la structure de prescription des médicaments et dispositifs médicaux	380
Maîtrise médicalisée hors médicament	320
Réforme des cotisations des professionnels de santé	270
TOTAL	4050

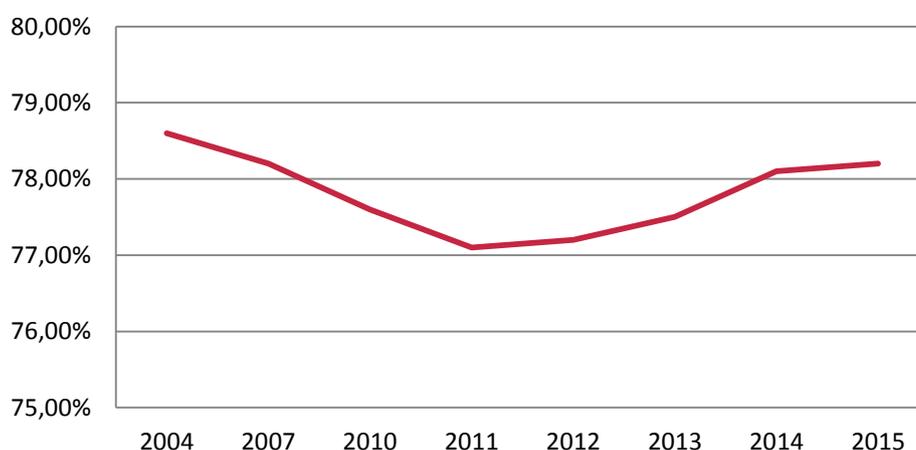
CHAPITRE III-II

Reconquérir la prise en charge des soins par l'assurance maladie

Des soins mieux pris en charge

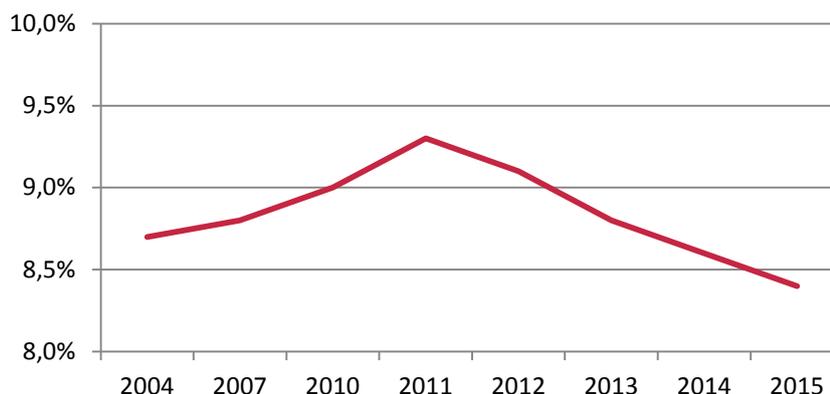
La part des dépenses prises en charge par la Sécurité sociale, après avoir régressé entre 2004 et 2011, a régulièrement progressé depuis : elle couvre 78,2 % des dépenses en 2015, contre seulement 77,1 % en 2011.

La reconquête des soins par la prise en charge solidaire



En conséquence, après avoir augmenté entre 2004 et 2011, la part des dépenses de santé supportée par les ménages a diminué de façon régulière de 2012 à 2015 : alors qu'en 2011, 9,3 % des dépenses de santé restaient à leur charge, cette part a diminué à 9,1 % en 2012, à 8,8 % en 2013, à 8,6 % en 2014. Elle s'établit à 8,4% en 2015, soit un niveau historiquement bas.

Un reste à charge en baisse



La baisse depuis 2011 atteint près de 1 point (0,9), soit environ 1,7 Md€ de différence par rapport à la structure de financement de 2011.

Outre cette évolution en part relative, les dépenses à la charge des ménages ont diminué en valeur absolue, malgré la progression continue des dépenses de santé.

La France est ainsi l'un des pays de l'OCDE où la part des dépenses de santé financée par la collectivité est la plus importante et le reste à charge des ménages le plus faible

La baisse du reste à charge traduit une politique de santé résolument tournée vers l'accès aux soins, qui a refusé de recourir aux mesures de franchises, forfaits et remboursements qui avaient abouti à transférer des charges de l'assurance maladie vers les complémentaires et les ménages, et s'était traduite par une nette progression du reste à charge.

Depuis 2012, le Gouvernement a pris plusieurs mesures pour réduire le reste à charge des ménages.

L'avenant 8 à la convention médicale de 2012 a mis en place une **démarche de maîtrise des dépassements d'honoraires** reposant notamment sur l'engagement de praticiens dans le cadre du contrat d'accès aux soins. Le niveau des dépassements d'honoraires, qui était passé de 38% à 56% entre 2000 et 2011, a reculé à 53% en 2013.

La revalorisation des plafonds d'éligibilité à la CMU-c et à l'ACS a permis à 1,04 million de personnes supplémentaires de bénéficier de ces aides.

La réforme de l'ACS a permis aux ménages utilisateurs de cette aide de bénéficier de contrats présentant un meilleur rapport qualité/prix. Pour un même niveau de couverture, les baisses de prix peuvent atteindre 36%. De nombreux ménages ont ainsi pu profiter de cette réforme pour améliorer leur niveau de couverture.

En rendant l'aide plus simple, cette réforme a permis d'améliorer le taux de recours : le nombre de bénéficiaires de l'aide qui souscrivent un contrat est passé de 958 500 fin mai 2015 à 1 077 600 fin juillet, soit une hausse de plus de 12%.

Depuis le 1^{er} juillet 2015, les franchises médicales sont supprimées pour les 1,4 million de bénéficiaires de l'ACS.

Reconquérir la prise en charge des soins dentaires pour les rendre accessibles pour tous

Les soins dentaires constituent une exception au sein de notre système de prise en charge : la part prise en charge par la sécurité sociale est inférieure à celle prise en charge par les organismes complémentaires (37% contre 40,3%), et les ménages subissent un reste à charge élevé (22,7%).

La liberté tarifaire instaurée en 2006 pour les actes prothétiques et orthodontiques a contribué à cette évolution depuis 10 ans.

Seule une partie des soins sont pris en charge sans possibilité de dépassement (consultation, soins conservateurs et chirurgicaux, radiologie, prévention). Les actes prothétiques et orthodontiques sont pris en charge mais à honoraires libres. Enfin, une partie des soins ne sont pas pris en charge (parodontie, blanchiment, implants).

Cette situation conduit à un renoncement élevé aux soins dentaires, y compris dans les classes moyennes.

Le Gouvernement souhaite relever le défi de l'amélioration de la santé dentaire des Français en lançant un plan pluriannuel pour l'accessibilité des soins dentaires, reposant sur :

- la revalorisation de certains actes aujourd'hui insuffisamment rémunérés, notamment des soins conservateurs, dans une logique de prévention ;
- l'encadrement des dépassements d'honoraires pour les actes à entente directe.

Ces évolutions au bénéfice de l'ensemble de la population devraient être complétées par des actions ciblées sur certains publics pour lesquels la santé dentaire constitue particulièrement un enjeu de prévention :

- améliorer la prévention chez les jeunes, en élargissant le dispositif « MT Dents » et en réformant la prise en charge de l'orthodontie ;
- prendre en charge certains soins aujourd'hui non remboursables pour des personnes atteintes de pathologies présentant des interactions avec la santé dentaire ;
- mieux valoriser des consultations spécifiques adaptées aux personnes âgées en perte d'autonomie ou aux personnes handicapées.

Les négociations sur l'avenant à la convention dentaire qui viennent de s'ouvrir doivent permettre de mettre en place ces mesures, **qui passeront par un réinvestissement financier significatif de l'assurance maladie obligatoire.**

CHAPITRE III-II

La prévention et les droits des patients au cœur de la stratégie nationale de sante

Souvent mise en avant et annoncée, la politique de prévention n'aura jamais fait l'objet d'une politique aussi volontariste que depuis 2012.

C'est une nécessité, alors que l'état de santé des Français est marqué certes par une **espérance de vie à la naissance parmi les plus élevée au monde** mais aussi par une **mortalité prématurée évitable importante**, surtout pour les hommes. Un tiers des décès avant 65 ans sont liés à des comportements défavorables à la santé (addictions, nutrition, sédentarité, etc.).

La loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) consacre la prévention comme **le socle de notre système de santé**. Agir en amont de la survenue des pathologies, sur les déterminants de la santé, et ce dès le plus jeune âge, s'avère **efficace du point de vue de la santé, éthiquement indiscutable et économiquement pertinent**. Les **maladies chroniques** et les **inégalités sociales de santé** constituent les principaux enjeux auxquels le Gouvernement s'est efforcé de répondre depuis 2012.

Cette politique de prévention **ambitieuse et de long terme, s'est fondée sur** des niveaux de preuve élevés, qu'il s'agisse des **priorités** identifiées ou des **stratégies d'action**. Elle a supposé de tenir bon face à plusieurs groupes d'intérêts. Elle a enfin été **innovante** sur les modalités de mise en œuvre, de dialogue et de partenariat.

Si de nombreuses actions engagées reposent sur la **loi de modernisation de notre système de santé**, les **PLFSS successifs ont permis de renforcer les outils et les ressources allouées à la prévention, dans plusieurs directions :**

- Aider les personnes à améliorer la qualité de leur nutrition. La **nutrition** est un déterminant majeur de la santé, pour le surpoids, l'obésité et le diabète notamment, et un **marqueur des inégalités sociales de santé**. **La loi de modernisation de notre système de santé comprend de nouvelles dispositions qui vont permettre d'améliorer la qualité de l'alimentation** : interdiction des fontaines à soda, information nutritionnelle pour faciliter le choix de tous les consommateurs. Pour l'Outre-Mer, l'arrêté dit « sucre » permet de lister les produits ultramarins dont les teneurs maximales en sucres ajoutés ne doivent pas dépasser ceux de la métropole.

La LFSS pour 2016 a créé une expérimentation sur la prévention de l'obésité en faveur des enfants de 3 à 8 ans, permettant à des enfants en risque d'obésité de bénéficier d'une prise en charge globale : consultations diététiques, bilan d'activité physique, appui psychologique.

- Lutter contre le VIH, les hépatites et les infections sexuellement transmissibles (IST) en déployant de nouvelles stratégies de prévention. La lutte contre le VIH, les hépatites et les IST nécessite une **adaptation permanente** des stratégies de prévention aux comportements et aux risques. Elle doit aussi **aller vers** les personnes les plus éloignées du système de santé pour les conduire vers les prises en charge adaptées. Depuis 2012, de nouvelles mesures ont été prises qui traduisent une **politique globale, innovante et diversifiée, reposant sur de nouveaux outils rendus accessibles en vue d'une prévention combinée** : tests rapides d'orientation et de diagnostic (TROD), autotests, recours à la prophylaxie préventive (PreP). **L'ensemble de ces dispositifs fait l'objet d'un engagement financier de l'assurance maladie, à travers la prise en charge de la PreP et le financement de la délivrance des autotests et des TROD. Le taux de la TVA sur les préservatifs a également été ramené de 7% à 5,5% en 2014.**

Depuis le 1er janvier 2016, la création des **Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD)**, en remplacement des précédentes structures, permet de mettre en place une approche globale de santé sexuelle, incluant notamment la vaccination préventive des IST (hépatite B, hépatite A, HPV) et la prescription de la contraception. Les actions « hors les murs » sont valorisées permettant ainsi d'aller vers les publics éloignés du système de santé.

Le PLFSS 2017 poursuit cette politique, en soutenant l'effort financier en direction de la prévention et en proposant de nouvelles mesures spécifiques.

Soutenir l'effort de prévention

Les moyens des agences régionales de santé en matière de prévention sont renforcés.

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

Cette enveloppe a régulièrement progressé, passant de 227 millions en 2012 à 274 millions en 2016.

Au-delà des montants délégués aux ARS, les ressources consacrées à la prévention sont renforcées grâce à un mécanisme dit de fongibilité asymétrique : si les crédits de prévention ne peuvent pas être employés à d'autres fins, **des crédits finançant d'autres actions peuvent être redéployés vers la prévention.**

En 2015, 38,9 M€ de crédits supplémentaires ont été alloués à la prévention dans ce cadre.

L'évolution des crédits prévue en 2017 permettra de financer des mesures nouvelles de **renforcement de la prévention** :

- **en matière de lutte contre le VIH**, la diffusion dans les CeGIDD des autotests, des traitements post exposition du VIH et de l'hépatite B (TPE) et des traitements pré exposition (PrEP) du VIH ;
- **la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.**

Les moyens dédiés aux prises en charge spécifique progressent.

Le sous-objectif de l'ONDAM dédié aux prises en charge spécifiques finance en effet différentes structures de prévention, de réduction des risques et d'accompagnement de publics en difficulté :

- le renforcement du réseau d'accompagnement par les consultations jeunes consommateurs (CJC), les CSAPA et les CAARUD, notamment avec le déploiement de CJC supplémentaires ;
- 200 places d'appartements de coordination thérapeutique ;
- l'amélioration du dépistage et de la prise en charge des infections par le VHC et le VIH chez les usagers de drogues, en particulier par l'utilisation du dispositif TROD ;
- le déploiement de la naloxone en CAARUD pour réduire la mortalité par surdose d'opiacés
- 500 places supplémentaires pour l'hospitalisation des personnes sans-abri (300 Lits d'Accueil Médicalisés et 200 Lits Halte Soins Santé), dans le cadre d'un objectif de création de 2500 places fixé dans le cadre du plan de lutte contre la pauvreté.

Une convention médicale au soutien de la prévention

La convention médicale signée le 25 août entre les syndicats représentatifs des médecins libéraux, l'UNCAM et l'UNOCAM conforte la dynamique de renforcement des actions de prévention.

Cette convention renforce le rôle des médecins dans les actions de promotion de la santé, de dépistage et de sensibilisation de leurs patients à la bonne gestion de leur santé.

- **De nouvelles missions particulières pour le médecin traitant dans la prise en charge des patients de moins de seize ans**

Le médecin traitant devra veiller au bon développement de l'enfant, et assurer le dépistage des troubles du développement, au cours, notamment, des examens obligatoires pris en charge à 100% entre 0 et 6 ans : évolution de la croissance, du langage, de la motricité. L'accent sera aussi mis sur la bonne réalisation du calendrier vaccinal, le soin des pathologies infantiles aiguës ou chroniques, le conseil aux parents en matière d'allaitement, de nutrition, d'hygiène, et de prévention des risques de la vie courante ; il assure un dépistage et une prévention adaptés aux divers âges.

- **Un volet prévention renforcé dans la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)**

Les objectifs de la ROSP ont été revus pour tenir compte des recommandations et priorités de santé publique. 390 points sont désormais consacrés à la prévention et aux actions de santé publique contre 250 auparavant.

Les actions de dépistage des cancers sont renforcées avec la création d'un indicateur relatif au dépistage du cancer colorectal. Les mesures de lutte contre l'iatrogénie notamment pour les personnes âgées de plus de 75 ans ou contre l'antibiorésistance sont soutenues et de

nouveaux indicateurs relatifs à la prévention de conduites addictives (arrêt du tabac et de l'alcool) sont créés.

- **Le développement de dispositifs de promotion d'actions de prévention, de dépistage et de promotion de la santé**

De nouveaux programmes sont mis en place en lien avec le tabac, la prévention de l'obésité des enfants ainsi que l'accès à la contraception et à la contraception d'urgence des mineures d'au moins 15 ans.

- **L'élargissement des soins pouvant donner lieu à un accès spécifique en ophtalmologie**

Les actes de dépistage et de suivi de la DMLA peuvent être exécutés par les ophtalmologues en accès direct, c'est à dire sans consultation préalable du médecin traitant tout en restant dans le parcours de soins.

Faciliter l'accès des usagers de drogue aux produits de réduction des risques

L'article 41 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a précisé les objectifs et les moyens d'intervention de la réduction des risques et des dommages (RDRD) pour les usagers de substances psychoactives.

C'est dans le cadre de cette politique que sont ouvertes en 2016 deux **salles de consommation à moindre risque** (Paris et Strasbourg).

Un des objectifs de la RDRD est de prévenir la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants. **Le PLFSS propose donc de permettre la délivrance par les CAARUD (centres d'aide et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) des produits de santé correspondant à leurs missions de réduction des risques et des dommages.**

L'élargissement des missions des CAARUD proposé par cette mesure permettrait notamment de mettre le traitement de l'urgence respiratoire par surdose d'opiacés à disposition des usagers identifiés à risque ainsi que des personnes de leur entourage susceptibles d'être témoins d'un épisode de surdose.

En effet, les usagers suivis en CAARUD constituent une population particulièrement à risque de mortalité par surdose d'opiacés. Les consommateurs d'opiacés représentent 70% des personnes accueillies en CAARUD (soit file active de 52 500 personnes), et 42% de ces usagers ont injecté un ou des opiacés dans le mois (soit près de 22 000 personnes). 7% des usagers des CAARUD rapportaient en 2012 avoir été victimes d'une surdose dans l'année en lien avec la consommation de produits psychotropes.

Des outils renforcés pour lutter contre le tabagisme

Le programme national de réduction du tabagisme a fixé des objectifs ambitieux pour lutter contre les méfaits du tabagisme, qui tue 80.000 personnes chaque année : diminuer de 10% le nombre de fumeurs quotidiens d'ici à 2019, passer en dessous de 20% de

fumeurs quotidiens d'ici à 2024 et enfin, faire de la génération d'enfants qui naît aujourd'hui la première **génération sans tabac**.

L'obligation de demander une preuve de majorité lors de la vente de tabac, l'interdiction des capsules et des arômes dans les cigarettes, l'interdiction de fumer dans un véhicule en présence d'un mineur ou encore de faire de la publicité pour ces produits sur leur lieu de vente, l'insertion d'un pictogramme incitant les femmes enceintes à ne pas fumer et l'interdiction de fumer dans les aires de jeux dédiées aux enfants, sont autant de mesures désormais concrétisées. La mise en place du **paquet neutre** est un changement profond, qui doit casser l'attrait des produits du tabac et éviter que les plus jeunes ne commencent à fumer. Il a été mis en place en mai dernier, concomitamment à une augmentation des avertissements sanitaires.

La prise en charge forfaitaire des **substituts nicotiniques** a ainsi été **triplée** pour les jeunes de 20 à 30 ans, les bénéficiaires de la CMU complémentaire et les patients atteints de cancer. Elle est désormais de 150 euros. Les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les chirurgiens-dentistes et les médecins du travail peuvent prescrire ces traitements à leurs patients. En outre, les sages-femmes peuvent dorénavant le faire pour l'entourage des femmes enceintes.

Le PLFSS pour 2017 prolonge cet effort.

Le PLFSS propose donc d'augmenter de 5,7 points la part proportionnelle des droits de consommation sur les tabacs à rouler. Le minimum de perception serait augmenté dans le même temps, afin de garantir une hausse des prix sur les produits les moins chers

Le tabac à rouler constitue un produit encore plus nocif que la cigarette. Le niveau de taxation du tabac à rouler est inférieur de 5,7 points à celui des cigarettes, et le prix est inférieur de 26,6%. Ses ventes augmentent plus vite : en 2015, les ventes de cigarettes et de tabac à rouler ont augmenté respectivement de +1,0 % et +5,6 %.

On peut anticiper une hausse de prix de 15%, soit 1,1 euro pour un paquet à 7,5€, si les fabricants cherchent à conserver leur marge. De tels niveaux ont un effet sur la consommation.

Par ailleurs, il est proposé de créer une contribution sur le chiffre d'affaires des fournisseurs agréés de tabacs.

Les bénéfices réalisés par les fabricants de tabac ont progressé depuis 2011.

L'organisation de l'approvisionnement des cigarettes vendues en France, qui est assuré par une entreprise unique, filiale d'un des quatre grands groupes de fabricants, permet de faire échapper les groupes industriels du secteur et leur filiale à toute taxation directe en France.

Il est donc créé une taxe sur le chiffre d'affaires des fournisseurs agréés, qui permettra de faire contribuer le secteur.

Son rendement, de 130M€, contribuera au financement du fonds de lutte contre le tabagisme.

Promouvoir la démocratie en santé

Placer les patients au cœur de notre système de santé suppose de créer les conditions d'une véritable démocratie en santé, reposant sur un renforcement des droits individuels des patients et **une représentation des intérêts des patients en tant que tels, à voix égale avec celle de tous les acteurs du système de santé.**

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a permis plusieurs avancées majeures pour la démocratie en santé et la défense des droits des patients. Elle s'attache notamment à donner un second souffle aux droits collectifs, **en reconnaissant le fait associatif comme une composante de la politique de santé afin de renforcer la représentation des patients**, avec la création de l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS) **et en créant un droit à la formation pour les représentants d'usagers** qui siègent dans les instances de démocratie sanitaire. Ces dispositions visent à permettre une structuration de l'action associative pour la rendre plus efficace.

Le PLFSS donne les moyens nécessaires pour mettre en œuvre ces droits en créant un fonds national pour la démocratie en santé, pour assurer entre autres le financement de l'UNAASS et de la formation des représentants d'usagers. Le fonds bénéficiera d'une fraction des droits de consommation sur les tabacs, pour un montant fixé à 13 millions par la loi. A titre transitoire, en 2017, afin de tenir compte de la construction progressive de l'UNAASS, ce montant sera de 8 millions.

Les financements régionaux dédiés à la démocratie en santé sont par ailleurs préservés.

CHAPITRE III-III

Assurer la pérennité de l'accès aux médicaments innovants

Les dépenses de produits de santé prises en charge par l'assurance maladie représentent près de 33 Md€ en 2016. Le Gouvernement a fixé un objectif de stabilité de la dépense remboursée de médicaments sur la période 2015-2017.

L'accès rapide et sans restriction financière à l'innovation thérapeutique est constitutif de l'excellence du modèle social français

L'autorisation temporaire d'utilisation permet à un médicament potentiellement innovant d'être mis très rapidement à disposition des patients, avant même l'octroi de l'autorisation de mise sur le marché (AMM). Il constitue un outil important d'accès à l'innovation thérapeutique en France.

En 2014, grâce à ce dispositif, la France a ainsi été le pays où les patients ont pu bénéficier le plus rapidement des nouveaux traitements de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C. La priorité a d'abord été accordée aux patients ayant le plus besoin de bénéficier de ces traitements, notamment du fait du stade d'avancée de l'infection. En mai 2016, la ministre des Affaires sociales et de la Santé a annoncé que l'accès à ces traitements deviendrait universel en 2016. Un premier élargissement des patients traités a déjà été réalisé. La Haute autorité de santé a été saisie en vue de l'ouverture à l'ensemble des patients.

Le dynamisme des coûts de l'innovation médicamenteuse appelle un financement approprié et de mesures de régulation adaptées

L'arrivée de nouveaux traitements onéreux dans de nombreuses pathologies, notamment en oncologie, pour les maladies immunitaires ou pour certaines maladies orphelines, nécessite des mesures pour assurer durablement un large accès à l'innovation et sa soutenabilité financière pour l'assurance maladie.

Dans le cadre des relations conventionnelles entre les pouvoirs publics – au sein du comité économique des produits de santé (CEPS) – et les fabricants, des mesures de régulation sont nécessaires pour mieux concilier les objectifs de maîtrise des dépenses, de santé publique et d'accès à l'innovation.

Financer dans la durée les innovations pharmaceutiques

Le rythme d'arrivée sur le marché des innovations, irrégulier et imparfaitement prévisible est difficilement conciliable avec l'inscription des dépenses qui en résultent dans un cadre d'annualité budgétaire faisant l'objet d'une trajectoire pluriannuelle. En effet, les pics de dépenses d'innovation peuvent conduire à des mesures de régulation infra-annuelle sur les autres secteurs de soins, tandis que les années « creuses » peuvent conduire à relâcher les efforts d'économies structurelles pour respecter l'ONDAM.

C'est pourquoi il est proposé de créer un fonds de financement de l'innovation pharmaceutique qui permettra de lisser dans le temps les fluctuations annuelles des dépenses liés à ces innovations.

Ce fonds aura pour mission de prendre en charge l'ensemble des dépenses liées à la liste en sus, aux dispositifs d'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et post-ATU, aux médicaments rétrocédés par les pharmacies à usage interne des établissements hospitaliers.

L'ONDAM supportera ces dépenses et leur dynamique tendancielle de moyen-long terme, car il versera au FFIP une dotation annuelle, calibrée sur le périmètre de ces dépenses nettes des remises afférentes, et dont la progression correspondra au rythme d'évolution constaté de ces dépenses nettes sur les cinq exercices précédents. En revanche, les variations annuelles de la croissance des dépenses allant au-delà ou en-deçà de cette tendance de long terme seront amorties par le solde du fonds, qui sera appelé à contribuer sur ses réserves (si les dépenses de l'exercice sont supérieures à la tendance) ou qui en accumulera (si les dépenses sont inférieures à la tendance). L'impact des variations annuelles de la dynamique des dépenses d'innovation sur l'ONDAM sera donc amorti.

Son fonds de roulement est assuré par l'affectation des réserves de la section III du FSV, créée en 2010 et dont le niveau est largement sur-calibré par rapport aux dépenses qu'elle devait assurer.

Pour assurer sa mission de lissage des dépenses, le fonds sera doté de règles de gouvernance prévoyant :

- que sa dotation annuelle évolue au moins au même rythme que la croissance tendancielle de ses dépenses. Elle évoluera donc selon la croissance moyenne des dépenses du fonds mesurées sur les cinq exercices précédents ;
- qu'il ne peut puiser dans ses réserves pour plus de 25% de leur montant ;
- enfin qu'au cours de six exercices consécutifs, il ne peut pas être déficitaire plus de trois fois

Etendre le dispositif de l'ATU pour assurer la continuité des soins et l'accès à l'innovation et mettre en place des mécanismes garantissant sa soutenabilité

Le PLFSS pour 2017 propose d'améliorer le fonctionnement de l'ATU sur deux points.

Tout d'abord, aujourd'hui, lorsqu'un médicament dispose d'ATU dans plusieurs indications, l'inscription de l'une des indications sur une liste de remboursement met fin à la période de post-ATU pour toutes les indications en bénéficiant, alors qu'elles n'ont pas encore été évaluées par la Haute Autorité de santé donc pas été admises au remboursement. Cela pourrait priver certains patients d'une continuité de leur traitement.

Il est donc prévu de prolonger l'ATU, après l'inscription au remboursement du produit pour une de ses indications, pour les indications restantes.

Par ailleurs, les produits sous ATU sont vendus à des prix librement fixés par l'industriel. Lorsque, après évaluation du produit, le CEPS et l'industriel négocient un prix facial, ainsi que des remises pouvant conduire à un prix net inférieur, l'assurance maladie ne récupère pas la totalité de l'écart entre le prix libre et le prix net négocié. La liberté des prix permet donc à l'industriel de bénéficier, pendant la période de l'ATU/post-ATU, d'un gain financier par rapport à ce qui aurait résulté de l'application aux produits vendus des conditions tarifaires qu'il consent par la suite. Cet avantage ne favorise pas les conditions d'une négociation de prix équilibrée avec le CEPS et n'incite pas à une conclusion rapide de cette négociation. En pratique, la dynamique financière et la difficulté de clôture des négociations sont concentrées sur un petit nombre de produits pour lesquels les prix libres sont fixés à des niveaux très importants. Ces dérives, fragilisent considérablement un dispositif que tous - patients, assurance maladie, laboratoires – ont intérêt à pérenniser.

Il est donc proposé de conserver le principe de liberté de prix mais de garantir le reversement par l'assurance maladie, sur la période ATU/post-ATU, de l'écart entre le prix libre et le prix négocié net des remises conventionnelles.

Adapter les mécanismes de régulation globale

La clause de sauvegarde permet de protéger l'Assurance maladie contre une augmentation trop rapide des dépenses de médicaments, lorsque les autres actions de régulation n'ont pas été suffisantes pour permettre le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). La clause de sauvegarde concerne la majorité des médicaments délivrés en pharmacie de ville et par l'hôpital.

Cependant, la dynamique globale des dépenses remboursées est particulièrement différente selon les deux secteurs : si ces dépenses sont en forte augmentation à l'hôpital (+4,5% en 2015), elles sont relativement stables pour les médicaments délivrés par les pharmacies d'officines (-0,5%). Compte tenu de ces différences, **il convient de disposer d'outils permettant de réguler spécifiquement ces deux secteurs. La clause de sauvegarde sera donc désormais différenciée entre la ville et l'hôpital.**

L'émergence rapide, en 2014, de nouveaux traitements innovants de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C a conduit à la création d'un **mécanisme de contribution spécifique** – dit dispositif W – conduisant les laboratoires à reverser une partie du chiffre d'affaires dépassant un seuil défini par la loi, fixé à 700 millions pour 2015 et 2016. Ce dispositif a été efficace : alors même que plus de 30 000 patients ont été traités, les dépenses relatives à ces traitements sont restées compatibles avec le respect de l'ONDAM.

Il s'avère nécessaire de prolonger ce dispositif pour l'année 2017. En effet, alors qu'une partie importante de la population pouvant bénéficier de ce traitement aura fini d'être traitée à la fin de l'année 2016, l'accès de nouveaux patients nécessite de disposer d'un dispositif permettant de continuer à limiter l'impact sur l'ONDAM de ces traitements. Les baisses de prix permises par l'arrivée de nouveaux médicaments sur le marché français, qui doit conduire à stimuler la concurrence entre les différents laboratoires, ainsi que la prescription de traitements d'une durée plus courte et donc moins onéreux, justifient **une diminution du montant de W à 600 millions.**

Sécuriser le cadre juridique des décisions du Comité économique des produits de santé

Le système français de fixation de prix des produits de santé est fondé avant tout sur la négociation conventionnelle entre le comité économique des produits de santé et les industriels. Le prix des produits de santé est ainsi tout à la fois négocié et administré. A ce titre, la négociation de remises permet souvent d'aboutir à des accords avec les industriels.

Dans quelques cas, la négociation ne permet pas d'aboutir à un accord et il revient au comité, dans le respect des critères établis par la loi et des orientations fixées par les ministres compétents de fixer seul le prix.

Pour asseoir juridiquement ses propositions et plus encore ses décisions, le comité doit s'appuyer sur une base législative adaptée. Or les articles qui établissent cette base, que ce soit pour le médicament ou pour les dispositifs médicaux sont aujourd'hui insuffisamment précis pour asseoir de telles décisions. Le PLFSS 2017 permet de préciser ces critères et donc de sécuriser les décisions du CEPS.

Assurer la pertinence des prises en charge

Les dernières recommandations de l'ANSM permettent de faire évoluer le cadre législatif relatif aux médicaments biosimilaires. En effet suite à une réflexion de l'Agence européenne du médicament (EMA) sur les médicaments biologiques, les recommandations des autorités de certains Etats membres ont évolué et l'ANSM a également estimé nécessaire d'adapter ses recommandations. Ainsi, l'interchangeabilité est désormais possible en cours de traitement sous certaines conditions.

La mesure tire toutes les conséquences de l'évolution de cette doctrine en permettant l'interchangeabilité à tout moment du traitement sous le contrôle du prescripteur. Cette disposition permettra de lever les freins au référencement et à l'utilisation des médicaments biosimilaires à l'hôpital.

CHAPITRE III-IV

Poursuivre la transformation du système de soins

La stratégie nationale de santé vise à transformer notre système de soins pour :

- garantir l'accessibilité des soins sur le territoire ;
- mieux coordonner les prises en charge dans une logique de parcours ;
- mieux répondre aux besoins de prise en charge insuffisamment satisfaits ;
- moderniser l'offre de prise en charge.

Cette transformation suppose la mobilisation des différents acteurs de soins, à ville, à l'hôpital et dans le secteur médico-social.

Des soins de ville accessibles

Le Pacte Territoire Santé (PTS), lancé par la ministre des Affaires sociales et de la Santé en décembre 2012, suivi 3 ans plus tard du PTS2, vise à lutter contre les déserts médicaux et à améliorer l'accès aux soins à travers plusieurs outils.

Les contrats d'engagement de service public (CESP) qui octroient une bourse aux étudiants en médecine en contrepartie d'une installation en territoire manquant de professionnels ont séduit plus de 1770 jeunes. L'objectif initial de signer 1500 contrats pour 2017 est déjà dépassé.

600 médecins se sont installés dans ces mêmes territoires grâce au contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG). Ils voient ainsi leurs ressources assurées et leur protection sociale améliorée suite à leur installation.

Le nombre de maisons de santé pluri-professionnelles a plus que triplé depuis 2012. Elles sont presque 800 en 2016 et seront 1200 fin 2017.

Enfin 550 médecins généralistes ont adhéré au dispositif de "médecin correspondant SAMU" et permettent à des personnes vivant dans des territoires particulièrement isolés d'accéder à des soins d'urgence en moins de 30 minutes.

La nouvelle convention médicale contient de nombreuses mesures qui vont améliorer l'accès à des soins de qualité pour tous :

- - pour renforcer l'accès à des soins rapides et éviter les hospitalisations inutiles, les praticiens seront financièrement incités à prendre en charge sous 48 heures un patient adressé par un confrère ;
- - elle instaure une aide pouvant aller jusqu'à 50 000 euros pour les professionnels qui décideraient de s'installer dans ces zones

Le PLFSS prolonge cet effort en soutenant l'installation des jeunes médecins en vue de l'exercice à tarifs opposables ou maîtrisés.

Les charges inhérentes à l'exercice libéral de la médecine et les limites de la couverture actuelle dans le cadre du congé maternité sont un frein à l'installation pour des femmes désireuses de fonder une famille. Des avancées ont été réalisées en ce sens par le gouvernement avec des dispositifs tels que les praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG) et les praticiens territoriaux ambulatoire (PTMA).

Le Gouvernement s'est engagé lors de la Grande Conférence de Santé à assurer aux femmes médecins une protection maternité qui représentera plus de 3 000 euros par mois pendant trois mois. Cette aide s'adressera aux médecins qui respectent les tarifs opposables ou qui modèrent leurs pratiques tarifaires. Cette mesure facilitera une installation rapide des jeunes femmes au sortir des études de médecine.

Le PLFSS déploie en outre la télé-médecine pour moderniser et enrichir l'offre de soins, renforcer l'accès aux soins et à l'expertise médicale.

Il proroge d'un an les expérimentations prévues par la LFSS pour 2014 et les étend à l'ensemble du territoire afin d'accompagner toutes les initiatives – et non uniquement celles des 9 régions initialement retenues. Les démarches administratives seront allégées afin que les porteurs de projets puissent plus rapidement se lancer.

Par ailleurs, la nouvelle convention médicale rend possible la rémunération de téléconsultations et du recours à la télé-expertise dans des contextes spécifiques où les bénéfices de la télémédecine sont déjà démontrés.

Poursuivre la réforme du financement des hôpitaux

Le Gouvernement a souhaité engager dès 2012 une réforme en profondeur du modèle de financement des établissements de santé en sortant du « tout tarification à l'activité (T2A) ». De premières évolutions importantes ont été mises en œuvre à travers les lois de financement de la sécurité sociale : mise en œuvre d'un financement spécifique des activités isolées, financement de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, réforme du financement de la médecine hospitalière de proximité et, plus récemment, réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation.

Le PLFSS pour 2017 prévoit une nouvelle étape, ambitieuse et structurante, en déclinant plusieurs propositions de la mission conduite par le Dr. Olivier Véran sur l'évolution du modèle de financement des établissements de santé. Cette nouvelle étape vise à mieux soutenir le virage ambulatoire et à favoriser l'égalité d'accès aux soins critiques sur tout le territoire.

Lever les freins au développement des prises en charge ambulatoires

Il s'agit en particulier de lever différents obstacles au développement des prises en charge ambulatoires, notamment en répondant à la problématique des prises en charge « intermédiaires » entre l'activité externe des établissements de santé et l'hospitalisation de jour. Certaines prises en charge de médecine ambulatoire, réalisées en établissements de santé, nécessitent en effet la mobilisation coordonnée de professionnels médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs et la réalisation d'une synthèse médicale sans pour autant nécessiter la mobilisation d'une place d'hôpital de jour ou le recours à un plateau technique. Ces prises en charge, qui sont au cœur du suivi des patients atteints de maladies chroniques, telles que le diabète, sont néanmoins mal valorisées dans le modèle actuel de financement. C'est la raison pour laquelle **la mesure prévoit la création d'un niveau de tarification intermédiaire entre prise en charge externe et hospitalisation de jour afin de permettre une valorisation adaptée de ces prises en charge.**

Réformer le financement des activités de soins critiques

Le modèle actuel de financement des unités de soins critiques (réanimation, soins intensifs, surveillance continue) ne permet pas de répondre de manière pleinement satisfaisante aux spécificités de cette filière. L'activité de la filière de soins critiques se caractérise en effet par l'importance des coûts fixes supportés par ces unités, du fait des normes de fonctionnement auxquelles elles sont soumises, ainsi que par une certaine variabilité de l'activité, sans possibilité de maîtrise de leur file active de patients. En conséquence, **la mesure vise à faire évoluer ce modèle de financement vers un modèle mixte, combinant financement à l'activité et financement forfaitaire, afin de stabiliser le financement de ces unités en améliorant la prise en compte de leurs coûts.**

Le PLFSS 2017 permettra en outre d'améliorer les réformes engagées les années précédentes, en prévoyant, notamment, l'extension du modèle de financement des hôpitaux de proximité aux activités de soins de suite et de réadaptation et la prise en compte de la spécificité des établissements situés sur un territoire insulaire dans le cadre du financement des « activités isolées ».

Améliorer l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées

Depuis 2012, l'offre d'établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées a été considérablement renforcée et adaptée pour mieux répondre aux besoins des personnes.

Dans le champ du handicap, environ 18700 places nouvelles d'établissements et services pour enfants et adultes auront été installées sur la période 2012-2016, dont 9000 places pour enfants et 9700 places pour adultes. S'agissant des enfants, la part des services (5750 places) a permis de renforcer l'accompagnement en milieu scolaire notamment. S'agissant des adultes, l'offre en établissements a constitué les deux tiers des créations.

Le gouvernement a soutenu le développement du 3ème plan autisme par l'affectation de 295M€, qui permettent notamment la création de places en établissement et services (1550 places nouvelles installées fin 2016), **et par la mise en place d'un fonds destiné à prévenir les départs non souhaités en Belgique.**

Ce renforcement des capacités s'accompagne d'une transformation de l'offre au service de l'inclusion des personnes dans la société et les dispositifs de droit commun, en milieu scolaire, professionnel ou en matière de logement.

De nouveaux dispositifs ont été mis en place, tels que les unités d'enseignement en milieu scolaire ou les pôles de compétences et de prestations externalisées, qui viennent compléter la palette de l'offre médico-sociale en proposant une réponse souple, permettant d'y adjoindre les interventions de professionnels à titre salarié ou libéral dont les compétences sont reconnues.

La mise en œuvre du rapport « zéro sans solution » doit entraîner une réorganisation profonde des acteurs de l'orientation et de l'accompagnement des personnes, dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », pour que chaque personne puisse bénéficier d'un accompagnement répondant à ses besoins et à ses choix.

Au total, sur la période 2012-2016, le secteur des établissements et services pour personnes handicapées a bénéficié de plus 1.2 milliard d'euros de mesures nouvelles de l'assurance maladie.

Dans le champ des personnes âgées, depuis 2012 et à fin 2016, 25 000 places nouvelles d'EHPAD auront été installées, ainsi que 5700 places de services de soins infirmiers à domicile.

Sur la période 2012-2016, près 1.5 milliard d'euros ont été consacrés au développement de l'offre pour personnes âgées, au renforcement des moyens en personnel et à l'amélioration des prises en charge grâce aux crédits de médicalisation et d'actualisation ainsi qu'à l'adaptation de l'accompagnement aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Par ailleurs, **la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 a permis de renforcer les leviers de la prévention de la perte d'autonomie** en coordonnant les acteurs au sein des conférences des financeurs, dotées de moyens

supplémentaires (140 Millions par an financée par la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA)).

En outre, **la loi a renforcé l'allocation personnalisée d'autonomie et diminué les restes à charge, permettant aux personnes en perte d'autonomie de se maintenir à domicile.** Ces dépenses sont intégralement compensées aux départements, à hauteur de 453 millions financés par la CASA.

L'objectif global de dépenses 2017

En 2017, 21.5 milliards d'euros seront consacrés aux établissements et services accueillant des personnes âgées en perte d'autonomie ou des personnes handicapées.

Les dépenses consacrées au soutien des politiques de l'autonomie sont en progression, à champ constant, de 3.2%, ce qui représente 590 millions d'euros supplémentaires.

Conformément aux engagements pris dans la loi de financement de la sécurité sociale 2016, **les établissements et services d'aide par le travail, financés jusqu'alors par le budget de l'Etat, seront financés par l'assurance maladie (dans le cadre d'un transfert compensé).** Cette mesure permet aux différents types d'établissements gérés par un même organisme de bénéficier d'un seul financeur et de mieux adapter les ressources au sein des établissements en fonction des parcours des personnes handicapées au cours de leur vie.

Ces 21.5 milliards d'euros constituent l'objectif global de dépenses, dont l'essentiel est délégué aux agences régionales de santé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Il est financé au moyen des recettes suivantes :

- 20 milliards d'euros de dotations de l'assurance maladie : il s'agit de **l'ONDAM médico-social, qui progressera en 2017 de 2.9%** ;
- 1.1 milliard d'euros issus d'une fraction du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) ainsi que 106 millions de recettes fiscales ;
- pour 2017, un prélèvement de 230 millions sur les réserves de la CNSA.

Les 590 millions de mesures nouvelles permettront notamment de :

- revaloriser de 0.92% les moyens dévolus au titre des places et services existants
- soutenir les créations de places pour les établissements et services pour personnes handicapées, à hauteur de 209 M€, dont 60 millions consacrés à l'accompagnement de l'autisme, et 30 M€ au titre du plan quinquennal d'évolution et de transformation de l'offre annoncé par le Président de la République lors de la conférence nationale du handicap
- soutenir les créations de places d'établissements et services pour personnes âgées, à hauteur de 85 M€, dont 17 M€ au titre du plan maladies neurodégénératives.
- mettre en œuvre la réforme du financement des EHPAD en renforçant les moyens des établissements, par la mobilisation de 185 M€, intégrant une enveloppe de 32

millions dédiés aux financements complémentaires visant à améliorer la qualité des accompagnements.

Les gestionnaires d'établissements et services pour personnes âgées ou personnes handicapées bénéficient de règles de contractualisation et de financement modernisées, à travers la mise en place des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), le passage à la dotation globale dans le champ du handicap et à la tarification forfaitaire assortie de financements complémentaires pour les EHPAD.

L'ensemble de ces mesures nouvelles, assorties des outils rénovés de dialogue avec les autorités de tarification, permettront de conduire les chantiers d'amélioration, de modernisation et de transformation de l'offre des établissements et services à destination des personnes âgées et des personnes handicapées.

Investir pour la modernisation de notre système de santé

La loi de modernisation de notre système de santé doit trouver une traduction en matière d'investissements de santé territorialisés. 2 Md€ seront mobilisés sur les 5 prochaines années pour faire évoluer l'offre de soins dans les territoires.

Cet effort d'investissement, construit autour de 3 priorités, viendra prolonger la stratégie d'investissement hospitalier engagée depuis 2012 et qui a permis de valider 51 projets hospitaliers restructurants.

1. Une stratégie territoriale en matière immobilière

La première priorité sera d'accompagner la territorialisation de l'offre de soins en favorisant des investissements qui permettent de garantir un accès à des soins coordonnés et gradués à l'échelle d'un territoire.

Les investissements immobiliers doivent désormais être le reflet d'un projet médical, qui doit être territorial, s'appuyer sur les filières ville – hôpital – médico-social et viser la construction d'un parcours patient. Les logiques de recours seront centrales, notamment s'agissant de la modernisation des plateaux techniques, ainsi que les prises en charge de proximité.

2. Une priorité donnée au numérique, aux outils de coordination territoriaux et aux organisations en parcours.

La deuxième priorité portera sur le numérique pour favoriser une meilleure coordination des soins. Il s'agira de s'appuyer sur l'expérience du programme « Territoires de soins numériques » engagé en 2012 pour développer les plateformes d'appui aux professionnels prévus par la loi de modernisation de notre système de santé, favoriser le lien ville-hôpital et faire évoluer les systèmes d'information des groupements hospitaliers de territoire (dossiers patients partagés sur un territoire entre plusieurs professionnels de santé).

3. Une place renforcée pour l'innovation sous toutes ses formes, notamment en ambulatoire et soutenu par le programme investissement d'avenir.

La troisième priorité porte sur l'innovation technologique et organisationnelle. La diffusion accélérée de technologies de santé scientifiquement validées est nécessaire pour que le plus grand nombre de patients bénéficie d'un égal accès à ces innovations. Il convient ainsi d'encourager le développement, la validation et un accès rapide aux innovations qui auront démontré leurs apports.

Pourront notamment être financés des projets d'investissement dans des infrastructures et des organisations permettant d'exploiter le « big data » ainsi que des projets en matière de télémédecine.



Contacts presse

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

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