
PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2008

- Les grandes lignes du projet de loi de financement pour 2008
- Les mesures relatives à l'assurance maladie
- Les mesures en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées
- Les mesures relatives à l'assurance vieillesse
- Les mesures relatives à la branche famille
- Les mesures relatives à la branche accidents du travail et risques professionnels
- La lutte contre les abus et les fraudes

LES GRANDES LIGNES DU PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2008

- Le PLFSS 2008 : engager les réformes pour répondre au déficit structurel
- Clarifier les relations État – Sécurité sociale : le respect des engagements
- Les comptes du régime général en 2007 et 2008
- Des ressources nouvelles pour la Sécurité sociale
- Les programmes de qualité et d'efficience

Engager les réformes pour répondre au déficit structurel

1. La dégradation des comptes de la Sécurité sociale impose une action structurelle

À fin 2007, le déficit prévisionnel du régime général est de 12,7 milliards d'euros et le gouvernement le réduit d'un milliard, (à -11,7 milliards d'euros), en décidant de compenser non seulement les exonérations liées aux heures supplémentaires mais aussi l'insuffisance actuelle du panier de recettes fiscales affectées à la compensation des allègements généraux. Ce chiffre rejoint le niveau des déficits atteint en 2004 mais avec cette fois-ci un « partage » entre la maladie (- 6,2 milliards d'euros pour la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés - CNAMTS) et la vieillesse (- 4,6 milliards d'euros pour la Caisse nationale d'assurance vieillesse - CNAV) quand en 2004 le déficit était concentré sur la CNAMTS.

Pour 2008, le déficit du régime général serait de 14 milliards d'euros si le gouvernement n'avait pas pris les mesures du plan d'alerte de juillet 2007 et prévu de réaliser des économies avec la politique du «générique». Sans mesure de redressement nouvelle, le déficit serait proche de 13 milliards d'euros (-12,7 milliards d'euros). **L'objectif de ce projet de loi de financement est de revenir dès 2008 à un déficit inférieur à 9 milliards d'euros (-8,9 milliards d'euros) et de replacer la Sécurité sociale sur une trajectoire de retour à l'équilibre.**

Le gouvernement engage dans ce projet de loi une réforme structurelle de l'assurance maladie et une clarification des relations financières entre l'État et la Sécurité sociale.

2. Le PLFSS 2008 : une étape majeure dans la clarification des relations financières entre l'État et la Sécurité sociale

Le respect des engagements de l'État vis-à-vis de la Sécurité sociale sera un impératif ; il sera appliqué dans les semaines à venir sur trois sujets : celui de la dette accumulée de l'État vis-à-vis du régime général, celui de la préparation des budgets pour éviter tout dérapage dans le futur, celui enfin de la compensation des allègements de charges sociales :

- la dette de l'État au régime général de 5,1 milliards sera apurée début octobre. La reprise de la dette ancienne de l'État au budget annexe des prestations sociales agricoles –BAPSA-, devenu fonds de financement des prestations sociales agricoles –FFIPSA- (619 millions d'euros), sera mise en œuvre dans la loi de finances rectificative en 2007 ;

- l'État compense intégralement pour 2007 et 2008 l'insuffisance du panier fiscal affecté au financement des allègements généraux de cotisations patronales sur les bas salaires ;

- la compensation des exonérations liées aux heures supplémentaires (loi Travail, emploi et pouvoir d'achat – TEPA) pour 2007 et pour 2008 dans le cadre du PLF prendra la forme d'une affectation de taxes supplémentaires.

Il s'agit de dispositions transitoires qui matérialisent l'engagement de compenser 100 % du coût des exonérations à la Sécurité sociale. Mais il faudra réfléchir et aboutir à des modalités de financement plus structurantes, avec une clarification des relations financières entre l'État et la Sécurité sociale.

3. Une réforme structurelle de l'assurance maladie avec des outils nouveaux de régulation des dépenses ; des franchises médicales pour les nouveaux besoins de santé publique

Des mesures d'économies importantes et documentées (pour un montant de près de 2 milliards d'euros) permettront de crédibiliser **une évolution de l'ONDAM de 2,8 %** (qui se décompose en 2 % sur la ville soit 3,2 % avec la franchise, au même niveau que pour l'hôpital et 6,5 % pour le médico-social).

Le PLFSS engage des **réformes structurelles pour mieux réguler les dépenses** de soins de ville, en approfondissant la réforme de 2004, et pour mieux réguler les dépenses à l'hôpital :

- pour les soins de ville, de nouveaux modes de rémunération des médecins libéraux et des contrats plus individualisés seront expérimentés ; les partenaires conventionnels seront également invités à définir eux-mêmes les outils pour réguler l'installation de nouveaux professionnels de santé dans les zones où ils sont déjà nombreux ;

- à l'hôpital, la tarification à l'activité à 100 % permettra aux établissements les plus dynamiques de poursuivre la recherche de gains d'efficacité en bénéficiant de ressources nouvelles et constituera une incitation forte pour les autres établissements à redéployer leurs activités ;

- les mécanismes de régulation sont renforcés pour responsabiliser pleinement les acteurs de notre système de santé avec notamment une suspension de la mise en œuvre des revalorisations négociées par voie conventionnelle en cas d'alerte sur le dépassement de l'objectif de dépenses d'assurance maladie. Les missions de la Haute autorité de santé sont étendues à l'analyse médico-économique, en lui demandant de tenir compte de l'efficacité des actes et produits qu'elle a à analyser.

Les nouveaux besoins de santé publique devront faire l'objet de nouveaux financements. Il n'est pas acceptable de les financer par un report de charges sur les générations futures.

C'est pourquoi, conformément aux orientations du président de la République lors de la campagne, les franchises sont inscrites dans le projet de loi afin de financer les chantiers prioritaires de santé publique qui s'imposent. Les franchises ont vocation en effet à financer les investissements consacrés à la lutte contre la maladie d'Alzheimer, le développement des soins palliatifs et les efforts de lutte contre le cancer.

4. La priorité pour rééquilibrer les comptes à moyen terme : la maîtrise des dépenses

Alors que les quatre branches de régime général et le fonds de solidarité vieillesse (FSV) sont déficitaires en 2007, la branche famille, la branche accidents du travail et maladies professionnelles (ATMP) et le FSV reviennent à l'équilibre en 2008. Le PLFSS engage un effort de maîtrise des dépenses à hauteur de 1,9 milliard d'euros. Il développe aussi la lutte contre la fraude et les abus car la solidarité demandée aux Français ne peut aller sans l'assurance que chacun est responsable et irréprochable dans le respect des règles : des peines plancher forfaitaires sont créées en cas de travail dissimulé, tandis que les échanges d'information sont renforcés pour détecter la fraude.

Cette maîtrise des dépenses s'accompagne aussi d'une amélioration et adaptation des prestations pour mieux répondre aux attentes des assurés : par exemple, la durée du congé maternité des professionnelles indépendantes est allongée et la protection maternité des agricultrices améliorée ; en matière de prestations familiales, l'allocation de rentrée scolaire sera modulée en fonction de l'âge à la demande des représentants des familles exprimée lors de la rentrée scolaire 2007.

L'assurance maladie et la branche vieillesse restent fortement déficitaires en 2008, le retour à l'équilibre impliquera des mesures structurantes.

Comme le Président l'a annoncé lors de son allocution du 18 septembre, le gouvernement organisera un débat sur le financement de la santé afin de définir ce qui doit relever de la solidarité nationale et ce qui doit relever de la responsabilité individuelle, à travers une couverture complémentaire. Les conclusions en seront tirées au premier semestre 2008.

Le rendez-vous retraite permettra de définir les conditions d'un retour à l'équilibre de la CNAV. Dès l'automne 2007, ce rendez-vous sera préparé par l'actualisation des projections du Conseil d'orientation des retraites, la réunion de la Commission de garantie des pensions et le rapport du gouvernement au Parlement sur la mise en œuvre de la loi de 2003. La clef de l'équilibre de nos régimes de retraite réside aussi dans l'emploi des seniors : dès ce PLFSS, des mesures sont proposées pour inciter à cette prolongation de l'activité (taxation des préretraites d'entreprises, taxation des indemnités de mise à la retraite et suppression de leur avantage fiscal-social par rapport aux indemnités de départ en retraite).

5. En 2008, 2 milliards de recettes supplémentaires pour la Sécurité sociale

La Sécurité sociale bénéficiera de 2 milliards d'euros de recettes nouvelles, dont près de 1,6 milliard d'euros pour le seul régime général :

- près de 400 millions d'euros viennent des mesures favorisant l'activité des seniors ;
- pour responsabiliser les employeurs et inciter à la prévention, les exonérations de cotisations ATMP sont supprimées (180 millions d'euros) et les exonérations pour les organismes d'intérêt général dans les zones de revitalisation rurales sont revues ;

- la taxe de 1 % sur le chiffre d'affaire des laboratoires pharmaceutiques (100 millions d'euros) est prolongée et une contribution exceptionnelle de 50 millions d'euros sur le chiffre d'affaires des grossistes est créée.

Le prélèvement à la source des contributions fiscales et sociales sur les dividendes, qui sera présenté dans le cadre du projet de loi de finance, génère une recette de 1,3 milliard d'euros en 2008 pour la Sécurité sociale, dont 900 millions d'euros pour le régime général.

Clarifier les relations État – Sécurité sociale : le respect des engagements

Le pilotage des finances de l'État et des finances sociales par un même ministère –le ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique– doit permettre de clarifier les relations financières entre l'État et la Sécurité sociale. Celles-ci ne se sont pas toujours caractérisées par la transparence. L'augmentation de la dette de l'État envers la Sécurité sociale témoigne également du besoin de revoir les règles du jeu.

Pour ce gouvernement, le respect des engagements de l'État vis-à-vis de la Sécurité sociale sera un impératif ; il sera appliqué dans les semaines à venir sur trois sujets : celui de la dette accumulée de l'État vis-à-vis du régime général, celui de la préparation des budgets pour limiter les risques de reconstitution de dettes dans le futur, celui enfin de la compensation des allègements de charges sociales.

1. La dette de l'État de 5,1 milliards d'euros envers le régime général sera remboursée en octobre.

La première étape de cette clarification concerne l'apurement de la dette de l'État vis-à-vis du régime général à fin décembre 2006. Cette dette de 5,1 milliards d'euros sera apurée début octobre et viendra améliorer la trésorerie du régime général. Cette opération permettra au régime général de diminuer ses charges d'intérêt d'au moins 200 millions d'euros en 2008.

Cette dette s'est accumulée en grande partie parce que les budgets prévus pour le financement de certaines prestations (l'aide médicale d'État, l'allocation adulte handicapé, l'allocation parent isolé) et surtout de certains dispositifs d'exonérations de charges sociales (exonération dans les DOM, pour les zones de revitalisations rurales...) avaient été mal calibrés par rapport aux dépenses. En outre, les gestionnaires de programme ont pu utiliser les crédits prévus pour la compensation des exonérations à la Sécurité sociale à d'autres fins.

Par ailleurs, la reprise par l'État de la dette du FFIPSA héritée du BAPSA (de 619 millions d'euros) devrait intervenir en loi de finances rectificative.

2. Limiter les risques de constitution d'une nouvelle dette

Afin d'éviter que les mêmes causes produisent, dans le futur, les mêmes effets, le gouvernement a fortement majoré les crédits destinés aux organismes de sécurité sociale dans le projet de loi de finances pour 2008 (+ 0,6 milliards d'euros par rapport à la LFI 2007). Par exemple, les crédits consacrés à l'aide médicale d'État ont été significativement revus à la hausse (+ 180 millions d'euros par rapport à la LFI 2007). Il

en va de même pour l'allocation parent isolé –API– (+ 100 millions d'euros par rapport à la LFI 2007). De plus, l'État se dotera dès l'automne de règles de gestion destinées à assurer le strict respect des conventions financières signées avec les organismes de Sécurité sociale.

3. Le gouvernement affecte des recettes supplémentaires en 2007 et 2008 pour compenser l'insuffisance du panier fiscal par rapport aux allègements de charges sur les bas salaires

La Sécurité sociale bénéficie de l'affectation d'un panier d'impôts et de taxes en compensation du manque à gagner de cotisations sociales lié aux allègements généraux sur les bas salaires. La loi précise qu'en cas d'écart entre ces recettes et les allègements (de plus de 2 %), une commission sous l'autorité d'un magistrat de la Cour des comptes doit faire une proposition au gouvernement pour éventuellement compléter ces recettes l'année suivante. Sans attendre, le gouvernement s'engage en 2007 et en 2008 à compenser les insuffisances prévues du panier fiscal, pour 2007 dans la LFR et pour 2008 dans le PLF.

À ce titre, compte tenu de l'évolution spontanée du panier fiscal des allègements sur les bas salaires, l'État affectera près de 900 millions d'euros supplémentaires au régime général en 2007 et près de 500 millions d'euros en 2008.

4. Le gouvernement met en place un transfert de recettes vers les régimes de Sécurité sociale pour compenser les exonérations sur les heures supplémentaires.

La loi « Travail, emploi et pouvoir d'achat » conduit à la mise en place, au 1^{er} octobre 2007, d'une exonération de charges sociales sur les heures supplémentaires. Cette mesure a pour objectif d'augmenter le nombre d'heures travaillées afin de relancer la croissance et de redonner du pouvoir d'achat aux salariés. L'État s'est engagé à en supporter intégralement le financement. La compensation de cette mesure à la Sécurité sociale sera donc inscrite dans le projet de loi de finances de 2008 et en loi de finances rectificative pour 2007. Elle donnera lieu à l'affectation de nouvelles recettes fiscales en 2007 sur la base de trois mois d'exonérations soit un montant de près de 1,3 milliard d'euros en droits constatés et de 5,1 milliards d'euros en 2008.

Cette compensation a deux composantes, la première (1 milliard d'euros en 2008) concerne le surcoût associé à une modification du barème des allègements généraux pour que le recours aux heures supplémentaires ne conduise pas à une diminution des allègements de cotisations ; celle-ci donnera lieu à une augmentation du panier fiscal affecté au financement des allègements généraux sur les bas salaires, en sus de la compensation décrite au point 3. La seconde composante concerne la réduction des cotisations sociales patronales et salariales sur les heures supplémentaires (4,1 milliards d'euros).

In fine, le panier fiscal affecté au financement des allègements généraux se verra donc complété en 2007 par le transfert des droits tabac et celui de la taxe sur les salaires restant jusqu'ici affectés à l'État. Celui-ci permettra de compenser l'insuffisance du panier fiscal. Ce transfert sera complété en 2008 par une fraction du droit de licence des débitants de tabacs (cf. tableau ci-dessous).

La compensation des réductions de cotisations salariales et patronales au titre des heures supplémentaires sera quant à elle assurée par l'affectation d'une fraction de la taxe sur les véhicules de société en 2007. Elle sera complétée en 2008 par le transfert de la totalité de la contribution sociale sur les bénéfices et de la TVA brute sur les alcools.

Près de 27 milliards d'euros de recettes fiscales pour compenser les exonérations de charges sociales en 2008 : un apport supplémentaire de 5,6 milliards d'euros au régime général

Au final, en tenant compte à la fois de l'insuffisance spontanée du panier fiscal et de l'ensemble des dispositions de la TEPA affectant les recettes de la Sécurité sociale, c'est 5,6 milliards d'euros de recettes fiscales qui se trouveront transférées au régime général par le PLF 2008. La compensation des allègements généraux sur les bas salaires et celle des exonérations sur les heures supplémentaires sont intégrales.

La compensation au régime général (*) des allègements généraux et des exonérations de charges sociales sur les heures supplémentaires

En milliards d'euros

	2007	2008
Insuffisance estimée du panier fiscal à législation constante	0,9	0,5
Neutralisation de l'impact de la majoration des heures supplémentaires sur les allègements généraux (disposition de la loi TEPA)	0,3	1,0
Total panier fiscal pour le financement des allègements généraux (1)	1,3	1,5
Exonérations de cotisations salariales et patronales sur les heures supplémentaires (disposition de la loi TEPA) (2)	1,0	4,1
Total (1+2)	2,2	5,6

Les nouvelles recettes fiscales affectées au régime général (*)

En milliards d'euros

	2007	2008
Recettes Panier fiscal (avant mesures nouvelles) (1)	19,8	21,2
Mesures nouvelles		
Au titre du financement des allègements généraux (2)	1,2	1,5
Droits tabac	0,6	0,6
Taxe sur les salaires	0,6	0,6
Droits de licence sur les débitants de tabacs	0,0	0,3
Au titre des exonérations de cotisations salariales et patronales sur les heures supplémentaires (3)	1,0	4,1
Taxe sur les véhicules de société (fraction de 66,4 % en 2007; 49,7 % en 2008)	0,8	0,6
Contribution sociale sur les bénéfices - 100 %		1,4
TVA brute alcools - 100 %	0,2	2,1
Total (4 =2+3)	2,2	5,6
Recettes Panier fiscal (après mesures) (1+4)	22,0	26,9

(*) : environ 95 % des masses concernent le régime général, 5% les autres régimes.

Les comptes du régime général en 2007 et 2008

1. Un déficit de 11,7 milliards d'euros en 2007 : l'accélération des dépenses de prestations vieillesse

Les comptes du régime général avant prise en compte du PLFSS

	2005	2006	2007	En milliards d'euros 2008 (avant mesures)
Maladie	-8,0	-5,9	-6,2	-7,1
ATMP	-0,4	-0,1	-0,4	0,1
Famille	-1,3	-0,9	-0,5	0,0
Vieillesse	-1,9	-1,9	-4,6	-5,7
Régime général	-11,6	-8,7	-11,7	-12,7

Le déficit du régime général devrait s'établir à 11,7 milliards d'euros, déficit comparable aux niveaux atteints en 2004 et 2005. Mais à la différence de 2004 et 2005 où les déficits se portaient essentiellement sur la branche maladie, le déficit global est le fait de deux branches, la maladie et la vieillesse. Si la branche maladie voit son déficit augmenter légèrement, la situation financière de la branche vieillesse se dégrade de 2,7 milliards. La branche famille est la seule à réduire son déficit.

Les prévisions de recettes qui s'appuient largement sur les rentrées de cotisations enregistrées depuis le début de l'année confirment la bonne tenue de l'emploi. La progression annuelle de la masse salariale atteindrait + 4,6 % cette année. Ainsi, ce ne sont pas les recettes qui font défaut ; la dégradation est avant tout liée à l'accélération des dépenses de prestations vieillesse :

- la mise en place du plan d'alerte annoncé en juillet dernier a permis de freiner la progression des dépenses d'assurance maladie sur la deuxième partie de l'année. Les **dépenses d'assurance maladie** entrant dans le champ de l'ONDAM progresseraient de 4,2 % ;

- **les dépenses de prestations vieillesse s'accélérent en 2007**. Les départs massifs à la retraite, environ 700 000, expliquent largement la dégradation de la situation financière de la CNAV. Le rythme soutenu des départs anticipés (de l'ordre de 110 000 départs en 2007) ne s'infléchit pas.

Comme cela avait été annoncé à la Commission des comptes de juillet 2007, l'État compense à la Sécurité sociale l'intégralité des exonérations au titre des heures supplémentaires et compense dès cette année l'insuffisance du panier de recettes

destinées à financer les allégements généraux sur les bas salaires. Cette compensation, qui interviendra en fin d'année dans la loi de finances rectificative pour 2007, est intégrée dans les comptes.

2. Les prévisions tendanciennes du régime général en 2008 : une dégradation de la situation financière des branches maladie et vieillesse

Sans les mesures de redressement de l'assurance maladie prises par le gouvernement en juillet 2007 et les effets du plan générique, le solde du régime général avoisinerait les 14 milliards d'euros. Si on ne prenait pas de mesures nouvelles, le solde du régime général serait déficitaire de 12,7 milliards d'euros en 2008.

Les deux branches famille et accidents du travail reviennent à l'équilibre. Les branches maladie et vieillesse voient leur situation financière se dégrader chacune de l'ordre de 500 millions d'euros.

Pour la branche maladie, les mesures de redressement décidées en juillet 2007 permettent d'infléchir le rythme de progression des dépenses maladie. Elles progresseraient de 4,2 % en 2008 en l'absence de mesures complémentaires.

L'augmentation rapide des dépenses de prestations vieillesse ne se dément pas en 2008 (croissance de plus de 4 % en volume). Elles progressent légèrement plus vite que les recettes de la branche.

Les recettes en revanche sont assez dynamiques, bénéficiant de la bonne tenue du marché de l'emploi. La masse salariale du secteur privé, à l'origine de l'essentiel des recettes du régime général, devrait croître de 4,8 % en 2008.

3. Le PLFSS 2008 : un effort de redressement de près de 4 milliards d'euros qui ramène le déficit à 8,9 milliards d'euros

Les mesures inscrites dans le PLFSS permettront de ramener le solde du régime général en dessous de 9 milliards d'euros. Cet objectif est nécessaire pour ramener le régime général sur une trajectoire de retour à l'équilibre et indispensable pour pouvoir contenir le déficit des administrations publiques au niveau de 2,3 % du PIB.

Pour atteindre cet objectif ambitieux, améliorer les comptes du régime général de près de 4 milliards d'euros, le PLFSS s'appuie tout d'abord sur un ensemble de dispositions pour infléchir les dépenses de Sécurité sociale. La maîtrise des dépenses maladie et famille permettront d'améliorer le solde du régime général de 1,8 milliard d'euros.

Cet effort porte particulièrement sur les dépenses d'assurance maladie qui évolueront en 2008 de 2,8 %. Ce taux est réaliste : il s'appuie sur les efforts engagés dès juillet 2007, sur la mise en place de la franchise et sur un ensemble de mesures structurelles sur les soins de ville et les hôpitaux qui doivent infléchir durablement le rythme de ces dépenses.

**Le redressement du régime général :
impact des mesures nouvelles en recettes et dépenses sur le solde du régime général**

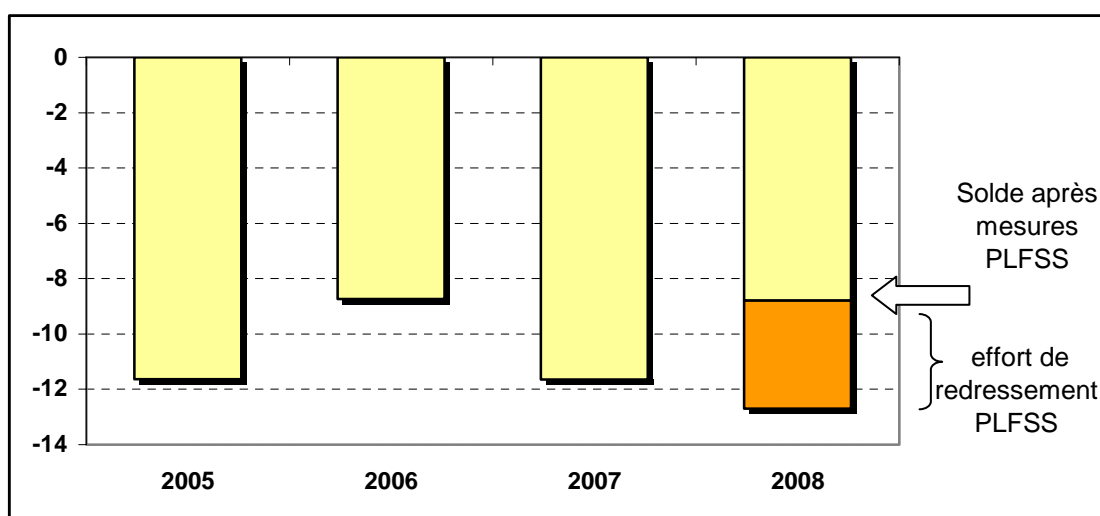
En milliards
d'euros

	Solde tendanciel (présentation CCSS)	Mesures nouvelles recettes	Mesures sur les dépenses (+ : économies - : dépenses)	Apport recettes fiscales supplémentaires (panier fiscal PLF)	Solde après mesures
Maladie	-7,1	0,9	1,7	0,2	-4,3
ATMP	0,1	0,2	0,0	0,0	0,3
Famille	0,0	0,1	0,1	0,1	0,3
Vieillesse	-5,7	0,4	0,0	0,2	-5,1
Régime général	-12,7	1,6	1,8	0,5	-8,9

Des recettes nouvelles seront apportées aux régimes sociaux. 1,6 milliard de recettes supplémentaires viendront améliorer le solde du régime général. Elles seront complétées par le recalibrage du panier fiscal pour tenir compte de l'insuffisance du panier actuel au regard des prévisions d'évolution des allègements de cotisations patronales sur les bas salaires. Cette révision du panier, sans attendre 2009 comme le permettrait la loi, correspond à un apport de recettes supplémentaires de l'ordre de 500 millions d'euros.

Cet effort partagé – 1,6 milliard d'euros de recettes nouvelles, 1,8 milliard d'euros d'économies en dépenses et 0,5 milliard d'euros d'apport de recettes fiscales au titre de l'insuffisance du panier fiscal pour compenser les allègements généraux – permet ainsi de ramener le solde du régime général en dessous de - 9 milliards d'euros.

Solde du régime général, effort de redressement dans le PFSS



Des ressources nouvelles pour la Sécurité sociale

1. La Sécurité sociale bénéficiera de 2 milliards d'euros de recettes nouvelles

Pour atteindre les objectifs ambitieux que nous nous sommes fixés en matière de réduction du déficit de la Sécurité sociale, l'accent est mis en priorité sur la maîtrise des dépenses. Mais il est nécessaire de compléter cet effort par une augmentation des ressources. La clarification des relations financières entre l'État et la Sécurité sociale aura ainsi un impact essentiel sur l'amélioration des comptes (voir fiche sur le sujet). La Sécurité sociale bénéficiera également de 2 milliards d'euros de recettes nouvelles.

Sur ces 2 milliards d'euros, près de 1,6 milliard d'euros ira au seul régime général et plus de 400 millions d'euros seront partagés entre les organismes hors régime général qui reçoivent une part des contributions sociales : fonds de solidarité vieillesse, fonds de réserve pour les retraites, caisse d'amortissement de la dette sociale et caisse nationale de solidarité et d'autonomie. La liste des principales recettes affectées au régime général et leur répartition par bénéficiaire figurent dans le tableau ci-dessous.

Les recettes nouvelles du régime général (montants 2008 - chiffres en millions d'euros)

Régime général	Maladie	Accidents du travail	Vieillesse	Famille	Total
Prélèvement sur les indemnités de mise à la retraite d'office			300		300
Hausse de la contribution sur les préretraites d'entreprise			80		80
Maintien à 1 % de la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques	100				100
Augmentation exceptionnelle de la taxe sur les grossistes	40				40
Suppression de l'exonération de cotisations ATMP		180			180
Prélèvement à la source des contributions sociales sur les dividendes	700		40	130	870
Total	850	180	420	130	1570

2. Détail des principales mesures proposées

Des mesures visent à favoriser le maintien en activité des seniors. Elles sont détaillées dans la fiche « Favoriser l'emploi des seniors ».

Elles comportent deux volets :

- limiter le recours aux préretraites :

Les entreprises seront davantage dissuadées de recourir aux préretraites par une augmentation de la contribution sur les préretraites d'entreprise créée par la loi de réforme des retraites de 2003. Le rendement de cette mesure sera de 80 millions d'euros en 2008¹.

Le PLFSS 2008 aligne également les conditions d'assujettissement à la contribution sociale généralisée (CSG) des allocations de préretraite sur celles applicables aux revenus d'activité (taux de 7,5 %).

- dissuader les mises à la retraite d'office :

Le rendement de la contribution créée sur les indemnités de mise à la retraite d'office par l'employeur sera de 300 millions d'euros en 2008.

Une augmentation des prélèvements sur l'industrie des produits de santé justifiée par la reprise à la hausse des dépenses de médicaments.

Après un fort ralentissement en 2006 où elles avaient augmenté de 1,5 %, les dépenses de médicament sont réparties assez fortement à la hausse cette année. Elles devraient croître d'environ 3,5 % en 2007. Cette évolution justifie une prolongation de la responsabilisation de l'industrie des produits de santé.

Le taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques sera donc pérennisé à 1 % à partir de 2008. Créée en 2004, cette taxe est collectée au profit de l'assurance maladie. Son taux avait été fixé initialement à 0,6 %, avant d'être augmenté de manière exceptionnelle à 1 % en 2007. Sans mesure nouvelle en PLFSS 2008, le taux serait donc repassé à 0,6 %. Avec un taux à 1 %, le rendement de la contribution sera d'environ 230 millions d'euros, soit 100 millions d'euros de plus qu'avec un taux de 0,6 %.

Par ailleurs, il est proposé de créer une contribution exceptionnelle sur le chiffre d'affaires des ventes de médicaments remboursables des grossistes-répartiteurs et des laboratoires pharmaceutiques lorsque ceux-ci vendent directement aux pharmacies. Cette contribution comprendra une « part fixe » de 0,28 % du chiffre d'affaires annuel et une « part variable » de 2 % sur la croissance du chiffre d'affaires par rapport à l'année précédente. Cette mesure a un rendement de 50 millions d'euros.

La suppression des exonérations de cotisations accidents du travail-maladies professionnelles (AT/MP) pour responsabiliser les employeurs et les inciter à une politique de prévention efficace

Aujourd'hui de nombreuses entreprises bénéficient d'exonérations de cotisations AT/MP. Or, le taux de cotisation AT/MP joue un rôle important dans la prévention des risques professionnels. Dans les grands établissements où le taux est individualisé, il

¹ L'impact de la hausse du taux de la contribution est de 50 millions d'euros, mais il faut ajouter à ces 50 millions d'euros, les 30 millions d'euros de l'ancienne part du FSV.

dépend du nombre d'accidents du travail et de leur gravité. Pour les employeurs pour lesquels le taux n'est pas individualisé, il traduit également les efforts du secteur en matière de prévention, puisqu'il est défini en fonction du secteur d'activité de l'employeur et dépend du niveau de risque du secteur.

Dans une optique d'incitation à la prévention, le PLFSS 2008 supprime donc les exonérations de cotisations employeur AT/MP dans les cas d'allégements ciblés où l'exonération était telle qu'elle englobait la branche AT/MP. Cette mesure s'inscrit dans la continuité de l'article 143 de la loi de finances 2007 qui a supprimé les exonérations de cotisations AT/MP pour les apprentis. La suppression des exonérations AT/MP procurera un supplément de recettes de 180 millions d'euros. La mesure prendra effet le 1^{er} janvier 2008. Elle s'appliquera à toutes les rémunérations versées à compter de cette date quelle que soit la date de signature du contrat de travail.

Cette mesure sera sans effet sur les allégements généraux sur les bas salaires.

Une modernisation des modalités de versement des contributions sociales sur les dividendes

Actuellement, les dividendes relatifs à un exercice clos le 31 décembre d'une année N et versés en N + 1 sont soumis aux prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine en N+2 (11 % recouvrant la CSG, la CRDS, le 2 % patrimoine et la contribution additionnelle). Dans la continuité de la mesure de «prélèvement à la source» des contributions sociales sur les produits de taux et d'assurance vie adoptée dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, la mesure proposée étend le prélèvement à la source aux dividendes. Elle permet ainsi de poursuivre dans la voie de la simplification et de la modernisation des modalités de recouvrement des prélèvements sociaux sur les revenus du capital. La mesure proposera également un prélèvement libérateur à l'impôt sur le revenu et **figurera donc en projet de loi de finances pour 2008**. Elle devrait générer un gain de 1,3 milliard d'euros dont 870 millions d'euros pour le régime général en 2008.

Les programmes de qualité et d'efficience

1. Une démarche « objectifs-résultats » appliquée aux politiques de Sécurité sociale sur le modèle de la Lolf

Le pilotage et l'évaluation des politiques constituent un axe central de la modernisation de l'action publique. C'est pourquoi, le législateur a souhaité en 2005 associer au projet de loi de financement de la Sécurité sociale une annexe qui présente les grands objectifs poursuivis par les politiques de Sécurité sociale et mesure les résultats atteints : les six « programmes de qualité et d'efficience » sont présentés pour la première année dans leur intégralité à l'occasion du PLFSS 2008.

Ces programmes transposent à la sphère sociale la logique « objectifs-résultats » qui est celle des projets annuels de performance associés aux projets de loi de finances. Cette démarche n'est pas nouvelle pour la Sécurité sociale : elle la met en œuvre depuis une dizaine d'années en matière de gestion et de service rendu aux usagers à travers les conventions d'objectifs et de gestion (COG) conclues entre l'État et les principales caisses de Sécurité sociale.

Les programmes de qualité et d'efficience s'inscrivent dans une démarche ambitieuse : la performance qu'ils mesurent est celle des grandes politiques de protection sociale, l'assurance maladie, la prise en charge des accidents du travail et maladies professionnelles, la politique de retraites, la famille, le financement de la Sécurité sociale et la prise en charge de l'invalidité et des besoins d'autonomie des personnes âgées et handicapées.

Pour la première fois, des objectifs sont définis et suivis grâce à plus de 160 indicateurs. Des cibles leur ont été assignées. Le programme « maladie » par exemple met l'accent sur la mesure de la performance du système à travers des indicateurs de résultats tels que le taux d'atteinte des objectifs de la convention médicale, le suivi des dépassements de l'ONDAM, du taux de pénétration des médicaments génériques ou encore la productivité des établissements de santé.

2. Un outil structurant pour contribuer aux réflexions sur les politiques

Grâce à la qualité des informations qu'ils contiennent, les programmes de qualité et d'efficience permettent d'enrichir les échanges entre les différents acteurs qui contribuent à la définition et à la mise en œuvre des politiques de protection sociale. Le Gouvernement, le Parlement, les partenaires sociaux et les responsables administratifs pourront s'appuyer sur les programmes pour renforcer l'efficacité de leur action.

La pertinence des programmes croîtra au fil du temps, lorsque le recul nous permettra de mieux lire les évolutions des indicateurs, apportant un appui très précieux à la préparation des projets de lois de financement de la Sécurité sociale.

Les objectifs suivis par les programmes de qualité et d'efficience du PLFSS 2008

Programme maladie	Programme ATMP	Programme retraites	Programme famille	Programme financement	Programme invalidité et dispositifs gérés par la CNSA
<p>1 - Assurer un égal accès aux soins</p> <p>2 - Développer la prévention</p> <p>3 - Améliorer la qualité de prise en charge des patients par le système de soins</p> <p>4 - Renforcer l'efficience du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses</p> <p>5 - Garantir la viabilité financière de la branche maladie</p>	<p>1 - Réduire la fréquence et la gravité des accidents du travail, des accidents du trajet et des maladies professionnelles grâce à la prévention</p> <p>2 - Améliorer la reconnaissance des ATMP et l'équité de la réparation</p> <p>3 - Garantir la viabilité financière de la branche ATMP</p>	<p>1 - Assurer un niveau de vie adapté aux retraités</p> <p>2 - Offrir une plus grande liberté de choix quant à l'âge de départ en retraite</p> <p>3 - Garantir la solidarité entre retraités</p> <p>4 - Accroître l'emploi des salariés âgés</p> <p>5 - Garantir la viabilité financière des régimes de retraite</p>	<p>1 - Contribuer à la compensation financière des charges de famille</p> <p>2 - Aider les familles vulnérables</p> <p>3 - Concilier vie familiale et vie professionnelle</p> <p>4 - Garantir la viabilité financière de la branche famille</p>	<p>1 - Garantir la viabilité financière des régimes de base</p> <p>2 - Veiller à l'équité du prélèvement social</p> <p>3 - Concilier le financement de la Sécurité sociale et la politique de l'emploi</p> <p>4 - Simplifier les procédures de financement</p> <p>5 - Améliorer l'efficience de la gestion financière et du recouvrement</p>	<p>1 - Assurer un niveau de vie adapté aux personnes invalides</p> <p>2 - Répondre au besoin d'autonomie des personnes handicapées</p> <p>3 - Répondre au besoin d'autonomie des personnes âgées</p> <p>4 - Garantir la viabilité financière de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie - CNSA</p>

MESURES RELATIVES À L'ASSURANCE MALADIE

- **L'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie 2008 (ONDAM)**
- **Répondre aux préoccupations de nos concitoyens en matière de santé publique**

Instaurer une franchise sur les médicaments, les transports sanitaires et les actes paramédicaux pour financer les priorités de santé publique

Limitier les risques liés aux IVG chirurgicales en facilitant les IVG médicamenteuses

- **Améliorer les droits des assurés et faciliter l'accès aux soins pour tous**

Améliorer la transparence sur les dépassements d'honoraires pour les patients

Assurer une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire

- **Engager la modernisation de notre système de soins et de sa régulation**

Appliquer pleinement la réforme du financement des établissements de santé (100% T2A¹) et faciliter la mise en commun des moyens (GCS)

Expérimenter de nouveaux modes de rémunération des professionnels

Optimiser la répartition des officines pharmaceutiques sur le territoire

Mieux réguler la dépense de transport sanitaire

¹ T2A : tarification à l'activité

L'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie 2008 (ONDAM)

1. Un ONDAM plus réaliste et plus équilibré

L'ONDAM proposé pour 2008 est de 2,8 %. Il s'inscrit en progression par rapport aux objectifs fixés en 2006 (2,5 %) et 2007 (2,6 %) et correspond à un objectif réaliste de maîtrise de la dépense.

Il s'agit également d'un ONDAM plus équilibré : il autorise une progression de 3,2 % des dépenses remboursables de soins de ville (en intégrant 1,2 % d'effet lié aux franchises) et des dépenses des établissements de santé (contre respectivement 1,1 % et 3,4 % en 2007). Dans la continuité des années précédentes, il permet également une progression très importante des crédits consacrés aux personnes âgées et aux personnes handicapées : le taux de progression en 2008 des crédits dont disposera la CNSA sera de 6,5 %

	ONDAM 2007 voté	ONDAM 2007 réalisé*	ONDAM 2008
Ondam soins de ville	1,1 %	4,1 %	3,2 %**
Ondam hospitalier	3,5 %	3,6 %	3,2 %
Ondam médico-social	6,7 %	7,0	6,5 %
ONDAM	2,6 %	4,2 %	3,4 %***

* en tenant compte de la réévaluation de la base 2006

** incluant l'effet des franchises (1,2 %).

*** incluant l'effet des franchises (0,6 %)

2. Une plus grande efficacité de la procédure d'alerte permettra de mieux maîtriser l'évolution des dépenses en 2008

En contrepartie d'un ONDAM plus réaliste, le PLFSS conforte la capacité de l'ONDAM à orienter effectivement l'évolution des dépenses prise en charge par d'assurance maladie

Le PLFSS pour 2008 comporte en effet plusieurs dispositions pour que les négociations conventionnelles entre l'UNCAM et les professionnels de santé s'inscrivent davantage encore dans le cadre de l'ONDAM.

Il est prévu que les revalorisations tarifaires négociées n'entrent en vigueur qu'après une période d'observation de 6 mois suivant la conclusion de l'accord, de façon à ce que l'ONDAM prenne mieux en compte, lors de sa construction, l'incidence de ces revalorisations et que la compatibilité des revalorisations avec l'ONDAM voté soit mieux assurée.

Le PLFSS prévoit également qu'en cas de déclenchement de la procédure d'alerte face à un risque sérieux de dépassement de l'ONDAM de plus de 0,75 %, les revalorisations à venir sont suspendues. Elles peuvent être différées ou confirmées par voie d'un nouvel avenant, si l'UNCAM les juge compatibles avec le respect de l'ONDAM. En l'absence d'avenant, les revalorisations prévues entrent en vigueur en tout état de cause au plus tard le 1^{er} janvier de l'année suivante, ce qui permet d'assurer la mise en œuvre des conventions.

Instaurer une franchise sur les médicaments, les transports sanitaires et les actes paramédicaux pour financer les priorités de santé publique

1. Une responsabilisation accrue de la consommation de soins

Conformément aux orientations du président de la République lors de la campagne et pour travailler sans attendre au financement des chantiers prioritaires de santé publique qui s'imposent, les franchises sont inscrites dans le projet de loi. Elles ont vocation à financer les investissements consacrés à la lutte contre la maladie d'Alzheimer, le développement des soins palliatifs et les efforts de lutte contre le cancer.

Lorsque la situation des comptes de l'assurance maladie est dégradée, les nouveaux besoins de santé publique doivent faire l'objet de nouveaux financements. Il n'est pas acceptable de les financer par un report sur les générations futures.

L'effort de solidarité demandé, qui sera déterminé par voie réglementaire, sera de 50 centimes d'euros par boîte de médicament et par acte paramédical et de 2 euros par transport sanitaire.

Dans un souci de responsabilisation et d'efficience de notre dépense de santé, les champs soumis à la franchise correspondent à des champs de dépenses particulièrement dynamiques : la consommation de médicaments en est un exemple puisque en France, 90 % des consultations se terminent par une ordonnance, soit le double du taux observé chez certains de nos voisins européens.

Les franchises seront déduites des remboursements effectués par la caisse de l'assuré ou, en cas de tiers payant, prélevées sur les remboursements ultérieurs. Elles seront applicables au 1^{er} janvier 2008.

2. La situation des assurés les plus fragiles est prise en compte

Afin de préserver la situation des plus fragiles, cette mesure prévoit que sont exonérés de son application les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, les enfants mineurs et les femmes enceintes dont la situation reste ainsi inchangée.

Le montant de la franchise ne pourra excéder un plafond global de 50 euros par an. Conformément à la loi en vigueur, les assureurs complémentaires pourront prendre en charge le montant de la franchise. Toutefois, eu égard au caractère spécifique de ce dispositif et à la volonté de responsabilisation des assurés qui en fonde la mise en place, il ne semble pas souhaitable d'ouvrir à ces contrats l'ensemble des avantages fiscaux qui soutiennent le développement de l'assurance complémentaire santé.

Limiter les risques liés aux IVG chirurgicales en facilitant les IVG médicamenteuses

1. Limiter les risques liés aux IVG

Actuellement, la possibilité de pratiquer des IVG par voie médicamenteuse (42 % des IVG pratiquées en France) est limitée aux médecins des établissements de santé et aux médecins de ville liés par une convention *ad hoc* à ces établissements.

Les associations soulignent régulièrement les difficultés d'accès aux IVG, notamment aux IVG médicamenteuses, en raison des délais d'attente souvent longs prévus par les établissements de santé et le nombre encore peu important de médecins de ville impliqués dans le dispositif (16,5 % des IVG médicamenteuses sont réalisés par des médecins de ville).

La mesure vise ainsi à autoriser les centres de planification ou d'éducation familiale à pratiquer l'IVG médicamenteuse, ce qui devrait réduire le nombre d'IVG chirurgicales.

Les arguments en faveur de la pratique d'IVG médicamenteuse dans les centres de planification sont nombreux :

- les centres de planification ou d'éducation familiale sont des lieux repérés par les femmes, notamment de celles dans les situations les plus vulnérables (femmes en difficultés, jeunes femmes), ainsi que par les personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie ;
- ces structures comptent des médecins particulièrement sensibilisés au sujet de l'IVG et compétents pour pratiquer ces actes qu'ils réalisent bien souvent, de fait, en établissement de santé. L'IVG médicamenteuses s'effectuera ainsi dans des conditions de sécurité identiques à celles exigées actuellement des médecins de ville ;
- enfin, les centres de planification sont compétents pour la réalisation des consultations psycho-sociales préalables et post IVG par des conseillères conjugales appartenant à leurs effectifs.

2. Assurer l'égalité des droits en matière de protection maternité des femmes artisans, commerçantes ou exerçant une profession libérale, ainsi que des agricultrices

Pour répondre aux attentes des professionnelles indépendantes (artisans, professions libérales, chefs d'entreprises) de mieux concilier vie familiale et vie professionnelle, et afin de limiter le risque de naissances prématurées, le gouvernement prévoit d'allonger de 14 jours la durée de l'indemnisation journalière forfaitaire d'interruption d'activité, comme cela est la règle pour les salariées affiliées au Régime général.

L'alignement sur le Régime général de la durée du congé maternité dont bénéficient les agricultrices en cas de naissance multiple ou de grossesse pathologique poursuit les mêmes objectifs. Cette amélioration des droits participe en outre à l'action du gouvernement en faveur de l'installation des jeunes agriculteurs et, en particulier, des jeunes femmes.

Améliorer la transparence sur les dépassements d'honoraires pour les patients

1. Des dépassements d'honoraires importants, mais une obligation d'information peu respectée

Les conditions dans lesquelles les médecins sont autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires sont en principe strictement définies par la convention médicale et le code de déontologie. Seuls les médecins installés en secteur 2 peuvent demander des compléments d'honoraires, mais ils doivent alors respecter le principe du « tact et de la mesure ». Les chirurgiens dentistes sont également autorisés à pratiquer des dépassements mais pour les seuls soins orthodontiques et prothétiques, et sous réserve de l'établissement d'un devis. Les praticiens sont tenus à un devoir d'information sur leurs tarifs.

Dans les faits, cette exigence n'est qu'imparfaitement respectée : une enquête récente de la DGCCRF réalisée fin 2005 a montré que moins de la moitié des médecins affichaient leurs honoraires dans leur salle d'attente, proportion en baisse par rapport à 2000.

Il est nécessaire que les assurés bénéficient du maximum de transparence sur les dépassements de tarifs auxquels ils peuvent se trouver confrontés. A titre d'exemple, le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales d'avril 2007 indique que 72 % des patients ayant bénéficié d'une prothèse totale de hanche ont été confrontés à des dépassements (42 % des opérés à l'hôpital pour un montant moyen de 225 euros et 89 % des opérés en clinique pour 454 euros avec un maximum de 964 euros sur le panel étudié).

2. Améliorer la transparence pour les assurés

Les mesures proposées dans le PLFSS pour 2008 visent à assurer aux patients le maximum d'informations afin de responsabiliser les professionnels de santé sur leurs pratiques tarifaires et d'améliorer l'accès aux soins pour tous.

L'Assurance maladie permet d'ores et déjà aux usagers d'avoir accès à des informations sur le secteur d'exercice des praticiens et sur les tarifs des soins (dispositif « Info soins »).

Il est toutefois nécessaire d'accroître encore la transparence : c'est pourquoi le PLFSS pour 2008 prévoit qu'avant les actes coûteux, le patient devra obligatoirement bénéficier d'une information préalable et écrite sur le prix total des soins, sur le tarif de remboursement et sur les dépassements qui lui seront éventuellement demandés.

Le montant exact des prestations concernées par cette mesure sera établi en concertation avec les partenaires conventionnels. En pratique, cette obligation devrait concerner pour l'essentiel les actes de chirurgie, de radiologie ou d'odontologie.

Le non respect de cette obligation pourra faire l'objet de la part de la caisse primaire d'assurance maladie d'une sanction financière ou d'une saisine de la section des assurances sociales de l'Ordre professionnel du praticien.

Assurer une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire

1. Une offre de soins très hétérogènes, de grandes disparités entre régions

Le nombre global de professionnels de santé en France est satisfaisant mais de fortes inégalités géographiques limitent l'accès aux soins pour tous. Certaines zones du territoire sont en effet très bien pourvues en professionnels de santé conventionnés alors que d'autres en manquent.

La densité médicale du département de l'Eure (118 médecins pour 100 000 habitants) est ainsi 3,1 fois inférieure à celle de Paris (367 médecins pour 100 000 habitants), les disparités en généralistes étant moins fortes qu'en spécialistes. Pour les autres professions de santé, la dispersion des densités est tout aussi marquée (les écarts de densité des kinésithérapeutes libéraux enregistrent des rapports de 1 à 3). Les inégalités sont encore accentuées au niveau infra départemental.

Ces écarts, qui limitent l'accès aux soins sur certaines portions de notre territoire, risquent de s'accroître du fait de l'évolution prévisible à moyen terme de la démographie des professions de santé et notamment des médecins.

2. Une mesure de régulation de la démographie concertée

Face à ce constat d'une inégale répartition des professionnels, la Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, conformément au souhait exprimé par le Président de la République, souhaite que les partenaires conventionnés définissent les modalités pour assurer une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire. Les jeunes médecins seront associés à la négociation.

Dans cette perspective, le PLFSS prévoit une mesure permettant à l'ensemble des professionnels de santé d'engager une réflexion complète en vue d'une démarche de régulation géographique de l'offre de soins. Les partenaires conventionnés devront définir eux-mêmes les voies et les moyens pour limiter l'installation de nouveaux professionnels de santé dans les zones où ils sont déjà nombreux.

Cette mesure vient compléter et renforcer le dispositif existant d'incitation à l'installation des professionnels de santé dans les zones à faible densité démographique qu'avait créé la loi de réforme de l'assurance maladie d'août 2004 concernant les médecins généralistes.

Elle est également cohérente avec d'autres mesures du PLFSS qui, en facilitant les coopérations et en offrant la capacité d'expérimenter de nouveaux modes de rémunération fournissent les outils législatifs nécessaires à l'amélioration de l'offre de soins sur le territoire.

L'analyse de l'offre au regard de besoins de soins sera menée au niveau régional, pour chaque profession et par spécialités, par les Missions régionales de santé (MRS), en concertation avec les représentants des organisations syndicales représentatives des professionnels de la région. Afin d'assurer une homogénéité des choix opérés sur l'ensemble du territoire, cette analyse et la délimitation de zones qui en découlera seront validées à l'échelon national par la ministre chargée de la Santé, de la Jeunesse et des Sports et le directeur général de l'UNCAM. En cas d'échec des négociations, le Gouvernement prendra ses responsabilités.

Appliquer pleinement la réforme du financement des établissements de santé (100% T2A¹) et faciliter la mise en commun des moyens (GCS)

1. Le passage au financement à 100 % à l'activité

Les activités de médecine, chirurgie et obstétrique des hôpitaux publics et des établissements privés non lucratifs sont financées actuellement pour partie par des tarifs nationaux, et pour partie sur une dotation complémentaire à caractère forfaitaire. Aujourd'hui, la répartition entre les deux modes de financement est de 50/50.

Le projet de loi propose d'aligner en 2008 le mode de financement des hôpitaux sur celui des cliniques privées en portant à 100 % leur part de financement à l'activité. Un mécanisme de transition est prévu par le projet de loi pour accompagner les établissements dans cette réforme. Chaque établissement se verra attribuer un coefficient correcteur venant majorer ou minorer les tarifs nationaux afin de tenir compte des ressources actuelles qu'il reçoit de l'assurance maladie. Ce coefficient convergera progressivement pour atteindre la valeur 1 au plus tard en 2012, date à laquelle tous les établissements se verront appliquer les mêmes tarifs.

Cette réforme, initiée par la Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, va donner son plein effet à la tarification à l'activité. Elle permettra aux établissements les plus dynamiques de bénéficier de ressources nouvelles et constituera une incitation forte pour les autres établissements à prendre les mesures d'adaptation indispensables

Elle constitue un levier de la restructuration et de réorganisation du secteur hospitalier

2. La possibilité de mutualiser les moyens entre les établissements

Dans l'objectif de mieux coordonner l'efficacité de l'offre de soins et de développer les modes de coopérations entre les établissements de santé, le PLFSS pour 2008 donne également la possibilité aux directeurs des agences régionales d'hospitalisation de créer des groupements de coopération sanitaire (GCS) de territoires.

Les établissements publics de santé seront obligatoirement membres des GCS. Les établissements privés pourront y adhérer sur le principe du volontariat.

Ces nouveaux GCS se verront transférer certaines compétences exercées par les établissements de santé. Ces compétences pourraient concerner soit l'exercice d'activités de soins qui font l'objet d'autorisations soit la gestion des moyens, la gestion des activités médico-techniques et logistiques, la gestion de pôles inter établissements, les projets d'investissement ou encore le système d'information hospitalier.

¹ T2A : tarification à l'activité

Expérimenter de nouveaux modes de rémunération des professionnels

1- De nouveaux modes de relation entre les médecins et l'assurance maladie : la possibilité de contrats individualisés avec les médecins

Le cadre privilégié des relations entre l'assurance maladie et les médecins libéraux est la convention médicale négociée en 2005 entre l'UNCAM et les syndicats représentatifs. Cette convention et ses avenants ont mis en place et développé la maîtrise médicalisée des dépenses qui permet à la fois d'améliorer l'offre de soins (par une amélioration des pratiques de prescription des professionnels de santé) et de dégager des économies sur des postes de dépenses qui enregistrent des évolutions dynamiques. Cette convention a également contribué à définir et enrichir les missions du médecin traitant.

Le PLFSS pour 2008 donne aux médecins qui le souhaitent la possibilité d'aller plus loin et de souscrire sur la base du volontariat des engagements complémentaires d'amélioration de la pratique professionnelle, qu'il s'agisse de leur prescription ou de la participation à des actions de prévention et de dépistage de leurs patients, mais aussi par exemple de leur participation à la permanence des soins.

Ces contrats donneront lieu à une rémunération forfaitaire complémentaire de leur rémunération à l'acte. Les professionnels seront payés directement par les caisses.

2- L'expérimentation de modes de rémunération alternatifs au paiement à l'acte

La rémunération des professionnels libéraux reste principalement fondée sur le paiement à l'acte des prestations. La rémunération forfaitaire ne représente qu'une part très mineure des honoraires, astreinte dans le cadre de la permanence de soins ou forfait annuel rémunérant le médecin traitant pour la prise en charge des personnes souffrant d'affections de longue durée.

Pourtant, l'aspiration des professionnels de santé (médecins, infirmiers, etc.) en termes de qualité de travail et de qualité de vie, en particulier parmi les jeunes médecins est forte, dans la mesure par ailleurs où le caractère forfaitaire de la rémunération correspond mieux à la nature du suivi de certaines maladies comme les maladies chroniques.

Le PLFSS pour 2008 prévoit donc la possibilité d'expérimenter, pendant une durée de 5 ans, des modalités de rémunération alternatives au paiement à l'acte. Ces expérimentations seront autorisées ou conduites, sur une base volontaire, par les missions régionales de santé.

Optimiser la répartition des officines pharmaceutiques sur le territoire

La France dispose, au niveau européen, d'une des plus fortes densités d'officines. Elle est 4 fois plus élevée qu'en Suède ou aux Pays-Bas, près de deux fois plus qu'au Royaume Uni, et plus élevée de près de 50 % qu'en Allemagne.

Il y a en France 23 400 pharmacies d'officine (le chiffre le plus élevé en Europe) contre 20 700 seulement en Allemagne qui compte 30 % de population en plus, 16 000 en Italie, 12 400 au Royaume-Uni ; seule l'Espagne se distingue avec un nombre également très élevé de 20 500 officines.

Comme l'indiquait un rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, la France ne compte que 2 500 habitants par officine de ville contre 3 300 en moyenne dans l'Union européenne et 4 000 en Allemagne par exemple.

Ce tissu officinal dense permet une distribution de proximité mais suit insuffisamment les évolutions démographiques. Les pharmacies sont également de trop petite taille pour développer de nouveaux services.

En concertation avec la profession et le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens, le gouvernement propose de favoriser le regroupement (notamment en gelant pendant 10 ans les licences libérées après un regroupement) sur l'ensemble du territoire afin d'optimiser la répartition des officines.

Les créations restent possibles dès lors qu'aucun transfert ou regroupement n'aura permis de satisfaire les besoins des populations des communes dépourvues d'officine et celles des zones en forts besoins sanitaires (zones franches urbaines, zones urbaines sensibles et zones de redynamisation urbaine).

A ces mesures sur l'officine s'ajoute des dispositions permettant également aux laboratoires d'analyse médicale de se regrouper plus facilement.

Mieux réguler la dépense de transport sanitaire

1. Une dépense en forte croissance, dont l'utilité médicale doit être mieux garantie.

Les dépenses d'assurance maladie liées au remboursement de frais de transport s'élèvent à 2,2 Mds € pour le régime général.

Malgré les mesures visant à renforcer la médicalisation de la prescription de transport (qui doit être justifiée au regard d'un référentiel décrivant le transport le plus adapté à la situation médicale des usagers pris), la conclusion d'accords d'amélioration des pratiques hospitalières et l'encadrement particulier des forts prescripteurs de transport (procédure de mise sous accord préalable), l'évolution de ces dépenses reste très forte d'une année sur l'autre : elles enregistrent une progression comprise entre +8 et +10% en moyenne sur les dix dernières années.

Les dépenses liées aux transports en taxi (autour de 30% des dépenses totales de transports) constituent la section la plus dynamique, avec une croissance d'environ +15% par an (soit près de 100M€ de dépenses supplémentaires chaque année).

2. De nouvelles dispositions pour mieux responsabiliser

Le PLFSS pour 2008 comporte plusieurs dispositions pour responsabiliser davantage patients, prescripteurs et professionnels du transport vis à vis de l'utilisation des transports sanitaires et donner à l'assurance maladie davantage de moyens de contrôle :

- l'élargissement de la procédure de mise sous accord préalable aux médecins pour lesquels le taux moyen de prescription d'ambulances dépasse largement le taux moyen au sein d'une région ;
- l'extension aux transporteurs sanitaires et aux taxis de la possibilité, ouverte par la loi du 13 août 2004, d'imposer des pénalités aux professionnels méconnaissant les règles en matière de prestations de soins (transport dans un type de véhicule ne correspondant pas au mode de transport prescrit, anomalies de facturation, etc.);
- le renforcement de l'encadrement et de la régulation de l'offre de transports d'assurés sociaux en taxi : les entreprises de taxis devront désormais passer une convention avec la caisse d'assurance maladie pour que leurs frais de transports soient remboursés à l'assuré ; cette convention fixera les tarifs des prestations et les conditions du tiers payant. Il pourra leur être imposé par ailleurs une ancienneté minimale dans l'exercice de leur métier.
- l'expérimentation de nouveaux modes d'organisation entre l'hôpital et les transporteurs sanitaires visant une amélioration du service rendu à un coût égal ou moindre pour l'assurance maladie : dans le cadre de cette expérimentation, les établissements de santé pourront gérer directement, par une procédure

contractuelle, les une enveloppe budgétaire de transports leurs permettant d'organiser et de gérer ces prestations à travers une procédure d'appel d'offre ou la passation de marchés publics.

MESURES EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

- Personnes âgées dépendantes : mieux prendre en charge Alzheimer
- Personnes handicapées : renforcer les solidarités

Personnes âgées dépendantes : mieux prendre en charge Alzheimer

Dans le cadre des mesures prises pour l'amélioration de la prise en charge médico-sociale des personnes dépendantes, ce projet de loi met l'accent sur la prise en charge spécifique des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, que ce soit à domicile ou en établissement, en prenant en compte les attentes de ces personnes et de leurs familles.

Le président de la République a présenté le 21 septembre dernier les axes du grand chantier sur la maladie d'Alzheimer qu'il a lancé pour ces prochaines années. Dans cette perspective, ce projet de loi prévoit de poursuivre et d'accélérer l'effort engagé.

Les mesures proposées visent autant à améliorer la prise en charge au domicile, avec notamment le renforcement des structures d'hébergement temporaire et d'accueils de jour qui permettent de prévenir les situations de crise et de favoriser le répit des aidants, qu'en établissement, avec des créations de places en forte hausse, et une adaptation spécifique à la prise en charge de la dépendance, que ce soit au travers de l'encadrement ou de l'aménagement des établissements.

1. Le libre choix du maintien à domicile

Le président de la République s'est engagé à permettre aux personnes âgées dépendantes de rester à leur domicile, si elles le souhaitent, aussi longtemps que possible. Dans ce cadre, le projet de loi de financement accentue l'effort en direction des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). L'accélération amorcée l'année dernière se poursuivra en 2008 pour ce qui est du nombre de places créées : là où les créations de places s'élevaient à environ 4 000 par an entre 2004 et 2007, ce sont 6 000 places nouvelles qui seront créées chaque année en 2007 et en 2008.

La politique de maintien à domicile vise également à assurer des transitions douces entre la maison et l'établissement pour soigner des maladies passagères, des difficultés plus récurrentes (arthrite, rhumatismes), ou tout simplement pour permettre aux aidants familiaux de souffler de temps en temps. En particulier pour les familles dont un membre est atteint d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

Ainsi, seront créées :

- 2 125 places nouvelles en accueil de jour ;
- 1 125 places nouvelles en hébergement temporaire.

En outre, comme il ne suffit pas qu'il y ait des places en institution pour que les personnes puissent s'y rendre régulièrement, ce projet de loi prévoit la prise en charge des frais de transport des personnes vers les accueils de jour.

2. Viser l'excellence pour nos maisons de retraites

Pour les personnes qui ne peuvent plus rester chez elles dans des conditions de confort et de sécurité acceptables, il faut que la prise en charge en établissement soit une solution que les familles puissent aborder sereinement. Ainsi, ce projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008 met l'accent sur la proximité et l'excellence de l'hébergement en maison de retraite.

En termes de capacité, c'est une véritable accélération des créations de places en maisons de retraite que prévoit ce projet de loi. Alors que 5 000 places avaient été créées l'an dernier, ce sont 7 500 places nouvelles qui seront financées en 2008. Cette accélération permettra notamment de mieux prendre en compte les besoins liés à Alzheimer ou aux autres maladies neuro-dégénératives, qui touchent aujourd'hui une majorité des résidents.

En termes de qualité, la médicalisation des établissements devrait s'achever en 2008 dans le cadre des conventions signées entre l'État, les conseils généraux et les maisons de retraite qui permettent, en moyenne, de recruter 7 à 8 personnels supplémentaires par établissement.

Surtout, la nouvelle tarification des établissements permettra enfin de prendre en compte, non seulement la charge de travail liée à la dépendance, mais également la charge en soins médicaux et techniques requis par les résidents. Tout cela va se traduire par le renforcement des moyens en personnels directement au chevet des personnes.

3. Un plan d'investissement pour rénover les établissements existants et construire ceux de demain

Ce plan consacre un effort de soutien à l'investissement d'au moins 250 millions d'euros dès 2008, financés sur les réserves de la CNSA.

Ce plan vise :

- à réduire les délais qui s'écoulent entre l'autorisation préfectorale et la sortie effective des places ;
- à ce que les frais d'investissement des établissements n'alourdissent pas les sommes laissées à la charge des usagers ;
- à étendre les compétences de la CNSA pour lui permettre d'aider, non seulement la modernisation du parc existant, mais aussi la construction de places nouvelles.

Personnes handicapées : renforcer les solidarités

1. Une accélération de l'effort de création de places pour les personnes handicapées

Après l'achèvement du plan triennal 2005-2007, le président de la République a donné en juin l'impulsion à l'accélération de l'effort en faveur des personnes handicapées. Les mesures nouvelles représenteront 410 millions d'euros en 2008 (à comparer aux 378 millions d'euros de 2007), soit une progression de 5,7 % des moyens consacrés aux personnes handicapées.

En ce qui concerne les enfants, l'accent est mis sur la prévention et l'accompagnement pour la scolarisation en milieu ordinaire, avec la création de 22 Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), 12 Centres médico-psycho pédagogique (CMPP) et 1 250 places de Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD). Les autres créations de places sont ciblées sur les publics prioritaires :

- 300 places pour les autistes ;
- 150 places pour les polyhandicapés ;
- 300 places en Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) ;
- 200 places pour déficients intellectuels.

En ce qui concerne les adultes, le gouvernement veut avant tout résorber les listes d'attente existantes et éviter que de jeunes adultes ne soient maintenus dans des établissements pour enfants :

- 2 600 places de Maisons d'accueil spécialisé (MAS)/Foyers d'accueil médicalisé (FAM) et 225 places d'accueil temporaire fourniront un répit aux aidants familiaux. Ces places seront en priorité destinées aux handicapés autistes, polyhandicapés et handicapés psychiques ;
- la médicalisation de 500 places de foyers de vie et de foyers occupationnels devrait en outre permettre de maintenir les personnes concernées dans leurs lieux de vie actuels, mais en améliorant la qualité de leur prise en charge ;
- 2 100 places de Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)/Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) permettront enfin de favoriser le maintien à domicile des personnes qui le souhaitent.

2. La suppression de la barrière d'âge pour les enfants handicapés

Le PLFSS pour 2008 prévoit un dispositif de droit d'option entre les compléments d'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et la Prestation de compensation du handicap (PCH), qui s'inscrit dans le cadre de la loi du 11 février 2005.

MESURES RELATIVES À L'ASSURANCE VIEILLESSE

- Favoriser l'emploi des seniors : mettre fin aux mécanismes incitant à la sortie prématurée du marché du travail
- Préparer le rendez-vous 2008 sur les retraites

Favoriser l'emploi des seniors : mettre fin aux mécanismes incitant à la sortie prématurée du marché du travail

Le taux d'emploi des personnes âgées de 55 à 64 ans en France reste très inférieur à la moyenne européenne (37,6 % en 2006 contre 45,3 % pour l'Europe des 15) et à l'objectif de 50 % fixé à l'horizon 2010 dans le cadre de la stratégie de Lisbonne.

La dispense de recherche d'emploi, le recours aux préretraites et le régime social favorable dont bénéficient les mises à la retraite d'office sont autant d'explications à la cessation d'activité précoce des salariés avant ou après 60 ans.

Afin de faire progresser le taux d'emploi des seniors en incitant à la prolongation d'activité et en laissant au salarié la liberté de choisir le moment de son départ en retraite, le gouvernement entend renforcer les dispositions prises dans le cadre de la réforme des retraites de 2003 et du Plan national d'action concerté pour l'emploi des seniors de 2006.

Le PLFSS prévoit plusieurs mesures pour mettre fin aux incitations pour les employeurs et les salariés à privilégier une sortie rapide du marché du travail :

S'agissant des préretraites, les règles sociales actuelles conduisent à un assujettissement aux cotisations et à la contribution sociale généralisée (CSG) plus faible que sur les salaires, ce qui constitue de fait une forme d'encouragement à ce type de dispositifs.

Le taux de la contribution créée par la loi du 21 août 2003 sur les avantages de préretraite d'entreprise est porté en conséquence de 24,15 % à 50 % et son produit, jusqu'alors affecté au FSV, ira désormais à la CNAV. Par ailleurs, les allocations de préretraite seront désormais assujetties à la CSG au taux de 7,5 % soit le taux applicable aux revenus d'activité.

S'agissant des mises à la retraite d'office, et sans attendre l'extinction au 31 décembre 2009 des accords de branches dérogeant à l'interdiction de mise à la retraite d'office avant 65 ans, il est proposé de dissuader fortement les pratiques actuelles en soumettant les indemnités versées dans ce cadre - qui sont aujourd'hui très largement exonérées - à une contribution de 25 % en 2008 puis de 50 % en 2009 dont le produit sera affecté à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV).

Enfin, pour éviter que les pratiques actuelles ne se prolongent, le PLFSS prévoit de supprimer le régime social et fiscal favorable dont bénéficieraient entre 2010 et 2014 les branches ayant signé de tels accords dérogatoires, qui apparaît contraire à l'objectif d'encouragement à l'activité des seniors. Conformément à la recommandation émise dans le cadre des travaux du Conseil d'orientation des retraites (COR), le gouvernement propose donc de revenir sur la disposition adoptée dans la dernière loi de financement de la sécurité sociale et d'aligner le régime fiscal et social de cette indemnité sur celui des indemnités de départ volontaire à la retraite.

Préparer le rendez-vous 2008 sur les retraites

La présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale à l'occasion de la Commission des comptes de la sécurité sociale marque le début du processus de préparation du rendez-vous 2008 sur les retraites.

En effet, la loi du 21 août 2003 a prévu plusieurs étapes préalables qui s'échelonnent tout au long du dernier trimestre 2007.

1. L'avis de la Commission de garantie des retraites

La Commission de garantie des retraites se réunira le 3 octobre prochain sous la présidence du Vice-président du Conseil d'État. Elle indiquera dans un avis rendu public si l'augmentation de la durée d'assurance à raison d'un trimestre par an entre 2009 et 2012, inscrite dans la loi du 21 août 2003, est cohérente avec l'évolution de l'espérance de vie mesurée sur la base des statistiques établies par l'INSEE.

2. L'actualisation des travaux du Conseil d'orientation des retraites (COR)

Après la remise de son rapport en janvier 2007, le Conseil d'orientation des retraites a poursuivi ses travaux pour préparer dans les meilleures conditions le rendez-vous 2008. L'objectif est principalement d'actualiser les projections sur l'équilibre financier des régimes de retraite à moyen et long terme et le cas échéant de compléter sur la base de ces chiffres et d'autres éléments récents les analyses du Conseil.

3. La réunion des conférences préparatoires au rendez-vous 2008

Une conférence sur l'évolution du montant des pensions présidée par le ministre en charge de la sécurité sociale doit se réunir avant la fin de l'année pour faire le point sur le mode d'indexation des pensions de retraite défini par la loi du 21 août 2003. Ses membres sont actuellement en cours de désignation par les partenaires sociaux.

Une conférence sur l'emploi des seniors est également prévue par la loi du 21 août 2003 afin d'établir un diagnostic partagé. La réunion de cette conférence sera articulée avec les travaux du Comité de suivi du Plan national d'action concerté pour l'emploi des seniors

4. L'élaboration du rapport du gouvernement

Sur la base des travaux du Conseil d'orientation des retraites et au regard des conclusions des étapes préalables rappelées ci-dessus, le Gouvernement élaborera avant le 31 décembre un rapport qui sera transmis au Parlement.

MESURES RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE

- Les trois axes forts de la politique de la famille dans le PLFSS

Les trois axes forts de la politique de la famille dans le PLFSS

1. Un effort en direction des familles les plus modestes pour leur offrir davantage de liberté dans le choix de mode de garde

Le gouvernement propose d'augmenter le montant du complément de libre choix de mode de garde de la PAJE de 50 euros par mois pour les familles modestes. Cette prestation servie pour aider les familles à financer la rémunération d'un professionnel pour la garde leur enfant passerait ainsi de 375 euros à 425 euros. Ce sont ainsi plus de 60 000 familles dont la contribution, après versement des aides, sera substantiellement réduite pour être ramenée à celle qui leur serait demandée pour une place en crèche.

De ce point de vue, la mesure concourt à une réelle égalité d'accès et à la diversification effective des modes de garde.

2. Une meilleure prise en compte des besoins des allocataires pour rendre nos prestations plus efficaces

Deux mesures d'adaptation des prestations sont présentées dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

- La première vise à instaurer une majoration unique des allocations familiales à 14 ans avec un montant équivalent à celui appliqué actuellement à 16 ans, soit près de 60 euros. Les études montrent depuis plusieurs années que le coût d'entretien de l'enfant augmente à partir de 14 ans. Le Gouvernement souhaite adapter les allocations familiales à cette réalité.

- La seconde disposition, qui répond à une demande des associations familiales, permet la modulation de l'allocation de rentrée scolaire en fonction de l'âge de l'enfant. Cette mesure procède d'un constat simple : le coût de la rentrée diffère selon le niveau de scolarisation des enfants : il est par exemple sensiblement plus élevé au lycée qu'à l'école primaire. Il est donc cohérent de moduler le volume d'aides accordé.

Le principe de la modulation sera inscrit dans la loi. Le barème sera précisé par décret, après concertation avec les partenaires sociaux et l'ensemble des acteurs de la politique familiale.

3. Une simplification importante des démarches de nos concitoyens dans leurs relations avec les caisses d'allocations familiales

Actuellement, les allocataires doivent, chaque année, le 1^{er} juillet, renseigner une déclaration de ressources auprès de leur CAF.

Le gouvernement propose donc de supprimer cette déclaration en prévoyant que, désormais, les CAF se feront communiquer par les services des impôts la déclaration de ressources fiscale pour apprécier le niveau de revenus des demandeurs de prestations.

Cette mesure représente une simplification tant pour les familles que pour les caisses d'allocations familiales.

MESURES RELATIVES À LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

- Branche AT/MP : le respect du dialogue social

Branche Accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) : le respect du dialogue social

1. Le PLFSS transpose les mesures législatives proposées par les partenaires sociaux sur la gouvernance dans leur accord du 28 février 2006 en reprenant 3 propositions :

- le rôle particulier joué par la Commission AT/MP (CATMP) au sein de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) avec la désignation, en son sein, d'un président issu des organisations d'employeurs et de deux vice-présidents issus des organisations syndicales représentatives au plan national et interprofessionnel ;
- l'intervention de la CATMP dans la nomination du directeur des risques professionnels ;
- la clarification des objectifs et financements spécifiques à la branche AT/MP.

2. Le PLFSS améliore la situation de certains ayants-droit de personnes décédées d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Une revalorisation des rentes d'ayants droit avait été mise en place par la LFSS pour 2002 pour faire face notamment aux conséquences de l'explosion de l'usine AZF à Toulouse. Cette mesure concernait uniquement les décès consécutifs à des accidents ou maladies survenus à compter du 1^{er} septembre 2001. Ainsi, les ayants droit de victimes décédées suite à un accident ou une maladie antérieur au 1^{er} septembre 2001 ne pouvaient pas prétendre aux taux revalorisés, quand bien même le décès était, lui, postérieur à cette date.

Le PLFSS propose d'harmoniser la situation en permettant à tous les ayants droit de victimes décédées après le 1^{er} septembre 2001 de bénéficier des taux revalorisés, et de procéder à des indemnisations rétroactives quand il y a lieu.

3. Les mesures annuelles de dotation du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) (315 millions d'euros) et de contribution à la branche maladie pour sous-déclaration des maladies professionnelles (410 millions d'euros) sont égales à celles prévues en 2007.

La dotation du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) augmente légèrement pour atteindre 850 millions d'euros.

Ces mesures permettent de préserver, grâce à un effort constant de rigueur, l'équilibre de la branche ATMP en 2008.

LA LUTTE CONTRE LES ABUS ET LES FRAUDES

- Une politique de lutte contre la fraude renforcée
- De nouveaux outils de lutte contre le travail dissimulé

Une politique de lutte contre la fraude renforcée

Demander aux Français d'être solidaires exige de les assurer que chacun est responsable, et même irréprochable dans le respect des règles. Le gouvernement entend donner une impulsion nouvelle aux actions de lutte contre la fraude et les abus qui ont été développées ces dernières années. Ce PLFSS agit dans trois directions.

1. Mieux détecter la fraude avec un développement des échanges d'information

Les contrôles seront facilités et rendus plus efficaces en donnant directement aux agents qui en sont chargés un droit de communication sur les données nécessaires, par exemple, à l'établissement de l'adresse d'une personne ou du niveau réel de ses ressources. Comme les services fiscaux, et dans un cadre juridique respectueux des libertés publiques, les agents de contrôle des CPAM et des CAF auront un droit de communication vis-à-vis de tiers (ex : opérateurs de téléphonie, banques, fournisseurs d'accès internet...) ce qui leur permettra de vérifier les éléments déclaratifs qui ouvrent droit aux prestations. Les inspecteurs des URSSAF auront également accès à ces informations pour détecter plus facilement le travail illégal.

Les URSSAF pourront procéder à des recouvrements à partir de tout constat de travail dissimulé, quel que soit le service qui l'a établi (police, inspection du travail...). (cf. fiche travail dissimulé)

2. Renforcer le contrôle des arrêts de travail et de certaines dépenses maladie

Contrôle médical : extension à l'aide médicale d'État (AME)

Les prestations services aux étrangers en situation irrégulière par l'AME sont identiques à celles de l'assurance maladie mais ne sont cependant soumises à aucun contrôle de leur prise en charge. Comme pour l'ensemble des assurés sociaux, les dépenses maladie doivent pouvoir être contrôlées par le service du contrôle médical qui dispose d'un pôle auprès de chaque CPAM.

Arrêts de travail : une meilleure prise en compte par l'assurance maladie de la contre visite employeur et une harmonisation de la réglementation du contrôle

Les employeurs peuvent depuis la loi de 1978 mandater un médecin pour contrôler leur salarié en arrêt de travail et suspendre le versement de l'indemnisation complémentaire à celle de l'assurance maladie en cas d'arrêt injustifié. Les indemnités journalières de l'assurance maladie ne sont pas forcément suspendues, ce qui conduit à des situations peu compréhensibles pour les assurés et les employeurs. Afin de mieux coordonner ces

contrôles avec l'action de l'assurance maladie, une expérimentation serait mise en place pour que les contrôles des médecins mandatés par l'employeur conduisent à suspendre aussi le versement des indemnités journalières servies par l'assurance maladie. Le service de contrôle médical de la CPAM pourra cependant revenir sur cette suspension sur simple constatation de l'état de santé de l'assuré.

Le régime juridique des arrêts de travail pour cause d'accident du travail ou de maladie professionnelle sera harmonisé sur celui des arrêts de travail maladie, avec les mêmes obligations (heures de sortie...) et règles de contrôle : ce sera à la fois source de plus de simplicité par les gestionnaires, d'une meilleure lisibilité et de davantage d'équité pour les personnes.

3. Sanctionner plus durement les fraudes

Une peine plancher forfaitaire sera créée pour l'entreprise qui a recours au travail dissimulé (cf. fiche travail dissimulé).

De nouveaux outils de lutte contre le travail dissimulé

1. Les URSSAF sont fortement engagées dans la lutte contre le travail dissimulé.

Les redressements de cotisations mis en recouvrement par les URSSAF suite au constat du délit de travail dissimulé représentent 74 millions d'euros en 2006, soit une augmentation de 25 % par rapport à 2005.

Cette action a été soutenue depuis plusieurs années par la mise à la disposition des corps de contrôle de nouveaux moyens juridiques afin d'appréhender efficacement les situations de travail dissimulé :

- la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a consolidé l'obligation de vigilance des donneurs d'ordre et harmonisé les prérogatives des agents habilités, notamment en matière de vérification d'identité des personnes auditionnées ;
- la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises a renforcé le droit de communication d'informations réciproques des agents habilités à lutter contre le travail illégal ;
- enfin, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a institué une procédure d'annulation des exonérations de cotisations, redéfini les conditions du recours à la domiciliation commerciale et élargi la notion d'obstacle à contrôle.

Par ailleurs, la branche du recouvrement a restructuré son organisation et déployé des moyens importants afin d'optimiser son action de lutte contre le travail dissimulé :

- depuis la fin 2006, les URSSAF ont mis en place un réseau de référents régionaux qui assurent le pilotage des actions engagées dans la lutte contre le travail dissimulé ;
- l'ACOSS a introduit un indicateur de résultat spécifique dans la convention d'objectifs et de gestion signée avec l'État le 31 mai 2006 ;
- une cellule de veille juridique et économique sur les phénomènes d'évasion sociale a été mise en place au sein de l'ACOSS en 2007.

2. Le PLFSS pour 2008 introduit de nouveaux outils de lutte contre le travail dissimulé

Face à l'évolution toujours rapide des comportements de fraude, de nouveaux outils sont proposés pour renforcer l'efficacité des contrôles :

- **une meilleure synergie des services de contrôle** : en cas de constat de travail dissimulé, les inspecteurs des URSSAF et de la MSA pourront exploiter les procès-

verbaux des autres services de contrôle (police, inspection du travail...) et procéder au recouvrement des cotisations, sans refaire le contrôle ;

- une peine plancher forfaitaire : les sanctions au travail illégal seront rendues plus dissuasives en permettant de procéder à un redressement forfaitaire correspondant à six mois de salaire minimum (près de 3 500 euros) lorsque aucun élément ne permet de connaître la rémunération versée au salarié en contrepartie de l'activité non déclarée par son employeur.

La combinaison de ces deux mesures devrait accroître fortement la mise en recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale et dissuader le travail illégal.

Par ailleurs, le projet de loi institue un droit de communication direct auprès de tiers de l'ensemble des agents verbalisateurs, à l'instar de celui qui est actuellement accordé aux agents des services fiscaux, afin d'accélérer les procédures d'enquête.