



Facile à lire

# Dossier de presse

Projet de loi de financement  
de la Sécurité Sociale

**2017**

## **Les différentes parties du dossier :**

### **Première partie :**

#### **Le retour à l'équilibre du budget de la sécurité sociale, dès janvier 2017**

**4**

#### **Chapitre 1 :**

Le déficit de la sécurité sociale baisse beaucoup en 2016  
pour presque atteindre l'équilibre en 2017

**5**

#### **Chapitre 2 :**

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

**19**

#### **Chapitre 3 :**

Les règles de lutte contre les fraudes,  
principalement dans le domaine du détachement,  
sont plus fortes

**25**

### **Deuxième partie :**

#### **La sécurité sociale évolue pour s'adapter aux besoins des personnes et aux changements dans la société**

**27**

#### **Chapitre 1 :**

Un système de retraite durable  
et adapté aux parcours professionnels

**29**

#### **Chapitre 2 :**

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

**32**

#### **Chapitre 3 :**

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

**35**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Chapitre 4 :</b><br>Sécuriser la couverture maladie des travailleurs précaires  | 43        |
| <b>Chapitre 5 :</b><br>Un service public de la sécurité sociale plus moderne   | 46        |
| <b>Troisième partie :</b><br><b>Les efforts de l'assurance maladie<br/>pour retrouver un budget équilibré<br/>et maîtriser les dépenses de prise en charge des soins</b> | <b>50</b> |
| <b>Chapitre 1 :</b><br>L'assurance maladie sur la voie de l'équilibre  | 51        |
| <b>Chapitre 2 :</b><br>Réussir à nouveau la prise en charge des soins<br>par l'assurance maladie   | 55        |
| <b>Chapitre 3 :</b><br>La prévention et les droits des patients<br>au centre de la stratégie nationale de santé  | 60        |
| <b>Chapitre 4 :</b><br>Assurer l'accès aux nouveaux médicaments, dans la durée   | 72        |
| <b>Chapitre 5 :</b><br>Continuer la transformation du système de soins   | 79        |

## **Première partie :**

Le retour à l'équilibre du budget de la sécurité sociale,  
dès janvier 2017

## **Chapitre 1 :**

### **Le déficit de la sécurité sociale baisse beaucoup en 2016 pour presque atteindre l'équilibre en 2017**

Un déficit est un manque d'argent pour équilibrer les comptes. Quand on est en déficit, on est « dans le rouge ».

Le rétablissement des comptes sociaux de la sécurité sociale a commencé en 2012.

Ce rétablissement a été régulier et rapide.

En 2016, il permettra de ramener

le déficit du régime général de la sécurité sociale à - 3,4 milliards d'euros.

Ce montant est plus bas que ce qu'avait prévu

la première loi de financement de la sécurité sociale (LFSS).

En 1 an, le déficit a diminué de la moitié.

C'est la première fois depuis 2002 que le résultat est aussi bas.

Le budget de la sécurité sociale sera presque à l'équilibre en 2017 grâce :

- aux prévisions des recettes et des dépenses pour 2017
- aux décisions prises par le gouvernement.

Le déficit du régime général de la sécurité sociale devrait être de moins de 400 millions d'euros.

L'équilibre financier de la sécurité sociale sera atteint

2 ans plus tôt que ce qui était prévu

par la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

Le budget de la sécurité sociale était en déficit depuis 2001.

Une baisse du déficit du fonds de solidarité vieillesse (FSV)

sera aussi engagée, pour le ramener à l'équilibre en 2020.

### **En 2016, le déficit de la sécurité sociale baisse de moitié**

En 2015, le déficit de la sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse était de 10,8 milliards d'euros.

Cela correspondait à

- une amélioration de 2,4 milliards d'euros par rapport à 2014
- 2,6 milliards d'euros de moins que ce qui était prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

Pour 2016, la loi de financement de la sécurité sociale prévoit une poursuite de la diminution du déficit pour atteindre 9,7 milliards d'euros :

- 6 milliards d'euros pour la sécurité sociale
- 3,7 milliards d'euros pour le Fonds de solidarité vieillesse.

La commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2016 est d'accord avec cet objectif.

Cette commission a pour mission de vérifier les comptes de la sécurité sociale.

Elle a revu à la baisse le montant du déficit de la sécurité sociale de 600 millions d'euros.

Cette prévision est encore revue à la baisse car le déficit de la sécurité sociale ne devrait pas dépasser 3,4 milliards d'euros cette année. Cela correspond à 2,6 milliards d'euros de moins que ce qui était prévu.

Le déficit du Fonds de solidarité vieillesse devrait être de 3,8 milliards d'euros. C'est presque le montant qui était prévu.

Cette prévision d'amélioration du déficit de la sécurité sociale est due à plusieurs raisons :

- la baisse des dépenses pour l'année 2016
- l'augmentation plus rapide que prévu du nombre de salariés en France ; le chômage a baissé et le nombre de salariés a donc augmenté. Les salariés paient des cotisations à la sécurité sociale et la sécurité sociale va donc toucher plus de cotisations que prévu.

Le gouvernement avait prévu un certain déficit mais dans la réalité le montant peut être légèrement différent car il y a des choses qui sont difficiles à prévoir.

Le déficit de la sécurité sociale a été divisé par 2 en 1 an. Depuis 2012, il avait déjà beaucoup baissé.

Depuis quelques années, toutes les branches de la sécurité sociale ont un déficit qui diminue par rapport à l'année précédente.

La sécurité sociale est constituée de différents organismes organisés en 4 branches :

- maladie
- accidents du travail-maladies professionnelles
- famille
- vieillesse.

**La branche « maladie » :**

Cette branche est en déficit de 4,1 milliards d'euros.

Cela correspond à une amélioration de 1,7 milliards d'euros.

C'est le meilleur résultat depuis 2001.

**La branche « accidents du travail-maladies professionnelles » :**

Cette branche est excédentaire de 700 millions d'euros.

Elle n'est pas en déficit.

**La branche « vieillesse » :**

Cette branche est redevenue excédentaire de 1,1 milliard d'euros, pour la première fois depuis 2002.

Elle n'est plus en déficit.

**La branche « famille » :**

Le déficit de cette branche baisse.

Son déficit est maintenant d'1 milliard d'euros.

De plus, le déficit du Fonds de solidarité vieillesse a baissé de 0,1 milliard d'euros en 2016.

**Le budget de la sécurité sociale sera à l'équilibre en 2017**

Le déficit de la sécurité sociale sera presque supprimé en 2017.

Le budget sera à l'équilibre.

Cela n'est pas arrivé depuis 2001.

En 2016, le déficit a baissé de 3,4 milliards d'euros.

En 2017, le déficit devrait encore baisser de 3 milliards d'euros.

Depuis 2001, c'est la première fois que le budget de la sécurité sociale sera presque à l'équilibre, avec un déficit de 400 millions d'euros.

Cela correspond à 0,1% des dépenses de l'assurance maladie.  
C'est très peu, même si le montant de 400 millions d'euros peut paraître élevé.

Pour l'ensemble des régimes de l'assurance maladie, sauf le Fonds de solidarité vieillesse :

- les recettes seront de 487,1 milliards d'euros
- les dépenses seront de 487,4 milliards d'euros.

Le déficit sera donc de 300 millions d'euros.

Les recettes sont les sommes d'argent que la sécurité sociale touche, grâce aux cotisations par exemple.

Les dépenses sont les sommes d'argent que la sécurité sociale dépense, pour payer les soins des français par exemple.

**Niveau des recettes, des dépenses et du solde de l'assurance maladie et du Fonds de solidarité vieillesse en 2017. Le solde représente la somme des recettes moins les dépenses**

| en milliards d'euros                           | recettes | dépenses | solde |
|--|----------|----------|-------|
| maladie  | 203,2    | 205,9    | -2,6  |
| arrêt de travail<br>et maladie professionnelle | 12,8     | 12,1     | 0,7   |
| vieillesse                                     | 126,5    | 125      | 1,6   |
| famille  | 49,9     | 49,9     | 0     |
| total des branches                             | 379,5    | 379,9    | -0,4  |
| fonds de solidarité vieillesse                 | 15,7     | 19,6     | -3,8  |
| total des branches plus le FSV                 | 377,6    | 381,8    | -4,2  |

**Evolution du solde de l'assurance maladie et du Fonds de solidarité vieillesse, de 1999 à 2017 :**

En 1999 : 0,1 milliards d'euros

En 2000 : 0,8 milliards d'euros

En 2001 : 0,8 milliards d'euros

En 2002 : - 4,8 milliards d'euros



En 2003 : - 11,1 milliards d'euros  
En 2004 : - 12,6 milliards d'euros  
En 2005 : - 13,6 milliards d'euros  
En 2006 : - 10 milliards d'euros  
En 2007 : - 9,3 milliards d'euros  
En 2008 : - 9,4 milliards d'euros  
En 2009 : - 23,5 milliards d'euros  
En 2010 : - 28 milliards d'euros  
En 2011 : - 20,9 milliards d'euros  
En 2012 : -17,5 milliards d'euros  
En 2013 : - 15,4 milliards d'euros  
En 2014 : - 13,2 milliards d'euros  
En 2015 : - 10,8 milliards d'euros  
En 2016 : - 7,2 milliards d'euros  
En 2017 : - 4,2 milliards d'euros

### **Evolution des recettes, des dépenses et du solde de l'assurance maladie jusqu'en 2000 :**

#### **- Evolution des recettes :**

En 2016 : 368,2 milliards d'euros  
En 2017 : 379,5 milliards d'euros  
En 2018 : 390,3 milliards d'euros  
En 2019 : 402,1 milliards d'euros  
En 2020 : 415 milliards d'euros

#### **- Evolution des dépenses :**

En 2016 : 371,6 milliards d'euros  
En 2017 : 379,9 milliards d'euros  
En 2018 : 388,2 milliards d'euros  
En 2019 : 397,5 milliards d'euros  
En 2020 : 407,6 milliards d'euros

#### **- Evolution du solde ;**

**Le solde est la différence entre les recettes et les dépenses :**

En 2016 : -3,4 milliards d'euros  
En 2017 : -0,4 milliards d'euros  
En 2018 : -2,1 milliards d'euros  
En 2019 : 4,6 milliards d'euros  
En 2020 : 7,4 milliards d'euros

Toutes les branches de la sécurité sociale vont s'améliorer.  
Le déficit de l'assurance maladie continuera de baisser.

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est fixé à 2,1% en 2017.

Cela signifie que les dépenses ne doivent pas augmenter plus que de 2,1% par rapport aux dépenses de l'année précédente.

Ce sera le 4<sup>ème</sup> taux le plus bas depuis la création de l'ONDAM en 1997.

L'ONDAM est une prévision faite 1 fois par an sur les dépenses de l'assurance maladie.

Les dépenses de maladie augmenteront un peu moins vite que les recettes.

L'objectif a été revu et augmenté pour tenir compte des nouvelles dépenses en 2017 comme :

- La mise en place de la nouvelle convention médicale ;  
Cette convention est un accord signé entre la sécurité sociale et les représentants des médecins  
qui encadre les relations entre la sécurité sociale et les médecins.
- La revalorisation du point d'indice dans la fonction publique ;  
le point d'indice est un chiffre qui permet de calculer les salaires des personnes qui travaillent dans la fonction publique.  
Ce point d'indice va augmenter.  
Les salaires vont donc aussi augmenter.
- Les conséquences de la réforme des primes et des grilles indiciaires ;  
Une grille indiciaire est un tableau  
qui présente les différents niveaux de rémunération  
qui existent dans la fonction publique,  
en fonction du poste occupé par le salarié, de son ancienneté...  
Les primes et les grilles vont être revues  
pour augmenter les salaires des fonctionnaires.

En 2017, il faudra donc tenir compte de ces nouvelles dépenses et continuer à améliorer la qualité des soins et l'accès aux nouveaux traitements.

Une partie de ces nouvelles dépenses sera compensée par de nouvelles mesures pour réduire le déficit.

Pour respecter l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) fixé à 2,1%, il faudra réaliser 4,1 milliards d'euros d'économie. C'est plus que ce qui était prévu.

Le déficit de la sécurité sociale baissera grâce :

- aux recettes de cotisations sociales qui augmentent plus vite que prévu
- aux recettes supplémentaires dans le cadre de la compensation du coût du pacte de responsabilité et de solidarité.

Le pacte de responsabilité et de solidarité a pour but d'aider les entreprises et de faire baisser le chômage. Les entreprises ont payé moins de cotisations. Avec ce pacte, la sécurité sociale a touché moins de cotisations. L'état a donc décidé de donner de l'argent à la sécurité sociale pour compenser la baisse des cotisations.

**Evolution du taux de l'ONDAM depuis 1997.**  
**Chaque année, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est revu.**  
**Pour chaque année, le taux est calculé en fonction des dépenses de l'année précédente.**  
**Il ne faut pas que les dépenses augmentent trop.**

1997 : 1,5%  
1998 : 4%  
1999 : 2,6%  
2000 : 5,6%  
2001 : 5,6%  
2002 : 7,1%  
2003 : 6,4%  
2004 : 4,9%  
2005 : 4%  
2006 : 3,2%  
2007 : 4%  
2008 : 3,5%  
2009 : 3,6%  
2010 : 2,6%

2011 : 2,7%  
2012 : 2,3%  
2013 : 2,2%  
2014 : 2,4%  
2015 : 2%  
2016 : 1,8%  
2017 : 2,1%

**La branche « accidents du travail-maladies professionnelles » :**  
Elle est excédentaire de 0,7 milliard d'euros.

**La branche « vieillesse » :**

L'excédent de la branche vieillesse progressera en 2017 grâce :

- à la réforme des retraites
- à l'augmentation des recettes des cotisations sociales ;  
la sécurité sociale va toucher plus de cotisations.

L'assurance maladie prendra en charge les dépenses des prestations.  
Avant, c'était le Fonds de solidarité vieillesse  
qui les prenait en charge  
depuis la réforme des retraites en 2010.

**La branche « famille » :**

La branche famille devrait revenir à l'équilibre  
avec un excédent d'un peu plus de 20 millions d'euros.

Les branches se sont améliorées grâce :

- aux réformes décidées en 2017
- aux mesures de redressement pour économiser 1,5 milliard d'euros.

**Limiter le développement des niches sociales :**

Les niches sociales servent à diminuer l'impôt et les cotisations sociales  
des personnes et des entreprises.

C'est une perte d'argent pour la sécurité sociale  
car les cotisations sociales permettent de financer la sécurité sociale.

Il faut limiter ces niches sociales

et contrôler les niches qui causent des frais supplémentaires inutiles.

### **Lutter contre le tabagisme :**

Les taxes sur le tabac à rouler vont augmenter.

Aujourd'hui, les taxes sur le tabac à rouler sont moins élevées que les taxes sur les cigarettes.

Les fournisseurs de tabac, comme les buralistes, devront payer une taxe en fonction du montant de leur chiffre d'affaires.

### **Lutter contre la fraude aux prestations et aux cotisations sociales :**

La fraude est un acte malhonnête fait pour tromper la loi.

La fraude aux prestations et aux cotisations sociales fait perdre beaucoup d'argent à la sécurité sociale.

Pour diminuer la fraude, l'Etat va mettre en place :

- des nouvelles lois et règles
- le Plan national de lutte contre la fraude, présenté le 14 septembre 2016.

### **Faire des économies sur les dépenses de fonctionnement et d'action sociale des organismes de sécurité sociale :**

Les dépenses de fonctionnement sont toutes les dépenses qui servent à faire fonctionner un organisme.

Par exemple : les salaires du personnel, l'achat de fournitures de bureau...

Les dépenses d'action sociale sont par exemple les aides financières données aux personnes âgées, handicapées ou en difficulté sociale ou financière...

Des économies seront faites sur ces dépenses.

### **Accélérer la mise en place des réformes engagées les années précédentes :**

Une réforme est un changement fait pour améliorer le fonctionnement.

Des réformes ont été décidées, comme par exemple :

- **le capital décès** ; c'est une somme d'argent payée aux proches d'un fonctionnaire qui décède. L'Etat a décidé de baisser le montant du capital décès.

- **l'adaptation de la société au vieillissement des personnes ;**  
L'Etat veut mettre en place des actions pour améliorer le quotidien des personnes âgées et de leurs proches et leur donner les informations nécessaires.
- **le congé parental ;** c'est un congé qu'un parent prend pour élever son enfant.  
Le parent touche une allocation payée par la Caisse d'Allocations Familiales.  
L'Etat a changé le congé parental.  
Par exemple : la durée du paiement de l'allocation par la CAF a baissé s'il s'agit d'un congé parental pour un premier enfant.
- **la liquidation unique des régimes alignés (LURA) ;**  
Les régimes alignés sont des régimes de retraite qui ont choisi de se rapprocher du régime général des salariés pour avoir les mêmes règles de calcul pour la retraite.

La LURA est donc la mise en place d'un calcul unique de la retraite de base et d'un bureau unique pour la demande d'ouverture des droits à la retraite.

Ces réformes permettront de faire des économies.

## **Le retour à l'équilibre du Fonds de solidarité vieillesse d'ici 2020**

Le retour à l'équilibre du régime général de la sécurité sociale permet maintenant de se consacrer au redressement du Fonds de solidarité vieillesse.

Ce Fonds est toujours en déficit, même s'il s'est amélioré depuis 2012.

La Fonds de solidarité vieillesse paie :

- le minimum vieillesse ;  
c'est un revenu minimum pour garantir un niveau de vie minimal aux personnes de plus de 65 ans.  
Il peut être payé en plus de la retraite payée par l'assurance vieillesse.

- L'assurance retraite des chômeurs ;  
Le Fonds de solidarité vieillesse paie les cotisations correspondant à des périodes non travaillées.

Depuis 2011, le Fonds de solidarité vieillesse paie la moitié du minimum contributif.

Le minimum contributif existe pour les retraités qui ont peu cotisé pour leur retraite, pendant leur vie professionnelle. Par exemple : pour les travailleurs qui avaient des salaires très bas. Le minimum contributif est une pension payée en plus de la retraite de base. Pour toucher le minimum contributif, il y a des conditions.

En 2016, le Fonds de solidarité vieillesse a donné 3,5 milliards d'euros pour financer le minimum contributif. C'est une grosse somme qui pèse lourd dans les comptes.

Ce financement partagé rend le système de protection sociale difficile à comprendre.

On peut penser que le minimum contributif devrait être entièrement payé par le Fonds de solidarité vieillesse car il concerne les personnes qui ont cotisé sur la base de revenus faibles.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 prévoit que le Fonds de solidarité vieillesse touchera toutes les recettes de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S).

La contribution sociale de solidarité des sociétés est un impôt payé par les entreprises

qui ont un chiffre d'affaires de plus de 760 000 euros.

Cette contribution participe au financement de la sécurité sociale.

Pour rétablir l'équilibre du Fonds de solidarité vieillesse, le minimum contributif ne sera plus payé par le Fonds de solidarité vieillesse. Petit à petit, le financement du minimum contributif sera transféré au régime de retraite de base.

En 2017, le Fonds de solidarité vieillesse va transférer 1 milliard d'euros au régime de retraite de base pour financer le minimum contributif.

En 2018, 2019 et 2020, le Fonds de solidarité vieillesse continuera ces transferts.

A partir de 2020, le régime de retraite de base financera entièrement le minimum contributif.

Le Fonds de solidarité vieillesse ne financera plus du tout le minimum contributif.

La loi de financement de la sécurité sociale de 2011 a retiré au Fonds de solidarité vieillesse les produits et les charges liés au maintien à 65 ans de l'âge de départ en retraite au taux plein, pour les parents de 3 enfants et pour les parents d'enfant handicapé.

La loi de 2011 prévoyait 0,8 milliard d'euros pour ce dispositif au 31 décembre 2016.

En réalité, cela ne coûtera pas plus de 0,2 milliard d'euros.

Ce montant est plutôt bas

et il est donc inutile de mettre en place un financement spécifique.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit de confier le paiement de ces prestations aux régimes vieillesse de base.

Les réserves d'argent restantes seront données au régime général de la sécurité sociale.

### **La baisse plus rapide de la dette sociale**

Depuis 2015, la dette sociale nette baisse.

La dette sociale est l'ensemble des dettes des organismes de sécurité sociale.

Les déficits annuels sont devenus plus bas

que le montant de la dette remboursée chaque année.

En fin d'année 2015,

les déficits repris par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) étaient de 237 milliards d'euros.

Sur ces 237 milliards d'euros,

110,2 milliards ont déjà été remboursés.

La caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)

est un organisme du gouvernement qui gère la dette sociale.

Sa mission est de rembourser la dette sociale d'ici à 2025.



Dans le domaine des régimes de retraite de base, du Fonds de solidarité vieillesse, de la caisse d'amortissement de la dette sociale et du fonds de réserve des retraites, la dette de la sécurité sociale était de 109,5 milliards d'euros au 31 décembre 2015.

Cette situation financière s'est beaucoup dégradée à cause de la crise économique des années 2008 et 2009.

En 2015, la situation s'est améliorée :

la dette a baissé de 1,3 milliard d'euros.

Cette amélioration montre que les déficits du régime de retraite de base et du Fonds de solidarité vieillesse continuent de baisser.

En 2015, la caisse d'amortissement de la dette sociale a remboursé 13,5 milliards d'euros de dette sociale.

En 2016, elle devrait rembourser 14,4 milliards d'euros de dette en plus.

Le déficit du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse sera de 7,2 milliards d'euros seulement.

Cela correspond à un désendettement net de 7,2 milliards d'euros.

En 2017, les remboursements de dette seront de 14,9 milliards d'euros.

Cela correspond à 10 milliards d'euros de plus que le déficit.

Le retour à l'équilibre renforcera ce désendettement.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016

a permis de reprendre plus tôt que prévu

la dette accumulée à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

Cela correspond à un remboursement de 23,6 milliards d'euros.

C'est justement ce que la Cour des comptes avait conseillé dans le rapport de 2015

sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

La cour des comptes a pour mission de contrôler les comptes publics.

La reprise de la dette par la caisse d'amortissement de la dette sociale est maintenant terminée.

Les délais prévus pour le remboursement de cette dette n'ont pas été repoussés.

La dette devrait donc être remboursée en 2024.  
C'est 1 an plus tôt que ce qui était prévu,  
grâce aux bonnes conditions de financement de la dette sociale.

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

Comme pour les années précédentes,  
l'Etat s'est engagé pour 2017  
à compenser les effets du pacte de responsabilité et de solidarité sur :

- les recettes affectées à la sécurité sociale ;  
c'est-à-dire l'argent que la sécurité sociale touche
- les changements sur certaines dépenses.

Pour aider la sécurité sociale,  
l'Etat donnera donc 3,8 milliards d'euros à la sécurité sociale en 2017.  
L'Etat prendra en charge les exonérations de charges créées avant 1994  
qui n'avaient jamais été compensées à la sécurité sociale.  
La sécurité sociale touchait moins de cotisations  
mais elle n'avait pas reçu d'aides financières pour compenser cette perte.

Il est important de dire qu'au 1<sup>er</sup> janvier 2016,  
l'Etat n'avait pas de retard  
dans le paiement à la sécurité sociale  
des sommes dues pour compenser les exonérations sociales.  
Les exonérations sociales sont des mesures  
qui permettent aux entreprises de payer moins de charges.  
La sécurité sociale touche donc moins de cotisations.  
C'est un manque d'argent pour la sécurité sociale.  
L'Etat doit compenser cette perte d'argent.

#### **Important :**

- les exonérations non compensées  
coûte de moins en moins cher à la sécurité sociale
- l'Etat paie les compensations financières à la sécurité sociale,  
dans les délais.

## Chapitre 2 :

### Les règles des prélèvements

### s'adaptent toujours plus aux évolutions économiques

#### Rendre plus claires les règles sur la location de logements entre particuliers

Grâce aux nouvelles technologies, le commerce sur internet s'est beaucoup développé.

Beaucoup de plateformes collaboratives ont été créées.

Des plateformes collaboratives sont des espaces de travail sur internet

- qui proposent des services
- qui mettent à disposition ou proposent d'échanger des logements, des objets, des services...
- qui permettent une relation entre le fournisseur et le client.

Les règles du commerce traditionnel et du commerce sur internet doivent être les mêmes.

En effet, les activités sont les mêmes

et elles doivent donc respecter les mêmes règles.

Il ne faut pas créer de règles spéciales pour le commerce sur internet.

Il ne faut pas non plus créer un nouveau régime d'affiliation ou d'assujettissement.

Un régime d'affiliation ou d'assujettissement est une adhésion à la sécurité sociale.

Pour sécuriser les personnes qui réalisent des activités économiques, il faut leur donner les informations sur les règles à respecter.

L'article 87 de la loi de finances pour 2016

oblige les opérateurs des plateformes sur internet

à donner des informations à leurs utilisateurs sur les règles à respecter, comme :

- les règles juridiques ; c'est-à-dire les textes de loi à respecter
- les règles fiscales ; c'est-à-dire les règles mises en place par l'Etat pour obtenir le paiement d'impôts, de taxes...
- les règles sociales ; c'est-à-dire les règles à respecter pour bien vivre avec les autres en société.

Pour rendre les choses plus claires,  
l'administration fiscale a fixé des règles,  
comme par exemple sur le partage de frais.  
Il y a de plus en plus de plateformes numériques  
qui permettent de louer des biens meubles ou des biens immeubles,  
entre particuliers.  
Les biens meubles sont des biens qui peuvent être déplacés,  
comme les meubles, les véhicules...  
Les biens immeubles sont des biens qui ne peuvent pas être déplacés,  
comme les bâtiments, les logements...

Pour que les particuliers respectent bien la loi,  
il faut donc bien expliquer la différence entre les revenus du patrimoine  
et les revenus d'activité.  
Les revenus du patrimoine concernent par exemple les loyers  
qu'un particulier touche grâce à la location de ses logements.  
Les revenus d'activité concernent les revenus qu'une personne a  
grâce à son activité professionnelle.

Quand une personne touche des bénéfices  
grâce à la location de son logement,  
c'est une activité professionnelle.  
C'est une précision importante  
car la personne devra payer des prélèvements sociaux  
si elle a des revenus d'activité.  
Pour les revenus du patrimoine,  
il ne faut pas payer de prélèvements sociaux.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale  
prévoit que la location régulière de logements meublés  
pour de courtes durées et pour des clients de passage  
est une activité professionnelle.  
Pour cette activité,  
un loueur ne doit pas gagner plus de 23 000 euros de loyers par an.

Si un loueur gagne moins de 23 000 euros de loyers par an,  
ses revenus sont des revenus du patrimoine.  
Le loueur doit payer les prélèvements sociaux sur le capital.

Pour les activités de location de biens,  
le montant des revenus à ne pas dépasser sera peut-être de 3 860 euros.  
Par exemple : pour la location de voitures.  
Ce montant correspond à 10% du plafond annuel de chiffre d'affaires  
fixé par la sécurité sociale.  
L'objectif est aussi d'aider les travailleurs indépendants  
à bien respecter la loi.  
Pour cela, les démarches administratives et sociales vont être simplifiées  
pour les travailleurs indépendants  
qui utilisent les plateformes de location de biens  
pour une petite activité et un chiffre d'affaires bas.

**La mise en place de conditions de ressources à ne pas dépasser  
pour avoir droit aux exonérations sociales.  
Pour le moment, ces exonérations sociales sont autorisées  
sans conditions de ressources.**

Le budget de la sécurité sociale continue à s'améliorer.  
Pourtant, depuis 2014, il n'y a pas d'augmentation des prélèvements  
pour les entreprises et les particuliers.  
Les entreprises qui ont droit à des exonérations et des exemptions sociales  
continuent à y avoir droit.  
Les exonérations et les exemptions sociales  
permettent aux entreprises et aux particuliers  
de payer moins d'impôts et de charges.

Comme pour la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016,  
il faut continuer à limiter les niches  
dont le coût augmente vite ou qui favorisent les avantages.  
Les niches permettent de payer moins de charges et d'impôts.

Dans l'étude des dispositifs d'allègements ciblés de cotisations sociales,  
des avantages ont été mis en avant par :

- l'inspection générale des finances (IGF)
- et l'inspection générale des affaires sociales (IGAS).

Cette étude avait été menée en 2015,  
dans le cadre de l'étude des dépenses.

Cette étude conseille de réserver les avantages sociaux à certains niveaux de revenus et salaires pour garantir l'emploi.

Aujourd'hui, quelques exonérations de cotisations sociales sont encore possibles, sans aucune limite de revenu.

Les exonérations sont des dispenses de payer les cotisations et charges. Ces exonérations ne seront plus autorisées à partir d'un certain montant de revenus.

Les exonérations accordées aux chômeurs et aux créateurs d'entreprises seront réservées aux travailleurs indépendants qui ont des revenus de moins de 38 616 euros par an, après une première année d'activité.

Cette règle s'appliquera aussi aux rémunérations qui bénéficient d'une exonération spécifique aux bassins d'emploi à redynamiser (BER).

Avant, il n'y avait pas non plus de plafond de revenus à ne pas dépasser.

Les bassins d'emploi à redynamiser sont des territoires où :

- le chômage est plus élevé qu'ailleurs
- le nombre d'habitants baisse
- les emplois sont de moins en moins nombreux.

Toutes ces mesures permettront d'économiser 15 millions d'euros en 2017.

Le Gouvernement va aussi baisser le plafond maximal de l'abattement d'assiette accordé dans certains secteurs sous forme de déduction forfaitaire.

Un abattement d'assiette est une somme à partir de laquelle les cotisations sociales sont calculées.

Ce plafond d'abattement est actuellement de 7600 euros.

Il va être diminué.

Cela permettra d'économiser plus de 40 millions d'euros.

Pour économiser 40 millions de plus sur le budget de l'Etat, les revenus qui dépassent les 96 500 euros par an ne pourront plus bénéficier des exonérations applicables aux travailleurs indépendants en outre-mer.

A partir de 42500 euros de revenus par an,  
les exonérations seront réduites petit à petit.  
L'outre-mer concerne les territoires français  
qui se trouvent en dehors du continent Européen.  
Par exemple : la Guadeloupe, la Martinique...

De plus, les cotisations sociales des travailleurs indépendants d'outre-mer  
sont calculées sur les revenus de l'année précédente.  
Elles ne sont pas régularisées  
par rapport aux revenus réels de l'année en cours.  
Si un travailleur indépendant gagne beaucoup moins d'une année à l'autre,  
il est obligé de payer des cotisations sociales  
calculées sur un revenu plus élevé,  
pour valider ses droits aux assurances sociales.  
Cela peut mettre en danger l'activité du travailleur indépendant.

Le plan de financement de la sécurité sociale  
propose de mettre en place en outre-mer  
les mêmes règles qui sont mises en place en France métropolitaine  
depuis 2015 :  
c'est-à-dire calculer les cotisations sociales  
par rapport aux revenus de l'année précédente  
et de recalculer ensuite le montant des cotisations  
par rapport aux revenus réels de l'année en cours.  
Cela permettra aux travailleurs indépendants en difficulté  
de payer tout de suite moins de cotisations sociales.

Il y aura de grandes exonérations de cotisations sociales en début d'activité,  
pour aider les travailleurs indépendants.  
Aujourd'hui, les travailleurs indépendants bénéficient  
d'une période de 24 mois d'exonération totale : ils ne paient aucune cotisation.

En plus de cela, une période d'exonération de 75% des cotisations sociales  
sera accordée,  
puis une période d'exonération de la moitié des cotisations sociales.  
Ces mesures permettront d'aider les chefs d'entreprise  
qui démarrent une activité.

## **Rendre le rôle des tiers déclarants plus clair dans les relations entre les entreprises et les organismes**

Un tiers déclarant est une personne ou une structure qui fait les déclarations sociales pour le compte de plusieurs entreprises.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale souhaite créer des lois pour encadrer les relations entre les déclarants et les cotisants.

L'objectif est de simplifier les démarches pour les cotisants et leurs tiers déclarants.

Cette disposition prévoit :

- une obligation de faire les déclarations sur internet et non plus par écrit.  
Cela concerne les déclarations faites par les tiers déclarants pour le compte des travailleurs indépendants.
- Des règles qui protégeront les cotisants et les organismes en cas de fraude de la part du tiers déclarant, c'est-à-dire s'il fait des déclarations fausses et illégales.



## **Chapitre 3 :**

### **Les règles de lutte contre les fraudes, principalement dans le domaine du détachement, sont plus fortes**

Le détachement est le fait pour une personne qui vient d'un pays membre de l'union européenne de venir travailler en France, sous contrat avec la sécurité sociale.

### **Des nouvelles règles pour rendre plus simple la récupération des sommes redressées**

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale a pour objectif de rendre plus simple la récupération des sommes dues à la sécurité sociale. En effet, des fraudeurs cherchent à cacher leurs biens et leurs revenus aux organismes, pour payer moins de charges.

Une procédure de saisie conservatoire va être mise en place, sans qu'un juge n'intervienne.

Cette règle sera applicable en cas de travail illégal.

Cela permettra de saisir les biens des personnes ou des entreprises pour avoir une garantie que les sommes dues vont être payées.

Par exemple : les meubles sont pris et ils ne sont rendus que quand la personne aura payé ce qu'elle doit à la sécurité sociale.

### **Des actions supplémentaires pour lutter contre les détachements abusifs**

De plus en plus de travailleurs détachés travaillent sur le territoire français.

Pour que les services de contrôle de la sécurité sociale vérifient leur situation,

ces travailleurs étrangers ou leurs employeurs doivent avoir un document qui précise leur situation dès qu'ils arrivent en France.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale a pour objectif d'encourager les travailleurs détachés ou leurs employeurs à demander ce document dans les temps, pour pouvoir le montrer en cas de contrôle.

Si un travailleur détaché ou son employeur ne peut pas montrer ce document, l'entreprise devra payer une amende de 3 218 euros pour chaque salarié qui ne peut pas montrer ce document lors d'un contrôle.

La France et d'autres pays d'Europe demandent une modification importante :

- des règles européennes sur le détachement
- du règlement sur la coordination des régimes de sécurité sociale.

L'objectif est d'être sûr que les travailleurs étrangers qui viennent travailler en France cotisent dans leur pays d'origine et qu'ils ont bien une protection sociale.

### **Une adaptation des procédures de contrôle auprès des particuliers, pour l'emploi à domicile**

Les contrôles faits dans les entreprises et chez les particuliers doivent se faire dans la confiance :

- les personnes contrôlées doivent pouvoir utiliser leurs droits
- les inspecteurs qui contrôlent doivent avoir accès aux informations nécessaires.

Depuis 2012, des efforts sont faits pour améliorer les relations entre les cotisants et les organismes de recouvrement.

En juillet 2016, une nouvelle règle a renforcé :

- le respect de la procédure contradictoire en cas de contrôle ; cette procédure permet de rechercher des solutions avec le cotisant pour récupérer les sommes dues
- l'obligation pour les organismes de recouvrement d'expliquer les décisions qu'elles prennent.

Suite à ces mesures, il est maintenant nécessaire d'améliorer les moyens mis à disposition des URSSAF et des caisses de Mutualité sociale agricole, si le cotisant empêche le bon déroulement du contrôle.

L'objectif est de trouver d'autres solutions que la sanction.

Actuellement, si un cotisant empêchait le bon déroulement du contrôle, il était sanctionné.

## **2<sup>ème</sup> partie :**

La sécurité sociale évolue

pour s'adapter aux besoins des personnes

et aux changements dans la société

La sécurité sociale accompagne l'évolution des personnes grâce à la solidarité de tous.

Elle apporte une sécurité qui permet à tous de prévoir son avenir.

Elle veut être la plus efficace possible pour :

- assurer des droits aux personnes
- simplifier les démarches des personnes et des entreprises.

La sécurité sociale permet aux personnes de faire face aux risques sociaux, comme la maladie, le chômage...

C'est très important car la société évolue beaucoup et la protection sociale doit s'adapter à ces changements.

Depuis 2012, beaucoup de changements sont faits pour :

- rendre la sécurité sociale plus juste
- adapter les droits aux besoins de chacun
- accompagner les changements du monde du travail ;  
par exemple : travailleurs indépendants de plus en plus nombreux,  
parcours professionnels plus compliqués qu'avant...
- adapter le service public de la sécurité sociale  
au monde d'aujourd'hui.

## **Chapitre 1 :**

### **Un système de retraite durable et adapté aux parcours professionnels**

Le mouvement financier des régimes de retraite est rétabli.  
Cette année, la branche vieillesse du régime général est excédentaire.  
Elle était en déficit depuis plus de 10 ans.

Les prévisions financières  
du rapport du conseil d'orientation des retraites de juin 2016  
montrent que le système de retraites serait stable à partir de 2025.

Le retour à un système de retraite équilibré  
est le résultat du travail du gouvernement depuis 2012.  
Ce système de retraite permet de garantir à chaque français,  
à la retraite ou bientôt à la retraite,  
qu'il sera accompagné et soutenu, pendant de nombreuses années.

Les discussions sur les retraites doivent donc changer :  
le plus important n'est plus de retrouver un système de retraite à l'équilibre.  
Le plus important est de développer un système juste et solidaire.

La réforme des retraites de 2014 a participé  
au retour à l'équilibre du budget,  
grâce aux efforts des personnes qui travaillent et des retraités :

- les personnes qui travaillent et les employeurs qui proposent du travail ont cotisé un peu plus pour l'assurance vieillesse
- les pensions des retraités ont augmenté un peu plus tard que prévu.

Pour que le budget reste à l'équilibre longtemps,  
le gouvernement a choisi d'augmenter petit à petit  
la durée d'assurance nécessaire pour avoir une retraite à taux plein.  
La durée de cotisation augmentera de 3 mois tous les 3 ans,  
pour atteindre 43 ans de cotisation  
pour les personnes qui sont nées en 1973.  
Les efforts seront donc faits par plusieurs générations.

En plus de la stabilité financière du système,  
cette réforme apporte plus de justice aux français.

Le travail pénible est désormais reconnu :  
le compte personnel de prévention du travail pénible  
permet aux salariés d'avoir :

- de nouveaux droits à la formation
- une diminution de leur activité
- ou un départ plus tôt que prévu à la retraite.

Cela permet d'agir contre la pénibilité au travail  
et de proposer une contrepartie aux personnes qui ont un travail pénible.

Cette reconnaissance est désormais une réalité :  
plus de 500 000 salariés ont acquis des points de retraite en 2015.  
Le montant de la retraite est calculé à partir des points de retraite.  
Pour avoir ces points de retraite en plus,  
les salariés ont par exemple suivi une formation  
pour gagner un meilleur salaire.  
Cela va continuer en 2016 et en 2017  
et les démarches seront simplifiées pour les entreprises.

Le départ en retraite à partir de 60 ans  
pour les personnes qui ont eu une carrière longue,  
a été rendu possible pour plus de personnes.  
En 2015, cela a permis à 230 000 personnes  
de partir en retraite à partir de 60 ans.

Les droits des salariés qui ont un salaire bas ou qui travaillent à temps partiel  
ont été renforcés :  
le seuil d'activité pour valider un trimestre a été diminué.  
Pour valider un trimestre de retraite,  
il faut travailler 150 heures payées au SMIC sur 3 mois.  
Avant, il fallait 200 heures payées au SMIC sur 3 mois.  
Le SMIC est le salaire minimum de croissance.  
C'est le salaire minimum qu'un salarié français peut gagner.

**L'engagement des jeunes qui travaillent est mieux reconnu  
pour leur redonner confiance dans notre système de retraite.**

Les jeunes qui travaillent :

- ont maintenant des droits à la retraite pour leurs années d'apprentissage
- peuvent racheter à un prix réduit des périodes d'études supérieures

- peuvent valider, en échange d'une faible somme d'argent, jusqu'à 2 trimestres de retraite pour leurs périodes de stages.

### **Les retraités les plus pauvres ont été aidés.**

Le minimum vieillesse (ASPA) a été augmenté.

Il est maintenant de 800 euros.

L'aide à la complémentaire santé (ACS) pour les plus de 60 ans a été augmenté de 50 euros : elle est maintenant de 550 euros.

Les petites retraites des agriculteurs ont aussi été augmentées.

A partir de 2017, les agriculteurs auront une retraite au moins égale à 75% du SMIC, pour une carrière complète.

### **Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 continue dans cette direction et développe le droit à la retraite progressive.**

La loi de 2014 a changé l'ensemble des mesures prises pour la retraite progressive.

La retraite progressive permet de toucher une partie de sa pension de retraite et de pouvoir en même temps travailler à temps partiel, entre 40 et 80% du temps de travail.

Cette mesure a pour objectif de :

- faciliter le passage entre le travail et la retraite
- permettre aux retraités de continuer à travailler s'ils le souhaitent.

Plus de 8 500 salariés sont dans ce cas.

Il y a eu 2 fois plus de départs en retraite progressive en 2015 qu'en 2014.

Mais, pour le moment, les personnes qui ont plusieurs employeurs ne peuvent pas bénéficier d'un départ en retraite progressive.

Par exemple : les employés à domicile, qui interviennent chez plusieurs personnes.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017

ouvre le droit au départ en retraite progressive pour les personnes qui ont plusieurs employeurs.

Le système devient plus juste

pour les salariés qui ont un emploi à temps partiel ou un emploi pénible.

## **Chapitre 2 :**

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

Depuis 2012, le gouvernement a fait évoluer la politique familiale :

- les familles les plus fragiles sont mieux protégées et aidées
- de nouvelles garanties ont été créées.

Le soutien aux familles est très important en France.  
Cela représente plus de 2,5% de la richesse du pays.  
C'est plus que dans les autres pays d'Europe.

Le gouvernement a aussi rétabli l'équilibre  
des comptes de la branche famille de la sécurité sociale.  
L'Etat veut garantir une politique familiale durable :  
la branche famille représentait un déficit de 3,2 milliards d'euros en 2013.  
Elle retrouve l'équilibre en 2017,  
grâce à l'ensemble des actions mises en place.

L'allocation de rentrée scolaire a augmenté 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 qui permettent de soutenir  
les familles les plus pauvres.

Un plan pluriannuel est un plan fait sur plusieurs années.  
Ce sont environ 2,6 milliards d'euros supplémentaires  
qui seront redistribués chaque année à 2,7 millions de familles  
parmi les plus pauvres.

Cela représente environ 1000 euros en moyenne, par an  
et par famille concernée.

### **Ce plan de financement augmente les prestations financières pour les familles les plus pauvres.**

En 2018, le montant du complément familial  
pour les familles pauvres de 3 enfants et plus  
a donc augmenté de 50%  
pour les familles en dessous du seuil de pauvreté.  
Cela concernera 460 000 familles.



Le complément familial est une aide versée aux familles de 3 enfants et plus.  
Le seuil de pauvreté est un revenu minimum.  
Les familles qui gagnent moins que ce revenu  
sont considérées comme pauvres.

Le montant de l'allocation de soutien familial a augmenté de 25% :  
cela a amélioré la situation de 740 000 familles.  
L'allocation de soutien familial est une aide pour un parent  
qui élève seul son enfant.

**Les allocations familiales sont maintenant calculées  
en fonction des revenus des familles :**

plus les revenus sont élevés, plus les allocations baissent.  
Cette mesure n'a concerné que 10 familles sur 100.  
Elle garantit quand même les allocations pour tous.

**Le gouvernement a par ailleurs fait évoluer la politique familiale  
pour rappeler que les 2 parents sont responsables  
de l'accompagnement de leurs enfants.**

La prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE)  
accompagne les parents pendant leur congé parental.  
Cette prestation aide à :

- partager les responsabilités entre les 2 parents
- permet aux femmes de ne pas être éloignées du travail  
pendant une période trop longue.

Entre 2012 et 2015,  
70 000 places d'accueil collectif ont été créées  
pour permettre aux parents  
de mieux organiser leur vie professionnelle et leur vie de famille.

**Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2016, une nouvelle protection  
a été mise en place :  
la garantie de paiement des impayés de pensions alimentaires (GIPA).**

Cette protection s'adapte aux évolutions des familles.  
Elle consiste à accompagner les familles dont les parents se séparent  
parce que :

- l'équilibre des familles est souvent touché

- les foyers peuvent être fragilisés en cas de problèmes d'argent.

Elle garantit à chaque famille pauvre un montant minimal et sûr de pension alimentaire, de presque 105 euros par enfant.

L'objectif est de :

- compléter les pensions alimentaires si leur montant est inférieur au montant minimal
- renforcer les actions pour obtenir les pensions alimentaires auprès des parents qui ne paient pas la pension alimentaire qu'ils doivent payer.

**La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 est une nouvelle étape dans l'accompagnement des familles après les séparations :**

**l'agence de recouvrement des pensions alimentaires a été créée au sein de la branche famille.**

- En cas de décision de justice, les victimes de violences pourront bénéficier de l'aide de l'agence de recouvrement des pensions alimentaires. L'ancien conjoint paiera les pensions alimentaires à l'agence de recouvrement des pensions alimentaires. L'agence versera ensuite les pensions au conjoint qui en bénéficie.
- L'agence pourra sécuriser le montant des pensions et récupérer les pensions alimentaires du montant demandé et qui n'auraient pas été payées.
- Les personnes dont le conjoint ne paie pas la pension alimentaire et qui vivent de nouveau en couple ou qui ont des enfants majeurs pourront être aidées par l'agence. Avant, ce n'était possible que pour un parent qui élève seul son enfant.

La loi de financement de la sécurité sociale 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 permettre aux familles de mieux comprendre le fonctionnement.

### **Chapitre 3 :**

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

Les travailleurs indépendants sont des artisans, des commerçants ou des professions libérales comme les médecins, les avocats...

En 2012, le gouvernement a constaté que la protection sociale des 2,5 millions de travailleurs indépendants devait changer.

- Les prélèvements sociaux n'étaient pas justes car ils étaient trop élevés pour les revenus les plus faibles.
- Les droits sociaux des travailleurs indépendants étaient moins élevés que les droits sociaux des salariés. Ils étaient aussi difficiles d'accès. Les travailleurs indépendants sont souvent dans une situation précaire et leur vie personnelle et professionnelle change très souvent.
- Le régime social des indépendants (RSI) était une « catastrophe industrielle ». C'est ce que le rapport de 2012 de la Cour des comptes expliquait. Il fallait donc mettre en place des mesures urgentes et une importante amélioration pour moderniser les règles du prélèvement social.

Un grand plan d'amélioration a été mis en place. La loi de financement de la sécurité sociale prévoit les actions à mettre en place chaque année pour améliorer la situation des travailleurs indépendants.

### **Une nouvelle baisse des cotisations sociales pour les travailleurs indépendants qui ont des revenus bas**

Le 29 juin 2016, le Président de la République a annoncé que le gouvernement continuait les efforts pour relancer la compétitivité et l'emploi.

La 3<sup>ème</sup> étape du pacte de responsabilité et de solidarité sera mise en place et commencera par l'augmentation du taux du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE)  
Ce taux va passer de 6% à 7%.  
Cela représente 4 milliards d'euros.

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017,  
le soutien aux travailleurs indépendants  
consistera en une baisse petit à petit  
du taux des cotisations d'assurance maladie-maternité.  
Ce taux est aujourd'hui de 6,5%  
pour les travailleurs indépendants dont les revenus annuels  
sont de moins de 70% du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS),  
c'est-à-dire pour des revenus de moins de 27 000 euros par an.

Le niveau maximum de baisse de taux sera de 3,5 points.  
Le point est la différence entre 2 pourcentages.  
Par exemple : un travailleur indépendant  
qui gagne 15 000 euros de revenus par an, économisera 234 euros par an.

Cette mesure qui permet de baisser les prélèvements sociaux  
représente un coût de 150 millions d'euros pour l'Etat,  
pour 1,8 millions de travailleurs indépendants,  
dont 600 000 micro-entrepreneurs.  
Un micro-entrepreneur est un entrepreneur  
qui a un régime fiscal simplifié.  
Cela est donc utile à 60% des travailleurs indépendants,  
c'est-à-dire 60 travailleurs indépendants sur 100.

Cette nouvelle mesure complète la démarche engagée depuis 2012  
pour baisser les cotisations des travailleurs indépendants  
qui ont des revenus bas.  
Parmi les travailleurs indépendants individuels,  
90% ont vu leurs cotisations sociales  
baisser en 2015 par rapport à 2012,  
c'est-à-dire tous les travailleurs indépendants individuels  
qui gagnaient moins de 40 000 euros par an.

En 2016, les cotisations minimales ont été baissées  
pour les travailleurs qui ne touchent aucun revenu.

Cela a profité à plus d'1 artisan sur 10  
et à plus de 2 commerçants sur 10.

Grâce à ces réformes :

- entre 2012 et 2017, pour un revenu de 5 000 euros par an,  
le niveau des cotisations aura baissé de 716 euros
- pour un revenu de 10 000 euros par an,  
le niveau des cotisations aura baissé de 600 euros
- pour un revenu de 20 000 euros par an,  
le niveau des cotisations aura baissé de 539 euros.

La baisse des cotisations sociales a concerné  
les travailleurs indépendants aux revenus faibles ou moyens.  
Pour les revenus les plus faibles,  
les cotisations sociales des travailleurs indépendants étaient élevées  
en 2012 à cause des « cotisations minimales » obligatoires  
pour valider des droits  
en dessous d'un certain niveau de revenus.

La cotisation minimale d'assurance maladie :

- était de 989 euros en 2012  
et a commencé à baisser légèrement
- a baissé de 742 euros en 2015, elle était alors de 247 euros
- a été supprimée par la loi de financement de la sécurité sociale de 2016.

Pour les revenus moyens, de moins de 53 000 euros par an,  
la première étape du pacte de responsabilité et de solidarité  
a inclus une baisse de 3,1 points  
du taux des cotisations allocations familiales des travailleurs indépendants  
et des exploitants agricoles.

Cette mesure a représenté une baisse  
d'1 milliard d'euros de prélèvements sociaux  
pour les travailleurs indépendants, sans changer les droits des assurés.  
Cette mesure représente au maximum 1 300 euros de plus par an  
pour un revenu de 42 500 euros par an.  
L'égalité du système a été renforcée  
tout en continuant d'améliorer les droits des travailleurs indépendants.

## **Des droits sociaux améliorés et plus accessibles**

La protection sociale des travailleurs indépendants n'était plus adaptée aux évolutions sociales des travailleurs indépendants. Il y a de plus en plus de créations d'activités indépendantes par des travailleurs très pauvres, sans richesse.

Ces évolutions ont amené le Gouvernement à améliorer les droits sociaux des travailleurs indépendants pour les rapprocher des droits sociaux des salariés.

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

En 2012, un travailleur indépendant qui réalisait un petit bénéfice en travaillant pendant une année entière validait 1 trimestre de retraite.

Depuis 2016, il valide 3 trimestres.

Le montant de ses cotisations minimales vieillesse n'a pas augmenté.

Le rapprochement des droits sociaux des salariés et des travailleurs indépendants se termine

dans le domaine de la prise en charge des arrêts maladie.

Le régime social des indépendants (RSI) avait mis en place un délai de carence de 7 jours.

Aujourd'hui, ce délai est ramené à 3 jours comme pour les salariés, pour les arrêts indemnisés, c'est-à-dire les arrêts maladie payés.

Le RSI remplace les caisses d'assurance maladies et de retraites obligatoires des professions indépendantes.

Le délai de carence est le temps compris entre le premier jour de la maladie et le jour où les indemnités sont payées.

Il est maintenant possible pour les travailleurs indépendants d'avoir une indemnité en cas de reprise du travail à temps partiel pour raison médicale, comme les salariés.

## **Le gouvernement veut aussi améliorer la protection sociale des exploitants agricoles et de leurs conjoints :**

- Le gouvernement a décidé de verser les indemnités journalières aux exploitants agricoles s'ils doivent arrêter pendant une période leur activité professionnelle à cause d'une maladie ou d'un accident de la vie privée.

Les indemnités journalières sont des sommes d'argent versées par la sécurité sociale aux salariés quand ils sont en maladie.

Avant, ils recevaient des indemnités qu'en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

Des points gratuits de retraite ont été donnés aux exploitants agricoles qui ont dû arrêter leur activité en raison d'une maladie ou d'un handicap, grâce à l'engagement du Président de la République.

- Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015, les conjoints et les personnes qui aident les familles ont le droit aux indemnités journalières quand ils sont obligés d'arrêter de travailler à cause d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Environ 45 000 conjoints et personnes qui aident les familles ont profité de cette mesure.

## **La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 continue ces évolutions.**

Les régimes de retraite des artisans et des commerçants s'associent : ces 2 régimes sont différents juridiquement mais ils fonctionnent avec les mêmes règles en cotisation et en prestation. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 propose d'associer ces 2 régimes de base d'assurance vieillesse en 1 seul régime.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 veut permettre aux professions libérales non réglementées de bénéficier d'une meilleure protection sociale.

Aujourd'hui, les professions libérales dépendent de régimes de retraite particuliers, qui ont des niveaux plus faibles de participation et de protection. Si un professionnel libéral est malade, il n'a pas d'indemnité journalière, c'est-à-dire qu'il n'est pas payé par la sécurité sociale.

Cette protection sociale est moins adaptée pour les professions libérales qui ne sont pas règlementées ou organisées.

Il est donc proposé de donner petit à petit aux futurs créateurs d'entreprises, qui n'exercent pas de professions règlementées, la même couverture sociale que les artisans et commerçants. Cette couverture sociale donne :

- un droit aux indemnités journalières
- des droits à retraite plus élevés.

Les entrepreneurs d'aujourd'hui qui exercent les mêmes professions pourront demander à bénéficier de cette nouvelle protection sociale plus intéressante. Les professions libérales non règlementées donneront leur avis : elles diront si elles souhaitent garder la couverture sociale des professions libérales ou pas. Les professions libérales règlementées ne sont pas concernées.

## **Une organisation efficace et simplifiée au service des assurés du régime sociale des indépendants (RSI)**

Depuis 2012, le gouvernement travaille pour améliorer le service public de la sécurité sociale pour les artisans et les commerçants.

Cela concerne 6 millions d'assurés qui relèvent du régime social des indépendants (RSI).

Il s'agit de bien collecter les cotisations et de bien gérer leurs droits à l'assurance maladie et l'assurance vieillesse.

Les efforts qui ont été faits ont permis d'équilibrer la situation du régime des travailleurs indépendants, grâce aux efforts des équipes :

- des caisses du RSI, sous la direction de la caisse nationale



- de l'union de recouvrement des cotisations de la sécurité sociale (URSSAF) et de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

Le gouvernement a créé un comité de suivi des 20 engagements pris par le RSI en 2015 pour que l'amélioration du service public de la sécurité sociale dure. Ce comité de suivi est un groupe composé d'assurés. Le président de ce comité est Fabrice Verdier.

Un nouveau calendrier de paiement a été mis en place en 2015.

Il est appelé le « 3 en 1 » :

- les cotisations sont mieux adaptées aux revenus
- la régularisation des cotisations définitives se fait par rapport aux revenus de l'année précédente et le montant des cotisations prévues est mieux adapté
- les échéances s'étalent sur 12 mois au lieu de 10 mois. Une échéance est la date à laquelle un paiement doit être fait.

Ces actions ont permis de rétablir puis de stabiliser un bon fonctionnement du recouvrement des cotisations sociales. Le recouvrement, c'est récupérer les sommes d'argent qui n'ont pas été payées.

Le fonctionnement du recouvrement des cotisations sociales n'était pas parfait à cause de la mise en place en 2008 de la répartition des compétences entre les réseaux du RSI et des URSSAF.

Cette répartition du travail était appelée « interlocuteur social unique » (ISU).

La confiance est revenue entre les réseaux du RSI et des URSSAF.

Les nouveaux modes de travail en équipe permettent aussi de mettre fin à l'ancienne organisation, qui était compliquée.

Cette organisation compliquée

a mené au désastre révélé par la Cour des comptes en 2012.

Le recouvrement des cotisations sociales doit être organisé de manière simple, autour d'une structure unique pour les travailleurs indépendants.

Les objectifs sont :

- d'assurer une qualité de services suffisante aux assurés
- de maîtriser l'ensemble des moyens nécessaires, même dans le domaine informatique.

**Une nouvelle organisation sera donc mise en place, pour les services aux assurés :**

- Les règles compliquées du partage des compétences entre les réseaux RSI et URSSAF, seront supprimées. Ils seront tous les 2 responsables des missions de recouvrement des cotisations et des contributions des artisans et commerçants.
- Une structure de pilotage national unique est créée. Elle est dirigée par un directeur national. Cette structure de pilotage est responsable de la qualité du service rendu aux cotisants dans les 2 réseaux. Cette structure de pilotage commande les services qui se chargent de ces missions.
- Le système d'information sera revu pour mieux s'adapter aux besoins des travailleurs indépendants.

Les dispositions de l'ordonnance de 2005 qui a créé l'interlocuteur social unique (ISU), sont donc annulées.

**La réforme de l'affiliation des professions libérales non réglementées simplifiera le fonctionnement de la protection sociale des travailleurs indépendants :**

- des règles plus claires permettront aux entrepreneurs des professions non réglementées de pouvoir bénéficier d'une protection sociale plus simplement
- la caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (CIPAV) fonctionnera mieux. La CIPAV est une caisse de retraite des professions libérales. Les professions libérales sont des professions qui sont exercées par une personne, individuellement, sous sa responsabilité personnelle.

## **Chapitre 4 :**

### **Sécuriser la couverture maladie des travailleurs précaires**

Les changements dans le monde du travail demandent de renforcer les garanties liées aux travailleurs précaires, c'est-à-dire les travailleurs qui sont à temps partiel et qui gagnent des salaires bas.

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 1 an est maintenant possible pour les chômeurs qui ne reçoivent plus d'indemnités chômage, grâce à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

La condition d'activité minimale pour ouvrir le droit aux indemnités journalières a été abaissée de 200 à 150 heures sur les 3 derniers mois. Cela a permis d'ouvrir le droit aux indemnités journalières à 300 000 salariés à temps partiel ou qui ont plusieurs petits contrats de travail et qui ne travaillent pas régulièrement.

Le versement santé permet la mise en place de la généralisation de la complémentaire santé en entreprise. Cela permet par exemple aux salariés en contrat à durée déterminée de courte durée ou à temps partiel de pouvoir bénéficier de la mutuelle proposée par leur entreprise.

Le plan de financement de la sécurité sociale pour 2017 continue d'améliorer les droits des salariés précaires. Ce plan permet aux travailleurs qui enchaînent des contrats de travail de courte durée qui relèvent du régime général et du régime des salariés agricoles de bénéficier d'une couverture maladie continue.

Par exemple, les travailleurs qui ont plusieurs activités selon les saisons. Ils alternent des activités agricoles et d'autres activités qui relèvent du régime général.

Les députées Annie Genevard et Bernadette Laclais ont écrit le rapport appelé :  
« Un acte II de la loi Montagne pour un pacte renouvelé de la Nation avec les territoires de montagne ».

Ce rapport fait remarquer qu'il est nécessaire de garantir une couverture sociale simplifiée et continue pour ces travailleurs qui ont plusieurs activités dans l'année.

Pour éviter de changer de régime à chaque changement d'activité, la mesure prévoit que les salariés qui justifient de contrats courts restent rattachés à leur caisse d'origine, au sein du régime général ou du régime des salariés agricoles. Cette caisse paiera les indemnités journalières en cas de maladie ou de maternité.

Des mesures réglementaires permettront d'améliorer le lien entre maladies chroniques et activité professionnelle. Ces mesures prennent en compte les changements qui permettent aux personnes qui ont une maladie chronique de reprendre et de continuer leur activité. Une maladie chronique est une maladie de longue durée qui évolue lentement.

### **Les pensions d'invalidité :**

Aujourd'hui, en cas de reprise d'activité après une période d'invalidité, la pension d'invalidité est suspendue, c'est-à-dire qu'elle n'est plus payée.

Si la maladie à l'origine de la première période d'invalidité se développe, la personne reçoit la pension d'invalidité qu'elle recevait avant. Les évolutions de salaire qu'elle a pu avoir ne sont pas prises en compte. Après une certaine période de reprise d'activité, il est prévu qu'une nouvelle pension d'invalidité sera calculée pour prendre en compte toute la carrière professionnelle.

### **Les indemnités journalières**

#### **pour les personnes en affection de longue durée (ALD) :**

La durée des indemnités journalières est limitée à 360 jours sur une période de 3 ans pour les arrêts de travail qui ne concernent pas les affections de longue durée.

Les affections de longue durée donnent droit à une période d'arrêt de travail de 3 ans.  
Il faut travailler au minimum 1 an pour avoir encore droit à une nouvelle période d'arrêt de travail de 3 ans.

La règle est plus protectrice pour les affections de longue durée mais elle est peut-être moins juste pour les personnes qui continuent de travailler.  
Au bout de 3 ans, les personnes peuvent avoir été en arrêt de travail moins de 360 jours sans pouvoir travailler pour ouvrir le droit à une nouvelle période de 3 ans.  
Cette règle sera revue pour leur permettre de s'arrêter plus de 3 ans, dans la limite des 360 jours.

## **Chapitre 5 : Un service public de la sécurité sociale plus moderne**

### **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) est une méthode de simplification des démarches des employeurs pour la protection sociale et l'administration.

La DSN remplace :

- l'ensemble des déclarations régulières ou occasionnelles
- les différentes formalités administratives pour les employeurs aux différents organismes comme Pôle emploi, la CPAM, l'Urssaf, le centre des impôts, les caisses de régimes spéciaux...

Aujourd'hui, 800 000 entreprises et 15 millions de salariés utilisent la DSN.

En janvier 2017, toutes les entreprises utiliseront la DSN.

Elle permet aux entreprises de transmettre presque toutes les informations sociales aux différents organismes.

Les entreprises font une seule déclaration dématérialisée qui est déposée sur un guichet unique.

Une déclaration dématérialisée est un document envoyé par internet.

Elle remplace presque toutes les déclarations sociales selon le principe du « dites-le nous en une fois ».

Elle simplifie les formalités obligatoires des entreprises.

Elle bénéficie également aux salariés.

Les droits et les indemnités des salariés sont établis et calculés plus vite et de manière plus sûre.

Les indemnités journalières sont déjà versées plus rapidement.

La DSN :

- sécurise la prise en compte des informations individuelles qui circulent
- et permet ainsi d'améliorer la confiance dans notre méthode de solidarité collective.

Le futur portail national des droits sociaux (PNDS) sera ouvert en début d'année 2017, entre janvier et mars. Ce portail internet sera accessible à tous les assurés sociaux. Il s'agit d'un programme avec toutes les informations personnalisées pour l'assuré et ses droits sociaux.

Le portail national des droits sociaux permettra :

- d'informer l'assuré sur ses droits.  
Par exemple, si l'assuré a le droit à la prime d'activité, en se basant sur les données d'activité et les données correspondantes aux droits de l'assuré. La prime d'activité est une prime pour les travailleurs qui ont peu de revenus.
- de faciliter les démarches dans le domaine de la protection sociale.

Pour 2016, la loi de financement de la sécurité sociale a créé la protection universelle maladie (PUMa). La PUMa permet aux assurés de conserver leurs droits en cas de changement de situation. Depuis cette réforme, les assurés qui travaillent ou qui vivent en France de façon définitive et régulière ont droit à la prise en charge de leurs frais de soins.

Les personnes qui changent de situation professionnelle ou familiale gardent leurs droits à la couverture maladie.

Ces personnes :

- ne doivent pas faire de demande
- ne changent pas de caisse
- ne perdent pas leurs droits.

Cette réforme simplifie les démarches pour tous. Cette réforme concerne surtout les personnes qui ont des difficultés. La suppression du statut d'ayant-droit pour toutes les personnes de plus de 18 ans se fait petit à petit. Les ayants-droit sont par exemple les enfants ou le conjoint de la personne assurée. Les changements de situation personnelle n'ont ainsi pas de conséquence sur les droits des assurés

qui ne travaillent pas.

Les résultats de cette réforme sont déjà là :

en janvier 2016, il y a eu 400 000 appels téléphoniques de moins que les années précédentes.

Les assurés téléphonaient pour :

- avoir des informations
- réaliser les démarches pour renouveler leurs droits.

### **Le service public de la sécurité sociale est plus efficace**

Les conventions d'objectifs et de gestion ont été renouvelées :

- en 2013 pour la caisse nationale des allocations familiales (CNAF)
- en 2014 pour la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
- en 2014 pour la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)
- en 2014 pour l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)
- en 2016 pour la mutualité sociale agricole (MSA)
- en 2016 pour le régime social des indépendants (RSI).

Les conventions sont des accords.

Ces conventions ont fait des efforts

pour mieux maîtriser les dépenses de gestion.

Ces économies reposent sur des mesures de :

- simplification
- mutualisation
- et de réorganisation.

Ces mesures permettent d'augmenter l'efficacité nécessaire

pour garder une très bonne qualité de service

avec des moyens limités.

Ces mesures se basent aussi sur :

- des modernisations du fonctionnement
- et des procédures qui permettent de simplifier la vie des assurés et des employeurs.



La déclaration sociale nominative (DSN) permet :

- de baisser les coûts de gestion des organismes de protection sociale
- de baisser la charge administrative des entreprises
- d'améliorer les délais d'ouverture des droits sociaux des salariés et la sécurité des données.

Ces économies de gestion sont aussi le résultat de l'organisation de la gestion des régimes :

- la gestion des prestations maladie des agriculteurs se joint à la MSA
- la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) reprend la gestion des dettes et des créances internationales d'assurance maladie
- la gestion des prestations maladie du régime des mines est faite par la CNAMTS
- la délégation de gestion à la CNAMTS soutient plusieurs mutuelles délégataires
- le recouvrement des cotisations d'assurance maladie maternité des professions libérales est fait par l'URSSAF.

**Les économies faites sur les dépenses de gestion administrative du régime général en milliards d'euros :**

|   | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---|------|------|------|------|------|
| Economies sur les frais de gestion par an   | 84   | 290  | 466  | 486  | 411  |
| Economies sur les frais de gestion au total | 84   | 374  | 840  | 1325 | 1736 |

### **Troisième partie :**

Les efforts de l'assurance maladie  
pour retrouver un budget équilibré  
et maîtriser les dépenses de prise en charge des soins

## Chapitre 1 :

### L'assurance maladie sur la voie de l'équilibre

Le solde de l'assurance maladie devrait être de :

- 4,1 milliards d'euros en 2016
- 2,6 milliards, d'euros en 2017.

Ce résultat serait le meilleur depuis 2001.

Ce redressement repose sur des efforts importants de contrôle des dépenses.

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a progressé pour atteindre un niveau jamais atteint auparavant.

### **L'ONDAM 2016 sera respecté**

En 2016, l'ONDAM sera respecté pour la huitième fois en suivant, malgré :

- les contraintes, qui sont le résultat d'un objectif élevé, avec une augmentation de l'ONDAM qui ne devaient pas dépasser 1,75%
- et une situation économique et sociale compliquée.

En effet, l'ensemble des dépenses de soins en ville pourrait dépasser l'objectif prévu.

Les soins en ville sont par exemple les médicaments, les indemnités journalières et les spécialistes.

A l'hôpital, les dépenses de médicaments dépasseraient aussi l'objectif prévu, comme pour les traitements en ATU et post-ATU. ATU signifie autorisation temporaire d'utilisation. C'est une procédure française créée en 1986 qui permet à certains malades d'utiliser des médicaments qui n'ont pas encore été mis sur le marché.

Le respect de l'ONDAM 2016 pourra se faire grâce à l'annulation de certains crédits.

Certains sous-objectifs de dépenses seront revus à la baisse.

## L'ONDAM 2016 : les objectifs ont été respectés

|   | Loi 2016 | Projet de loi 2017 |
|---|----------|--------------------|
| Soins de ville                            | 84,3     | 84,6               |
| Etablissements de santé                   | 77,9     | 77,9               |
| Etablissements et services médico-sociaux | 18,2     | 18                 |
| Fonds d'intervention régional             | 3,1      | 3,1                |
| Autres prises en charge                   | 1,7      | 1,6                |
| Total                                     | 185,2    | 185,2              |

## L'ONDAM 2017 augmentera de 2,1% grâce aux efforts de tous :

L'augmentation de l'ONDAM 2017 est la conséquence de mesures qui ont un effet direct sur les dépenses de l'assurance maladie, comme :

- la convention médicale, qui coûtera 400 millions d'euros
- les augmentations de salaires dans la fonction publique, qui coûteront 700 millions d'euros ; avec par exemple l'augmentation du point d'indice,
- la mise en place du protocole « parcours professionnels, carrières et rémunérations ».

Il prend aussi en compte le coût des dépenses pour les nouveaux médicaments.

La progression de l'ONDAM est de 2,1%.  
C'est l'objectif le plus bas de l'histoire par rapport au taux de progression réalisé dans le passé.

L'augmentation du taux de progression de l'ONDAM concerne l'ensemble des secteurs financés par l'ONDAM.

Selon les orientations du virage ambulatoire,  
le taux de progression de l'objectif de dépenses des soins de ville  
sera plus élevé que celui de l'hôpital.  
Le virage ambulatoire est un tournant  
dans l'organisation des services de santé  
où la personne qui peut se déplacer n'est plus hospitalisée  
pour recevoir les traitements et les interventions dont elle a besoin.

**Evolution de l'ONDAM 2017 par sous-objectifs, en milliards d'euros :**

|   | Niveau de dépenses par sous-objectifs | Taux de progression en 2017 | Taux de progression en 2016 |
|---|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Soins de ville                            | 86,6                                  | 2,1%                        | 1,7%                        |
| Etablissements de santé                   | 79,2                                  | 2%                          | 1,75%                       |
| Etablissements et services médico-sociaux | 20,1                                  | 2,9%                        | 1,9%                        |
| Fonds d'intervention régional             | 3,2                                   | 2,1%                        | 1%                          |
| Autres prises en charge                   | 1,7                                   | 4,6%                        | 4,6%                        |
| Total                                     | 190,7                                 | 2,1%                        | 1,75%                       |

Le coût supplémentaire des nouvelles mesures est financé en partie par un supplément d'économies.  
Ces économies reposent sur les orientations présentées en 2014 par la ministre des Affaires sociales et de la Santé, dans le cadre d'un plan de 3 ans, de 2015 à 2017.

Ce plan consiste à :

- baisser les prix des produits de santé et favoriser les médicaments génériques ;  
Les médicaments génériques sont des médicaments qui ont les mêmes propriétés que le médicament de marque mais qui sont vendus sous une autre marque et moins cher.
- agir contre les prises en charge qui ne sont pas justifiées
- réussir le virage ambulatoire
- améliorer l'efficacité des dépenses des hôpitaux.

|  |             |
|--|-------------|
| <b>Efficacité de la dépense hospitalière</b>   | <b>845</b>  |
| Améliorer les dépenses des établissements  | 80          |
| Améliorer les achats   | 505         |
| Autres dépenses  | 260         |
| <b>Virage ambulatoire<br/>et adaptation de la prise en charge en établissement</b>                 | <b>640</b>  |
| Développer la chirurgie ambulatoire  | 160         |
| Réduire les désaccords hospitaliers  | 250         |
| Rééquilibrer la participation de l'ONDAM<br>à l'objectif global des dépenses (OGD)                 | 230         |
| <b>Produits de santé et développement des génériques</b>   | <b>1430</b> |
| Baisser les prix des médicaments   | 500         |
| Développer les médicaments génériques  | 340         |
| Tarifs des dispositifs médicaux  | 90          |
| Médicaments biosimilaires ou biologiques   | 30          |
| Contribution du fonds de financement<br>de l'innovation des médicaments                            | 220         |
| Remises  | 250         |
| <b>Pertinence et bon usage des soins</b>   | <b>1135</b> |
| Baisse des tarifs des professionnels libéraux  | 165         |
| Contrôle des volumes et de la structure de prescription<br>des médicaments et dispositifs médicaux | 380         |
| Contrôle médicalisé, hors médicaments  | 320         |
| Réforme des cotisations des professionnels de santé  | 270         |
| <b>Total</b>   | <b>4050</b> |

## **Chapitre 2 :** **Réussir à nouveau 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 a régulièrement augmenté depuis 2011.

Elle avait baissé entre 2004 et 2011.

En 2015, les dépenses de soins représentaient 78,2% des dépenses totales de la sécurité sociale.

En 2011, ces dépenses représentaient 77,1% des dépenses totales.

Entre 2004 et 2011,

la part des dépenses de santé payées par les familles avait augmenté.

Entre 2012 et 2015, la part des dépenses de santé payées par les familles a diminué de façon régulière.

La part des dépenses de santé des familles était de :

- 9,3% en 2011
- 9,1% en 2012
- 8,8% en 2013
- 8,6% en 2014
- 8,4% en 2015, ce qui est très bas.

Cela montre qu'il y a de moins en moins de dépenses de santé qui restent à la charge des familles : elles sont mieux remboursées.

Depuis 2011, les dépenses de santé à la charge des familles baissent, alors que les dépenses de santé augmentent.

La différence est de 1,7 milliard d'euros par rapport à la structure de financement de 2011.

Les dépenses de santé financée par l'Etat en France sont importantes. Mais la part des dépenses de santé à la charge des familles est plus faible.

La politique de santé est orientée vers l'accès aux soins.

Cette politique a refusé de prendre des mesures de franchises, forfaits et déremboursements,

qui auraient augmenté les dépenses de soins à la charge des français.

Depuis 2012, le gouvernement a pris des mesures pour baisser les dépenses qui restent à la charge des familles. L'avenant numéro 8 à la convention médicale de 2012 a mis en place une démarche pour maîtriser les dépassements d'honoraires. Le dépassement d'honoraire est le tarif d'un professionnel de santé qui n'est pas pris en charge par la sécurité sociale et qui reste à la charge du patient.

Les praticiens se sont engagés sur la question des dépassements d'honoraires dans le contrat d'accès aux soins. Les praticiens sont les médecins, les dentistes... Le niveau des dépassements d'honoraires a baissé en 2013 : il était de 53%. Entre 2000 et 2011, il était passé de 38% à 56%.

Les plafonds pour avoir droit à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et à l'aide pour une complémentaire santé (ACS) sont augmentés. Le plafond est la somme maximum qui ne doit pas être dépassé. La Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est une complémentaire santé gratuite qui prend en charge toutes les dépenses de santé. La CMU-C est réservée aux personnes qui ont des revenus très faibles. L'aide pour une complémentaire santé est une aide au paiement d'une complémentaire santé. L'augmentation des plafonds de revenus pour avoir droit à ces aides a permis à 600 000 personnes d'avoir ces aides.

La réforme de l'aide pour une complémentaire santé a permis aux familles qui touchent cette aide d'avoir des contrats de proposition de complémentaire intéressants et peu coûteux. Les baisses de prix des complémentaires peuvent aller jusqu'à 36%.

Beaucoup de familles ont pu profiter de cette réforme pour prendre une bonne complémentaire santé.



L'aide pour une complémentaire santé est devenue plus simple.

Ainsi :

- Fin mai 2015, 958 500 familles qui ont eu cette aide avaient pris une complémentaire santé
- Fin juillet 2015, 1 077 600 familles avaient pris une complémentaire santé.

Grâce à un fonctionnement plus simple pour avoir cette aide, plus de familles ont pris une complémentaire santé.

Depuis le premier juillet 2015, les franchises médicales sont supprimées pour les 1,4 million de bénéficiaires de l'aide pour une complémentaire santé. La franchise médicale est une somme qui est déduite des remboursements effectués par la caisse d'Assurance Maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. La part restante est donc à la charge des familles. Les bénéficiaires de l'aide pour une complémentaire santé ne paient plus cette franchise médicale.

### **Réussir à nouveau la prise en charge des soins dentaires pour les rendre accessibles à tous**

Les soins dentaires sont une exception dans notre système de prise en charge : la part prise en charge par la sécurité sociale est plus faible que la part prise en charge par les complémentaires santé, c'est-à-dire 37% contre 40,3%.

Les familles paient un reste à charge élevé pour leurs soins dentaires : elles paient 22,7% du montant total de leurs soins dentaires.

Les tarifs libres depuis 2006 pour les prothèses et les appareils dentaires ont participé à l'augmentation des dépenses depuis 10 ans.

Seule une partie des soins sont pris en charge sans possibilité de dépassement, comme :

- les consultations,
- les soins conservateurs et chirurgicaux, c'est-à-dire les détartrages, les traitements de caries...
- la radiologie
- la prévention.

Les prothèses et les appareils dentaires sont pris en charge mais les médecins choisissent eux-mêmes le montant de leurs honoraires.

Une partie des soins dentaires ne sont pas pris en charge :

- la parodontie, c'est-à-dire le traitement des maladies de la gencive
- le blanchiment, c'est-à-dire le traitement qui rend les dents plus blanches
- les implants, c'est-à-dire le remplacement des racines des dents.

Le coût élevé des soins dentaires ne permet pas à tous les français de bien soigner leurs dents. Beaucoup de personnes renoncent aux soins dentaires, même les personnes qui ont des revenus corrects.

### **Le Gouvernement souhaite améliorer la santé dentaire des Français avec un plan sur plusieurs années pour l'accessibilité aux soins dentaires.**

Ce plan repose sur :

- l'augmentation du coût de certains actes de soins dentaires pas assez rémunérés, comme les soins conservateurs pour développer la prévention
- l'encadrement des dépassements d'honoraires pour les actes à entente directe, c'est-à-dire quand le chirurgien dentiste a fait un devis qui présente le coût des soins et que le patient a accepté ce devis.

Ces changements pour tous devraient être complétés par des actions pour certains publics en particulier :

- améliorer la prévention chez les jeunes en développant le dispositif « MT Dents » ;

le dispositif « MT Dents » permet d'avoir un rendez-vous de prévention chez le dentiste payé par l'Assurance Maladie et des soins remboursés complètement, si cela est nécessaire.

- prendre en charge certains soins qui ne sont pas remboursés aujourd'hui, pour des personnes qui ont des maladies en rapport avec la santé dentaire.
- mieux mettre en valeur les 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 commencer doivent permettre de mettre en place ces mesures. Ces négociations demanderont un réinvestissement financier important de l'assurance maladie obligatoire.

### **Chapitre 3 :**

## **La prévention et les droits des patients au centre de la stratégie nationale de santé**

La politique de prévention est mise en avant depuis 2012.  
La prévention est un ensemble de mesures à prendre  
pour éviter que la santé dentaire des français ne se dégrade.

Ce changement est nécessaire.  
L'espérance de vie des français  
est une des plus élevées au monde.  
L'espérance de vie est la durée de vie moyenne des français.

Mais en France, il y a aussi une mortalité précoce qui peut être évitée,  
surtout pour les hommes.

La mortalité précoce concerne les personnes qui décèdent  
avant l'âge de 65 ans.

Cette mortalité précoce est due :

- aux addictions, c'est-à-dire à une dépendance à l'alcool, la drogue...
- à la nutrition, par exemple à une alimentation trop grasse
- à la sédentarité, c'est-à-dire au manque d'activités physiques.

La loi de modernisation de notre système de santé (LMSS)  
présente la prévention comme la base de notre système de santé.

Il faut agir sur notre santé, avant l'apparition des maladies.

Il faut commencer dès le plus jeune âge.

Cette idée est efficace du point de vue de la santé  
et tout le monde est d'accord avec cette idée.

De plus, cela permet de faire des économies.

Depuis 2012, le gouvernement se consacre  
aux maladies chroniques et aux inégalités sociales de santé.

Cette politique de prévention est très importante  
et elle doit durer.

Elle se base sur les faits.

Elle suppose de tenir bon face à plusieurs groupes d'intérêts,  
comme les fabricants de tabac par exemple.

Ces fabricants n'ont pas envie de voir le nombre de fumeurs baisser  
car cela représente une perte d'argent pour eux.

La politique de prévention a été innovante sur la façon d'agir, de discuter et de mettre en place les partenariats.

La loi de modernisation de notre système de santé a engagé beaucoup d'actions.

Les différents plans de financement de la sécurité sociale ont permis de renforcer les moyens et les ressources consacrés à la prévention, dans plusieurs domaines :

### **La nutrition :**

L'objectif est d'aider les personnes à mieux manger.

L'alimentation est importante pour être en bonne santé.

Une bonne alimentation permet d'éviter le surpoids, l'obésité et le diabète.

Tous les français ne se nourrissent pas de la même façon.

Il y a de grandes inégalités.

La loi de modernisation de notre système de santé comporte de nouvelles mesures qui vont permettre d'améliorer la qualité de l'alimentation.

Par exemple :

- interdire les fontaines à sodas
- donner des informations sur la nutrition pour aider les consommateurs à bien choisir leurs aliments.

En Outre-Mer, un document administratif qui s'appelle « l'arrêté sucre » permet de lister les produits d'outre-mer

dont la quantité de sucres ajoutés ne doit pas dépasser la quantité de sucres ajoutés des produits de la métropole.

Les départements d'outre-mer sont par exemple la Guadeloupe, la Martinique...

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a créé une expérimentation sur la prévention de l'obésité pour les enfants de 3 à 8 ans.

Cela permet aux enfants en risque d'obésité d'avoir une prise en charge complète avec :

- des consultations diététiques, pour apprendre à bien manger
- un bilan d'activité physique, pour connaître les capacités physiques
- un suivi psychologique, pour aider moralement ces enfants.

## **Le VIH, les hépatites et les infections sexuellement transmissibles :**

L'objectif est de lutter contre le VIH, les hépatites et les infections sexuellement transmissibles (IST), en développant de nouveaux moyens de prévention.

Le VIH est le Virus d'Immunodéficience Humaine.

C'est le virus responsable du sida.

Une hépatite est une inflammation du foie.

Pour lutter contre le VIH, les hépatites et les infections sexuellement transmissibles (IST), il faut toujours avoir des idées nouvelles pour informer sur les bons comportements à avoir pour éviter ces maladies.

Il faut aussi s'adresser aux personnes les plus éloignées du système de santé pour les conduire vers des prises en charge adaptées.

Depuis 2012, de nouvelles mesures ont été prises pour proposer une prévention plus efficace.

Ces mesures sont par exemple

la mise en place de moyens plus accessibles, comme :

- des tests rapides d'orientation et de diagnostic (TROD)
- des autotests, c'est-à-dire des tests à faire soi-même
- le recours à la prophylaxie préventive (PreP), c'est-à-dire l'ensemble des mesures prises pour empêcher l'apparition, la réapparition ou le développement d'une maladie.

Par exemple, la vaccination pour éviter une maladie.

L'assurance maladie finance tous ces dispositifs :

- elle prend en charge la prophylaxie préventive, comme le vaccin de la grippe par exemple
- elle finance les autotests et les tests rapides d'orientation et de diagnostic (TROD).

Le taux de la TVA sur les préservatifs est passé de 7% à 5,5% en 2014.

La TVA est une taxe.

Depuis le 1er janvier 2016,  
il existe des Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic  
des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD).  
Ces centres remplacent les anciennes structures d'information.  
Ils permettent de prendre en compte la santé sexuelle  
de manière complète.

Ils prévoient par exemple :

- la vaccination contre l'hépatite B, l'hépatite A  
et les infections à papillomavirus humains (HPV)
- la prescription de la contraception, c'est-à-dire la pilule par exemple.

Les actions « hors les murs » sont mises en valeur.  
Il s'agit d'actions réalisées en dehors des centres  
pour aller à la rencontre des publics éloignés du système de santé.

Pour continuer les efforts pour la santé des français,  
le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 :

- prévoit des financements pour la prévention
- propose de nouvelles mesures spécifiques.

## **Soutenir l'effort de prévention**

Les agences régionales de santé  
auront plus de moyens pour la prévention.

Le Fonds d'intervention régionale a été créé en 2012.

Il a permis :

- de rassembler des budgets
- de créer un budget unique pour la prévention  
réparti entre les agences régionales de santé (ARS).

Ce budget unique a augmenté petit à petit :  
il est passé de 227 millions d'euros en 2012  
à 274 millions d'euros en 2016.

En plus des moyens donnés aux agences régionales de santé,  
les budgets pour la prévention vont être plus importants :

si les budgets pour financer d'autres actions de santé ne sont pas utilisés, ils seront utilisés pour la prévention.

Par exemple : en 2015, 38,9 milliards d'euros de budget supplémentaire ont été attribués à la prévention.

L'évolution du budget prévu en 2017

permettra de financer des nouvelles mesures pour la prévention, comme :

- Des autotests, des traitements post exposition du VIH et de l'hépatite et des traitements pré exposition du VIH seront distribués dans les centres d'information, pour lutter contre le virus du Sida
- Le développement du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.

### **Plus de moyens pour les prises en charge spécifiques :**

Un des objectifs de l'ONDAM

est de financer des structures de prévention, de réduction des risques et d'accompagnement des publics en difficulté, comme :

- Développer le nombre de consultations pour les jeunes consommateurs de drogues (CJC), les Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD).
- Créer 200 places d'appartements de coordination thérapeutique ; Ces appartements sont pour les personnes qui ont une fragilité psychologique, sociale ou financière et qui ont besoin de soins et d'un suivi médical.
- Améliorer le dépistage et la prise en charge des hépatites et du virus du Sida ; pour cela, les tests rapides à orientation diagnostiques seront utilisés.
- Développer l'utilisation de la naloxone dans les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD). La naloxone est un médicament.



L'objectif est d'utiliser ce médicament pour réduire le nombre de morts dues à une surdose de drogue.

- Créer 500 places de plus pour l'hospitalisation des personnes sans-abri, c'est-à-dire 300 Lits d'Accueil Médicalisés et 200 Lits Halte Soins Santé. Ces 500 places feront partie de l'objectif des 2500 places à créer. Ces 2500 places sont un objectif du plan de lutte contre la pauvreté.

### **Une convention médicale qui soutient la prévention**

Les actions de prévention sont soutenues par la convention médicale signée le 25 août entre les représentants des médecins libéraux, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (NOCAM). Cette convention rappelle qu'il faut développer la prévention.

Cette convention explique l'importance du rôle des médecins dans les actions d'information sur la santé. Les médecins doivent parler du dépistage à leurs patients. Ils doivent expliquer à leurs patients comment prendre soin de leur santé.

### **De nouvelles missions pour le médecin traitant dans la prise en charge des patients de moins de 16 ans :**

Le médecin traitant devra faire attention au bon développement de l'enfant. De 0 à 6 ans, l'enfant va passer des examens obligatoires payés par la sécurité sociale. Pendant ces examens, le médecin devra vérifier que l'enfant n'a pas de problèmes de développement, c'est-à-dire aucun problème pour grandir, parler et se déplacer.

Le médecin fera aussi attention à plusieurs sujets importants :

- vérifier que l'enfant est bien vacciné et dans les délais

- soigner les maladies infantiles, c'est-à-dire les maladies qui touchent les enfants
- donner des conseils aux parents sur l'allaitement, la nutrition, l'hygiène, la prévention des risques de la vie courante...

Le médecin donne des informations adaptées à l'âge de l'enfant.

### **La prévention a une place plus importante dans la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)**

Les objectifs de la ROSP ont été revus pour tenir compte des priorités de santé publique. La prévention est une priorité de santé publique.

390 points sont maintenant consacrés à la prévention et aux actions de santé publique. Avant, seulement 250 points étaient consacrés à la prévention.

Les actions de dépistage des cancers seront développées. Un indicateur de dépistage du cancer colorectal sera créé. Le cancer colorectal est le cancer des intestins.

Il y aura des mesures pour lutter contre :

- l'iatrogénie, surtout pour les personnes de plus de 75 ans ; l'iatrogénie est un problème de santé causé par une opération ou un médicament
- l'antibiorésistance, c'est-à-dire la capacité d'une bactérie à résister à un antibiotique.

Des indicateurs sur la prévention des conduites addictives seront aussi créés.

Par exemple : dépendance au tabac, à l'alcool.

### **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 sur le tabac, la prévention de l'obésité des enfants et l'accès à la contraception et à la contraception d'urgence des mineures de plus de 15 ans.

La contraception est un moyen utilisé pour éviter une grossesse.

## **Permettre à plus de soins d'être faits en accès direct en ophtalmologie, sans passer par le médecin traitant**

L'ophtalmologie est une spécialité de la médecine qui traite les maladies de l'œil.

Le dépistage et le suivi de la DMLA peuvent être faits par les ophtalmologues en accès direct, c'est-à-dire sans devoir d'abord rencontrer le médecin traitant.

## **Faciliter l'accès des consommateurs de drogues aux produits qui peuvent diminuer les risques pour leur santé**

L'article 41 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, présente les objectifs et les moyens pour réduire les risques pour les consommateurs de drogues.

Cela s'appelle la réduction des risques et des dommages (RDRD).

Cette politique a permis d'ouvrir

2 salles de consommation à moindre risque, à Paris et Strasbourg.

Une salle de consommation à moindre risque est un lieu

où les consommateurs de drogues peuvent venir s'injecter leur produit dans de bonnes conditions d'hygiène, en présence de professionnels de santé.

Un des objectifs de la réduction des risques et des dommages est de diminuer le nombre de morts dues à une surdose de drogues.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale

propose donc de permettre aux centres d'aide et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)

de délivrer aux patients des produits de santé

pour éviter les risques de surdose.

Cette mesure donne de nouvelles missions

aux centres d'aide et d'accompagnement

à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD).

Cela permettrait de mettre le traitement de l'urgence respiratoire par surdose de drogues

à disposition des consommateurs à risque

et à disposition des personnes de leur entourage

qui pourraient être là lors d'une crise due à une surdose.

Ce traitement peut sauver des vies.

En effet, les usagers suivis par ces centres d'aide et d'accompagnement ont un risque de mourir d'une surdose de drogues.

Ces consommateurs représentent 70% des personnes accueillies en CAARUD : c'est-à-dire 52 500 personnes.

Sur ces 52 500 personnes, près de 22 000 se sont injecté un ou plusieurs produits dans le mois.

En 2012,

7% des usagers suivis par ces centres d'aide et d'accompagnement, ont dit avoir été victimes d'une surdose dans l'année à cause de leur consommation de drogues.

Cela représente 7 personnes sur 100 suivies par ces centres.

## **De meilleurs moyens pour lutter contre le tabagisme**

Le programme national de réduction du tabagisme a fixé de grands objectifs pour lutter contre les conséquences du tabagisme, qui tue 80 000 personnes chaque année.

Les objectifs sont donc de :

- diminuer de 10% le nombre de fumeurs qui fument tous les jours, d'ici à 2019
- passer en dessous de 20% de fumeurs qui fument tous les jours, d'ici à 2024
- faire de la génération d'enfants qui naît aujourd'hui la première génération sans tabac.

Les mesures réalisées pour lutter contre le tabagisme sont :

- l'obligation de demander à la personne qui veut acheter du tabac une preuve qu'elle a bien plus de 18 ans
- l'interdiction des capsules et des arômes dans les cigarettes
- l'interdiction de fumer dans un véhicule dans lequel il y a une personne de moins de 18 ans
- l'interdiction de faire de la publicité pour ces produits sur leur lieu de vente
- l'ajout d'un pictogramme sur les paquets de cigarettes pour donner envie aux femmes enceintes d'arrêter de fumer
- l'interdiction de fumer dans les aires de jeux pour les enfants.

La mise en place du paquet neutre est un grand changement.  
Le paquet neutre est un paquet de cigarettes sans publicité  
et où le nom de la marque est écrit en petit.

Il doit permettre de :

- stopper l'attrance pour les produits du tabac
- éviter que les plus jeunes ne commencent à fumer.

Le paquet neutre a été mis en place en mai 2016,  
en même temps qu'une augmentation des messages d'information de santé  
pour donner envie aux personnes d'arrêter de fumer.

La prise en charge forfaitaire des substituts nicotiques  
a été multipliée par 3 pour :

- les jeunes de 20 à 30 ans
- les bénéficiaires de la Couverture maladie complémentaire
- les patients atteints de cancer.

Les substituts nicotiques sont des médicaments  
pour aider les fumeurs qui veulent arrêter de fumer.

Cette prise en charge est maintenant de 150 euros.

Ces traitements peuvent être prescrits aux patients par :

- les infirmiers
- les masseurs kinésithérapeutes
- les chirurgiens-dentistes
- les médecins du travail.

Les sages-femmes peuvent prescrire ces traitements  
aux proches des femmes enceintes.

### **Le plan de financement de la sécurité sociale pour 2017 continue cet effort contre le tabagisme :**

Le plan de financement de la sécurité sociale  
propose d'augmenter de 5,7 points  
la part proportionnelle des droits de consommation sur les tabacs à rouler.  
En même temps, le minimum de perception serait augmenté  
pour augmenter les prix des produits les moins chers.

Le tabac à rouler est un produit encore plus dangereux que la cigarette.  
Le tabac à rouler est moins taxé que la cigarette.

Le prix tabac du tabac à rouler est plus bas de 26,6%.

Les ventes de tabac à rouler augmentent plus vite :

- les ventes de cigarettes ont augmenté de 1% en 2015
- les ventes de tabac à rouler ont augmenté de 5,6% en 2015.

Si les fabricants veulent toujours gagner autant d'argent sur leurs ventes de tabac, on peut prévoir une hausse de prix de 15%, c'est-à-dire 1,1 euro pour un paquet à 7,5 euros. Ce prix élevé va faire baisser les ventes et donc la consommation de tabac.

### **Il est aussi proposé de créer une contribution sur le chiffre d'affaires des fournisseurs agréés de tabacs.**

Depuis 2011, les bénéfices réalisés par les fabricants de tabac ont augmenté.

L'organisation de l'approvisionnement des cigarettes vendues en France est faite par une seule entreprise.

Cette entreprise fait partie d'un des 4 grands groupes de fabricants.

L'organisation est faite pour éviter de payer des taxes en France.

Une taxe sur le chiffre d'affaires des fournisseurs agréés est créée pour que les fabricants de tabac paient des taxes.

Cela permettra de récupérer 130 milliards d'euros.

Cet argent servira à mettre en place des actions pour lutter contre le tabagisme.

### **Développer la démocratie en santé**

La démocratie en santé est une démarche qui a pour but de rassembler les professionnels de santé, les patients et l'Etat pour réfléchir au meilleur système de santé possible.

Pour mettre les patients au cœur de notre système de santé, il faut créer les conditions d'une véritable démocratie en santé.

Il faut :

- renforcer les droits individuels des patients
- représenter les intérêts des patients  
autant que les intérêts de tous les acteurs du système de santé.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a permis de faire avancer la démocratie en santé et la défense des droits des patients.

Cette loi veut aussi défendre les droits collectifs, avec la création :

- de l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS)
- d'un droit à la formation pour les représentants d'usagers qui font partie des bureaux de démocratie sanitaire.

Le plan de financement de la sécurité sociale donne les moyens nécessaires pour mettre en place ces droits grâce à la création d'un fonds national pour la démocratie en santé.

Ce fonds va permettre de financer l'UNAASS et la formation des représentants d'usagers.

Ce fonds bénéficiera d'une partie des droits de consommation sur les tabacs, c'est-à-dire 13 millions d'euros.

Ce montant est fixé par la loi.

En 2017, ce montant sera de 8 millions car l'UNAASS aura besoin d'argent pour se développer.

Les financements régionaux pour la démocratie en santé resteront les mêmes.

## **Chapitre 4 :**

### **Assurer l'accès aux nouveaux médicaments, dans la durée**

Les dépenses de produits de santé prises en charge par l'assurance maladie représentent presque 33 milliards d'euros en 2016.

Le gouvernement a fixé un objectif pour la période de 2015 à 2017 : réussir à maintenir la dépense remboursée de médicaments au même niveau.

Il ne faut pas que la sécurité sociale dépense plus pour les remboursements de médicaments.

### **Permettre aux patients de bénéficier de nouveaux traitements est le point fort de la politique de santé en France : il faut continuer.**

L'autorisation temporaire d'utilisation permet à un nouveau médicament d'être mis très rapidement à disposition des patients, avant l'autorisation de mise sur le marché (AMM).

Normalement, un nouveau médicament doit avoir une autorisation de mise sur le marché pour pouvoir être proposé aux patients.

L'autorisation temporaire d'utilisation permet donc de proposer rapidement des nouveaux traitements aux patients.

En 2014, la France a été le pays où les patients ont eu le plus rapidement les nouveaux traitements de l'infection par le virus de l'hépatite C. Les patients qui avaient une hépatite C grave et qui avaient le plus besoin de ces traitements étaient prioritaires.

En mai 2016, la ministre des Affaires sociales et de la Santé a annoncé que tous les malades pourraient avoir accès à ces traitements à partir de 2016.

Plus de patients ont déjà pu avoir ces traitements. Une demande a été faite à la Haute autorité de santé pour pouvoir proposer ces traitements à tous les malades concernés.



**Créer des nouveaux médicaments coûte cher.  
Il faut prévoir un financement particulier, dans la durée,  
pour pouvoir continuer à proposer des nouveaux traitements  
aux patients**

De nouveaux traitements très chers sont créés  
pour traiter les maladies graves, comme :

- les cancers
- les maladies immunitaires,  
c'est-à-dire les maladies qui perturbent notre système de défense  
contre les infections
- les maladies orphelines,  
c'est-à-dire les maladies qui touchent très peu de personnes.

Ces traitements sont très importants.

La sécurité sociale doit prévoir un financement solide  
pour payer la recherche et la création de nouveaux traitements.

L'Etat a signé des conventions avec les fabricants de médicaments.

Il faudra trouver un équilibre  
entre les objectifs de maîtrise des dépenses,  
les objectifs de santé publique  
et l'accès aux nouveaux traitements.

**Financer dans la durée  
la recherche de nouveaux médicaments**

Il est difficile de savoir quand un nouveau médicament sera proposé.

Cela dépend du travail des chercheurs.

Il faut parfois travailler très longtemps  
pour mettre au point un nouveau médicament.

Il est donc très difficile de prévoir les dépenses.

Si les dépenses d'innovations pour les médicaments sont très élevées,  
l'Etat augmente le budget de l'innovation de l'année

et diminue un peu les budgets des autres secteurs de soins.

Si les dépenses d'innovations pour les médicaments baissent,

l'Etat a moins besoin de faire des économies sur les autres dépenses.

L'objectif est toujours de respecter  
l'objectif national des dépenses d'assurance maladie.

**Il est proposé de créer un fonds de financement  
de l'innovation pharmaceutique  
pour faire face plus facilement  
aux différences entre les dépenses d'innovation d'une année à l'autre.**

Le Fonds de financement aura pour mission  
de payer les dépenses concernant :

- la liste en sus ;  
cette liste comporte les médicaments  
donnés aux patients lors d'un séjour à l'hôpital
- les médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU)  
et post-ATU ;  
l'autorisation temporaire d'utilisation est une autorisation exceptionnelle  
pour proposer un nouveau médicament aux patients  
avant d'avoir eu l'autorisation de mise sur le marché
- les médicaments donnés par les pharmacies aux hôpitaux  
et qui ne peuvent être utilisés que dans les hôpitaux.

Un budget annuel sera prévu  
dans l'objectif national des dépenses d'assurance maladie  
pour le Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique.  
Ce budget s'adaptera au fil des années,  
en fonction des dépenses du Fonds.

Le fond de roulement  
de ce Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique  
est financé par le Fonds de solidarité vieillesse.  
Le fond de roulement est une somme d'argent  
qui est toujours disponible pour financer les dépenses.

Pour étaler les dépenses dans le temps, le Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique devra respecter les règles suivantes :

- la somme d'argent que le Fonds a pour fonctionner devra évoluer au même rythme que ses dépenses ; cette somme évoluera en fonction des dépenses des 5 années précédentes.
- le Fonds ne pourra pas utiliser plus de 25% de ses réserves ; les réserves correspondent à l'argent que le Fonds n'a pas utilisé.
- Pendant 6 années de suite, le Fonds ne pourra pas être en déficit plus de 3 fois.

**Pouvoir utiliser plus souvent l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) pour assurer la continuité des soins et l'accès aux nouveaux médicaments, et contrôler ce dispositif pour qu'il dure**

Le plan de financement de la sécurité sociale pour 2017 fait 2 propositions pour améliorer le fonctionnement de l'ATU :

- aujourd'hui, quand un médicament a une autorisation temporaire d'utilisation pour soigner certaines maladies, si l'une de ces maladies qu'il soigne est inscrite sur une liste de remboursement, cela met fin à la période de « post-ATU ». Le médicament n'est donc plus remboursé s'il n'a pas encore été évalué par la Haute autorité de santé. Les patients ne peuvent donc plus prendre ce médicament.

Les médicaments « post-ATU » sont des nouveaux traitements qui ont eu une autorisation temporaire d'utilisation et qui ont maintenant une autorisation de mise sur le marché, mais qui ne sont pas encore inscrits sur l'une des listes définies par le code de la santé.

Il est donc prévu de faire durer un peu plus longtemps l'autorisation temporaire d'utilisation d'un médicament pour toutes les autres maladies qu'il soigne et qui ne sont pas encore inscrites sur une liste de remboursement.

Il faut aussi rappeler que les fabricants décident à quels prix ils vendent les médicaments qui ont une autorisation temporaire d'utilisation. Ensuite, quand le médicament a été évalué par la Haute autorité de santé, le comité économique des produits de santé et les fabricants choisissent ensemble le prix définitif du médicament.

Si ce prix est plus bas que le prix proposé par le fabricant quand le médicament avait une autorisation temporaire d'utilisation, l'assurance maladie ne récupère pas la différence de prix. Le fabricant bénéficie donc de gains financiers.

Il est donc difficile ensuite de négocier un prix équilibré avec le comité économique des produits de santé. En réalité, les négociations concernent surtout les médicaments qui ont un prix très élevé.

Cela rend l'équilibre du dispositif plus compliqué. Il est donc proposé de prévoir un remboursement de l'écart des prix à l'assurance maladie, par les fabricants.

### **Adapter les mécanismes pour équilibrer les budgets**

La clause de sauvegarde permet de protéger l'Assurance maladie contre une augmentation trop rapide des dépenses de médicaments. Quand les autres actions n'ont pas été suffisantes pour respecter l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), la clause de sauvegarde est utilisée.

La clause de sauvegarde concerne presque tous les médicaments délivrés en pharmacie de ville et par l'hôpital.

Le montant des dépenses de médicaments n'est pas du tout le même en pharmacie de ville qu'à l'hôpital.

Les dépenses de médicaments augmentent beaucoup à l'hôpital :  
4,5% de dépenses en plus en 2015.  
Les dépenses de médicaments délivrés par les pharmacies  
restent stables.

Il faut donc prévoir une clause de sauvegarde  
pour les dépenses de médicaments délivrés en hôpital  
et une autre clause de sauvegarde  
pour les dépenses de médicaments délivrés par les pharmacies.

En 2014, de nouveaux traitements ont été créés  
pour traiter l'infection par le virus de l'hépatite C.  
Un dispositif financier a été mis en place  
pour que les laboratoires reversent une partie de leur chiffre d'affaires  
si ce chiffre d'affaires dépasse 700 millions d'euros pour 2015 et 2016.  
Ce dispositif est appelé « Dispositif W ».  
Ce dispositif a été efficace :  
30 000 patients ont pris ces nouveaux traitements  
mais les dépenses pour ces traitements n'ont pas dépassé ce qui était prévu.  
Ce dispositif va donc continuer en 2017.

Ce dispositif devrait coûter 600 millions d'euros de moins en 2017 grâce à :

- l'arrivée de nouveaux médicaments,  
ce qui va faire baisser le prix des autres médicaments
- la prescription de médicaments pour une durée plus courte,  
ce qui coûtera donc moins cher.

### **Sécuriser les règles qui encadrent les décisions du Comité économique des produits de santé (CEPS)**

Pour fixer de prix des produits de santé  
le système français se base sur la négociation  
entre le Comité économique des produits de santé et les fabricants.

Parfois, le Comité et les fabricants ne sont pas d'accord  
sur les prix des médicaments :  
dans ce cas, c'est le Comité qui décide des prix des médicaments,  
comme la loi le prévoit.

Pour prendre les bonnes décisions,  
le Comité économique des produits de santé  
se base sur les textes de loi.  
Mais les textes de loi pour les médicaments et les dispositifs médicaux  
ne sont pas assez précis.  
Le plan de financement de la sécurité sociale  
prévoit de revoir ces textes de loi.

### **Des prises en charge adaptées**

L'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM)  
veut faire évoluer la loi sur les médicaments biosimilaires.

Un médicament biosimilaire ressemble à un médicament biologique.  
Un médicament biologique est une substance  
fabriquée à partir d'un organisme vivant.  
Le principe de biosimilarité s'applique aux médicaments biologiques  
dont le brevet est dans le domaine public,  
c'est-à-dire qui n'appartient plus à celui qui l'a créé.

Un patient qui prend un médicament biologique  
peut maintenant changer en cours de traitement  
pour prendre un médicament biosimilaire.

Cela permettra de développer l'utilisation des médicaments biosimilaires  
dans les hôpitaux.

## Chapitre 5 :

### Continuer la transformation du système de soins

La politique nationale de santé veut transformer notre système de soins pour :

- rendre les soins accessibles en France
- mieux coordonner les prises en charge dans le suivi des soins tout au long de la vie
- mieux répondre aux besoins pour lesquels il y a peu de propositions
- moderniser l'offre de prise en charge.

Pour réussir la transformation du système de soins, tous les professionnels de soins doivent s'engager : professionnels de soins de ville, à l'hôpital et dans le secteur médico-social.

### Des soins de ville accessibles à tous

En décembre 2012,

la ministre des Affaires sociales et de la Santé a lancé le Pacte Territoire Santé (PTS).

3 ans plus tard, le Pacte Territoire Santé 2 (PTS2) a été lancé.

Ce Pacte Territoire Santé a pour objectifs :

- de lutter contre les déserts médicaux ;  
les déserts médicaux sont des territoires en France où il y a très peu de médecins
- d'améliorer l'accès aux soins grâce à plusieurs dispositifs.

Ces dispositifs sont les suivants :

#### **Le contrat d'engagement de service public (CESP) :**

Ces contrats offrent une bourse aux étudiants en médecine s'ils s'installent dans une région qui manque de médecins.

1770 étudiants ont bénéficié de cette bourse.

L'objectif était de signer 1500 contrats pour 2017.

Cet objectif est déjà réussi.

### **Le contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG) :**

Les ressources des médecins qui s'installent dans une région qui manque de médecins sont assurées

et leur protection sociale est améliorée.

600 médecins se sont installés dans ces régions grâce à ce contrat.

### **Les maisons de santé pluri-professionnelles :**

Ces maisons de santé regroupent plusieurs professionnels de santé.

Elles sont installées dans des territoires qui manquent de médecins.

Depuis 2012, le nombre de maisons de santé pluri-professionnelles a été multiplié par 3.

Fin 2016, il y a presque 800 maisons de santé pluri-professionnelles.

En décembre 2017, il y en aura 1200.

### **Le dispositif « médecin correspondant SAMU » :**

Ce dispositif permet aux personnes qui vivent dans des régions isolées d'avoir des soins d'urgence en moins de 30 minutes.

550 médecins généralistes se sont inscrits

au dispositif de « médecin correspondant SAMU ».

### **La nouvelle convention médicale**

#### **contient beaucoup de mesures**

#### **qui vont améliorer l'accès à des soins de qualité pour tous :**

- les médecins seront payés plus s'ils prennent en charge dans un délai de 2 jours un patient envoyé par un autre médecin.  
Cette mesure permettra d'apporter des soins rapidement et d'éviter des hospitalisations inutiles.
- une aide qui peut aller jusqu'à 50 000 euros sera créée pour les professionnels qui décideront de s'installer dans les régions où il y a peu de médecins.



**Pour continuer cet effort,  
le plan de financement de la sécurité sociale  
va soutenir l'installation des médecins  
qui proposeront des tarifs opposables ou maîtrisés.**

Le tarif opposable est un tarif autorisé  
précisé dans la convention signée entre le médecin et l'assurance maladie.  
Cela signifie que le médecin respecte les tarifs  
prévus par l'assurance maladie.

Les femmes médecins qui veulent fonder une famille  
hésitent à s'installer à cause :

- des charges liées à leur activité professionnelle
- des limites de l'assurance maladie  
si elles sont en congé maternité.

Pour aider les femmes médecins à s'installer,  
le Gouvernement a mis en place des dispositifs comme :

- les praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG)
- les praticiens territoriaux ambulatoires (PTMA).

Ces dispositifs aident les médecins  
qui souhaitent s'installer dans des territoires qui manquent de médecins.

Pendant la Grande Conférence de Santé,  
le Gouvernement s'est engagé à assurer aux femmes médecins  
une protection maternité de plus de 3 000 euros par mois, pendant 3 mois.  
Cette aide sera pour les femmes médecins  
qui respectent les tarifs opposables ou qui limitent leurs tarifs.  
Les jeunes femmes qui terminent leurs études de médecine  
pourront s'installer rapidement grâce à cette aide.

**Le projet de loi de financement de la sécurité sociale  
développe la télémédecine  
pour moderniser et agrandir l'offre de soins,  
et pour renforcer l'accès aux soins et à la qualité des soins.**

La télémédecine regroupe l'ensemble des pratiques médicales  
qui permettent aux patients d'être pris en charge à distance,  
grâce aux nouvelles technologies de l'information et de la communication.

Les patients peuvent par exemple rencontrer un médecin à travers un écran d'ordinateur.

Les expérimentations prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 :

- vont durer 1 an de plus
- vont s'étendre à l'ensemble des régions.  
Au début, cela ne concernait que 9 régions.

Les démarches administratives seront simplifiées pour permettre aux personnes qui ont des projets de commencer rapidement leurs actions.

De plus, la nouvelle convention médicale permet :

- la rémunération des téléconsultations ;  
les téléconsultations sont des consultations faites par téléphone
- l'utilisation de la télé-expertise dans des situations particulières où les bénéfices de la télémédecine sont déjà prouvés.

### **Continuer la réforme du financement des hôpitaux**

Dès 2012, le Gouvernement a souhaité revoir complètement le financement des établissements de santé en sortant du « tout tarification à l'activité » (T2A).

Des changements importants ont été mis en place avec les lois de financement de la sécurité sociale, comme :

- la mise en place d'un financement particulier pour les activités isolées
- le financement de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- la modification du financement de la médecine hospitalière de proximité
- la modification du financement des activités de soins de suite et de réadaptation, après une opération.

Le plan de financement de la sécurité sociale pour 2017 prévoit une nouvelle étape en se basant sur les propositions de la mission dirigée par le médecin Olivier Véran sur l'évolution du modèle de financement des établissements de santé.

Cette nouvelle étape a pour objectifs de :

- mieux soutenir le virage ambulatoire ;  
le virage ambulatoire est utilisé pour parler d'un système où le lieu de vie devient le lieu de soins.  
Les personnes sont soignées à domicile.
- favoriser l'égalité d'accès aux soins critiques, sur tout le territoire.

### **Il faut supprimer les obstacles qui empêchent le développement des prises en charge ambulatoires**

L'ambulatoire est une prise en charge médicale qui demande une hospitalisation de quelques heures.  
Il faut supprimer les problèmes qui empêchent le développement des prises en charge ambulatoires.

Certaines prises en charge de médecine ambulatoire réalisées dans les établissements de santé demande l'intervention de différents professionnels de santé mais sans place d'hôpital de jour.

Ces prises en charge sont importantes pour le suivi des patients qui ont des maladies chroniques, comme le diabète.  
Mais ces prises en charge sont mal prises en compte dans le modèle actuel de financement.

La mesure prévoit donc de créer un niveau de tarification qui serait entre la prise en charge externe et l'hospitalisation de jour.

### **Revoir le financement des activités de soins critiques**

Les soins critiques sont :

- la réanimation
- les soins intensifs
- la surveillance continue.

Le modèle actuel de financement des unités de soins critiques correspond mal aux besoins de ces unités.

Les activités de soins critiques ont des coûts fixes importants.

En effet :

- elles doivent respecter des normes de fonctionnement
- leurs activités changent souvent
- elles ne peuvent pas maîtriser leur file active de patients ; une file active de patients est le nombre total de patients vus au moins 1 fois dans l'année, en hospitalisation, en consultation ou en visite à domicile.

La mesure a pour objectif de faire évoluer ce modèle de financement vers un modèle qui réunit financement à l'activité et financement forfaitaire. Cela permettra de mieux prendre en compte les coûts des soins critiques.

Le plan de financement de la sécurité sociale pour 2017 permettra d'améliorer les réformes engagées les années précédentes.

Le modèle de financement des hôpitaux sera utilisé pour prévoir le financement des activités de soins de suite et de réadaptation.

Cela servira aussi à mieux prendre en compte les établissements situés sur une île, dans le cadre du financement des activités isolées.

La France a plusieurs îles comme la Corse, la Guadeloupe...

### **Améliorer l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées**

Depuis 2012, les établissements et services pour les personnes âgées et les personnes handicapées se sont développés et adaptés pour mieux répondre aux besoins des personnes.

De 2012 à 2016, environ 18 700 nouvelles places auront été créées dans les établissements et services pour enfants et adultes :

- 9 000 places pour enfants
- 9 700 places pour adultes.

Le Gouvernement a donné 295 millions d'euros pour le développement du 3<sup>ème</sup> plan autisme. Cela a permis de créer 1550 nouvelles places en établissements et services en 2016.

Le Gouvernement a aussi créé un Fonds pour prévenir les départs non souhaités de personnes autistes dans des établissements belges.

Des efforts sont faits pour proposer des services pour aider l'inclusion des personnes dans la société, dans tous les domaines de la vie.

De nouveaux dispositifs ont été mis en place, comme :

- des unités d'enseignement en milieu scolaire
- des pôles de compétences et de prestations externalisées.

Ces dispositifs complètent l'ensemble des offres médico-sociales en proposant l'intervention de professionnels salariés ou libéraux, dont les compétences sont reconnues.

La mise en place du rapport « zéro sans solution » oblige à réorganiser l'orientation et l'accompagnement des personnes.

L'objectif est de proposer « une réponse accompagnée pour tous ». Ainsi, l'accompagnement sera adapté aux besoins et aux choix de chaque personne.

De 2012 à 2016, le secteur des établissements et services pour personnes handicapées a reçu plus de 1,2 milliard d'euros de mesures nouvelles de la part de l'assurance maladie.

De 2012 jusqu'à la fin de 2016, 25 000 nouvelles places auront été créées pour les personnes âgées en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendants (EHPAD). 5 700 places de services de soins infirmiers à domicile seront aussi créées.

De 2012 à 2016, environ 1,5 milliard d'euros ont servi :

- au développement de l'offre pour personnes âgées,
- au renforcement des moyens en personnel,
- à l'amélioration des prises en charge grâce aux crédits de médicalisation et d'actualisation
- à l'adaptation de l'accompagnement des personnes qui ont la maladie d'Alzheimer.

La loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 a permis de renforcer les moyens de prévention de la perte d'autonomie.

Elle coordonne les acteurs dans les conférences des financeurs.

Ces conférences ont plus de moyens pour agir :

elles ont 140 millions d'euros par an

financés par la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA).

La loi a augmenté l'allocation personnalisée d'autonomie et diminué les restes à charge.

Cela permet aux personnes en perte d'autonomie de rester chez elles plutôt que de partir vivre en établissement.

Pour financer ces dépenses réalisées par les départements, la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie a donné 453 millions d'euros aux départements.

### **L'objectif global de dépenses 2017**

En 2017, les établissements et services qui accueillent des personnes âgées en perte d'autonomie ou des personnes handicapées auront 21,5 milliards d'euros.

Les dépenses pour le soutien des politiques de l'autonomie augmentent de 3,2%.

Cela représente 590 millions d'euros de plus.

Jusqu'à aujourd'hui, les établissements et services d'aide par le travail étaient financés par le budget de l'Etat.

Avec la loi de financement de la sécurité sociale de 2016, ils seront financés par l'assurance maladie.

Cette mesure permet aux différents établissements gérés par un même organisme :

- d'avoir un seul financeur
- et de mieux adapter les ressources dans les établissements selon les parcours des personnes handicapées pendant leur vie.

Ces 21,5 milliards d'euros sont l'objectif global de dépenses. La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) donne presque toute cette somme d'argent aux agences régionales de santé.

Ces 21,5 milliards d'euros sont financés par :

- 20 milliards d'euros d'allocations de l'assurance maladie ; il s'agit de l'ONDAM médico-social qui augmentera de 2,9% en 2017
- 1,1 milliard d'euros venant d'une partie du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) et 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 de :**

- augmenter de 0,92% les moyens utilisés pour les places et les services existants
- soutenir les créations de places pour les établissements et services pour personnes handicapées grâce à un budget de 209 millions d'euros. Sur ces 209 millions d'euros, 60 millions seront consacrés à l'accompagnement des personnes autistes et 30 millions d'euros dans le cadre du plan sur 5 ans annoncé par le Président de la République pendant la conférence nationale du handicap.
- soutenir les créations de places en établissements et services pour personnes âgées, grâce à un budget de 85 millions d'euros.

Sur ces 85 millions,  
17 millions viennent du « plan maladies neurodégénératives ».  
Les maladies neurodégénératives sont des maladies  
qui touchent le cerveau.

- mettre en place la réforme du financement des EHPAD  
en renforçant les moyens des établissements,  
grâce à un budget de 185 millions d'euros.  
Sur ces 185 millions,  
32 millions d'euros viennent des financements complémentaires  
pour améliorer la qualité des accompagnements.

Les gestionnaires d'établissements et services  
pour personnes âgées ou personnes handicapées  
bénéficieront de règles plus simples  
pour les contrats et les financements de leurs établissements.

Pour cela :

- les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM),  
ont été créés
- le domaine du handicap est passé à la dotation globale ;  
cela signifie que l'Etat donne aux collectivités territoriales,  
comme les communes et les départements,  
une somme d'argent pour faire fonctionner  
les établissements médico-sociaux
- des financements complémentaires  
seront donnés aux EHPAD.

Ces mesures nouvelles sont associées  
aux nouveaux moyens de dialogue avec les autorités de tarification.  
Ces mesures nouvelles permettront de mener  
les chantiers d'amélioration, de modernisation  
et de transformation de l'offre des établissements et services  
pour les personnes âgées et des personnes handicapées.



## **Investir pour moderniser notre système de santé**

Pour mettre en place la loi de modernisation de notre système de santé, il faut réfléchir aux investissements nécessaires dans les territoires.

Pendant 5 ans, 2 milliards d'euros seront utilisés pour faire évoluer l'offre de soins dans les régions.

Cet effort d'investissement est la suite

de la stratégie d'investissement pour les hôpitaux mise en place depuis 2012.

Cet investissement pour les hôpitaux

a permis de valider 51 projets hospitaliers restructurants.

### **1) Une stratégie territoriale dans l'immobilier**

La première priorité sera d'accompagner l'offre de soins en France.

Pour cela, il faudra investir pour garantir un accès aux soins dans toutes les régions.

L'achat de bâtiments devra être fait en toute logique,

pour permettre de répondre aux besoins en santé de toutes les régions.

Il faudra développer l'accès aux plateaux techniques

et à une prise en charge proche de chez soi.

Un plateau technique regroupe l'ensemble du matériel

qui permet aux médecins de réaliser des opérations chirurgicales.

### **2) Une priorité donnée au numérique, aux moyens de coordination dans les territoires et aux organisations en parcours**

La deuxième priorité sera le numérique

pour favoriser une meilleure coordination des soins.

Le numérique regroupe les nouvelles technologies.

Il faudra s'appuyer sur l'expérience du programme

« Territoires de soins numériques » commencé en 2012,

pour :

- développer les plateformes d'appui aux professionnels prévues par la loi de modernisation de notre système de santé
- améliorer les échanges entre la ville et l'hôpital
- faire évoluer les systèmes d'information des hôpitaux de France.

**Une place renforcée pour l'innovation sous toutes ses formes, comme par exemple dans le domaine de l'ambulatoire, et soutenue par un programme investissement pour l'avenir**

La troisième priorité sera l'innovation technologique et organisationnelle.

La diffusion accélérée de technologies de santé scientifiquement validées est nécessaire.

Cela doit permettre au plus de patients possible d'avoir accès à ces innovations.

Il faut donc encourager le développement, la validation et un accès rapide aux innovations qui auront prouvé leur utilité.

Des projets pourront aussi être financés :

- des projets d'investissement dans des infrastructures qui utilisent le « big data » ;  
c'est un système informatique qui traite beaucoup de données en même temps
- des projets en télémédecine,  
c'est-à-dire en médecine à distance.

Ce document a été adapté en « Facile à lire et à comprendre » par l'association des Papillons Blancs de Dunkerque. Plus d'informations sur la méthode FALC : [www.inclusion-europe.org](http://www.inclusion-europe.org)



**Contacts presse :**

Téléphone : 01 53 18 33 80

[www.economie.gouv.fr](http://www.economie.gouv.fr)

Téléphone : 01 40 56 60 65

[www.social-sante.gouv.fr](http://www.social-sante.gouv.fr)

[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)