



Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 : poursuivre le redressement des comptes sociaux en préservant un haut niveau de protection sociale

Les programmes de qualité et d'efficience, qui constituent l'annexe 1 au projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS), offrent une présentation « objectifs – résultats » des politiques de santé et de protection sociale. Ils permettent ainsi d'apprécier les résultats de ces politiques au regard des différents objectifs qui leur sont assignés et de juger de l'adéquation des mesures proposées dans le PLFSS courant au contexte économique, démographique, sanitaire et social.

Alors que l'année 2014 marquera une étape importante du redressement des comptes publics, il est particulièrement utile de disposer d'informations permettant de décrire et d'apprécier les caractéristiques des politiques sociales menées, à la fois dans leur capacité à mieux protéger les Français, et dans leur aptitude à se moderniser et à être efficaces. Les indicateurs présentés dans les programmes de qualité et d'efficience font état des bonnes performances ou des progrès de la France dans les domaines de l'accessibilité et de la qualité des soins, de l'assurance d'un niveau de vie adapté aux retraités comparable à celui des actifs, de la conciliation d'un dynamisme des naissances avec un niveau élevé de participation des femmes à l'activité économique. Ces résultats constituent une base solide sur laquelle asseoir un redressement financier de la Sécurité sociale dans la justice.



L'année 2013 est encore marquée par un contexte économique défavorable, avec une croissance du PIB en volume limitée à +0,1 % et une progression de la masse salariale privée de 1,3 %. Les comptes de la sécurité sociale auraient dû être sensiblement dégradés, si de nouveaux efforts de maîtrise des dépenses sociales et d'apport en ressources n'avaient pas été engagés. En matière de maîtrise des dépenses de santé, 2,4 Md€ d'économies ont été réalisées en 2013. Les dépenses de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) seront même inférieures au montant voté en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013, pour la quatrième année consécutive. Par ailleurs, les mesures prises en loi de finances rectificative (LFR) 2012 et en LFSS pour 2013 ont représenté un apport de ressources nouvelles de plus de 8 Md€. Grâce à ces efforts, le déficit du régime général est ainsi contenu à 13,5 Md€ en 2013.



MINISTÈRE
DE L'ÉCONOMIE
ET DES FINANCES

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ



Le Gouvernement s'est fixé pour 2014 l'objectif de franchir une étape importante du redressement des comptes publics compte tenu de l'engagement de limiter le déficit public à 3 % du PIB en 2015. Les réformes structurelles engagées, réforme de la politique familiale annoncée en juin 2013 et projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraite, témoignent de cet objectif de rééquilibrage des comptes sociaux. La réforme des retraites de 2013 vise à assurer, au moyen de mesures immédiates (report de la revalorisation des pensions de retraite du 1^{er} avril au 1^{er} octobre, hausse du taux de cotisation vieillesse, notamment), l'équilibre des régimes de retraite de base à l'horizon 2020. Elle a également pour ambition de garantir l'équilibre financier du système de retraite à long terme et de rendre ce système plus juste et plus lisible.

Le PLFSS pour 2014, traduction concrète de cette démarche de rééquilibrage des comptes publics, prévoit un effort de réduction des dépenses de plus de 4 Md€ : aux économies en dépenses de prestations vieillesse et familiales, s'ajoutent la poursuite des efforts de maîtrise des dépenses d'assurance maladie ainsi qu'un effort de maîtrise de frais de gestion administrative des caisses de sécurité sociale. Sur le champ des recettes, la sécurité sociale bénéficiera en 2014 d'un apport de ressources de près de 5 Md€ via la hausse des cotisations sociales vieillesse prévue par le projet de loi retraite de 2013, des mesures de transfert (compensation de la baisse des cotisations familiales par l'État, rétrocession des gains liés à l'abaissement du plafond du quotient familial et transfert du rendement de la fiscalisation des abondements des employeurs sur les contrats de couverture complémentaire santé), et enfin par des mesures de réduction des « niches » sociales (harmonisation des prélèvements sociaux sur les produits de placement).

Compte tenu des tensions auxquelles sont soumises les dépenses de santé et de protection sociale sous l'effet du vieillissement de la population, le défi que les régimes de sécurité sociale ont donc à relever est de concilier ce redressement de leurs comptes avec une meilleure protection des Français, notamment grâce à un système de soins accessible et performant, à un système de retraite assurant aux retraités un niveau de vie comparable en moyenne à celui des personnes actives, et à une politique familiale permettant à la natalité française d'être l'une des plus dynamiques d'Europe tout en favorisant la participation des femmes à l'activité économique.

Concernant l'accessibilité aux soins, l'accord conclu en octobre 2012 entre l'assurance maladie, les syndicats médicaux et l'union des organismes complémentaires d'assurance maladie devrait permettre de réduire les obstacles financiers aux soins en limitant les dépassements d'honoraires et en élargissant l'accès aux tarifs opposables aux bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé. La généralisation de l'accès à la couverture complémentaire santé permettra également de renforcer l'accès aux soins. L'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 transposé par la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi constitue une première étape en prévoyant la généralisation de la couverture complémentaire santé collective pour les salariés à l'horizon 2016. En outre, les plafonds de revenus ouvrant droit à la CMUc et à l'ACS ont été revalorisés le 1^{er} juillet 2013. Le PLFSS permettra de poursuivre la généralisation de la complémentaire santé ainsi que d'engager la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé pour améliorer l'efficacité des processus de soins notamment par une meilleure organisation de l'offre de soins de premier recours et le renforcement des politiques de santé publique.

Au moyen du suivi de près de 180 d'indicateurs, les programmes de qualité et d'efficacité, qui constituent l'annexe 1 au projet de loi de financement de la sécurité sociale, ont pour objectif de permettre au Parlement, et par suite aux acteurs de la protection sociale, d'apprécier la capacité des politiques sanitaires et sociales à concilier l'adéquation des prestations aux besoins de protection contre les risques de l'existence, et la viabilité des ressources qui en assurent le financement.

Les programmes de qualité et d'efficacité annexés au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 restituent les résultats des politiques de santé et de protection sociale au regard de quatre grands enjeux :

- Comment tendre vers une plus grande égalité d'accès des Français aux soins et aux prestations sociales ?
- Comment améliorer la qualité des prises en charge sanitaires et sociales ?
- Comment rendre plus efficaces la production des soins et la fourniture des prestations sociales ?
- Comment assurer l'équilibre durable des comptes de la sécurité sociale ?



Offrir à tous les Français un égal accès aux soins et aux prestations sociales

Notre pays est l'un de ceux qui consacrent la part la plus importante de leur richesse nationale à la santé et à la protection sociale (près de 32 % en 2011, contre 27 % dans l'ensemble des pays de l'Union européenne). Il importe donc de veiller à ce que cet effort assure un haut niveau de couverture des risques sociaux à tous les Français, et en priorité à ceux que leur état de santé expose à des frais de soins élevés ou qui vivent dans la pauvreté.

Dans le domaine de la santé, ce sont les obstacles financiers qui sont les plus susceptibles de nuire à un égal accès aux soins. Un haut niveau de prise en charge des frais de santé par des mécanismes de mutualisation des risques individuels est donc décisif pour l'accessibilité du système sanitaire. Globalement, la prise en charge publique des dépenses de santé - c'est-à-dire la couverture assurée à titre principal par la Sécurité sociale, et à titre auxiliaire par l'État, le Fonds CMU et les collectivités locales -, se maintient au-dessus de 75 % (76,7 % en 2012). La France figure ainsi parmi les pays de l'OCDE qui consacrent la part la plus importante de leur richesse à la prise en charge publique des soins. La part des dépenses de santé laissée à la charge des ménages en 2012 est stable par rapport à 2011 (9,6 %, cf. graphique 1). Sur plus longue période, elle a cependant connu une augmentation, qui découle de diverses mesures, prises au cours de cette période, pesant directement sur les assurés - notamment des

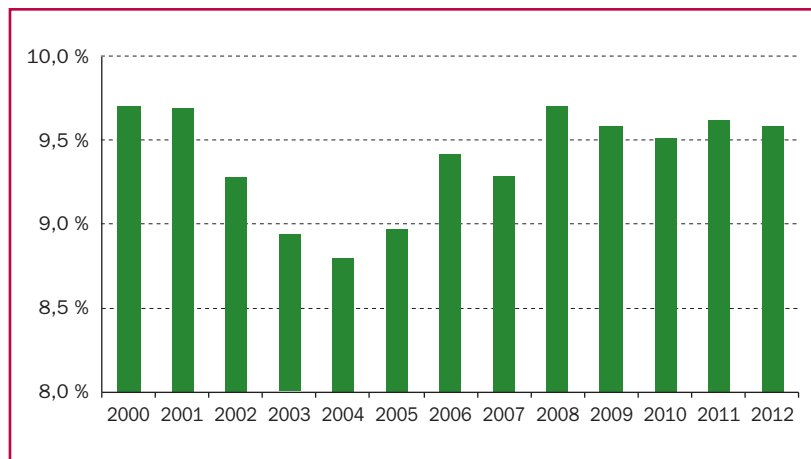
hausse du ticket modérateur sur certains produits de santé et sur les soins réalisés hors du parcours de soins, une augmentation du forfait journalier à l'hôpital et la mise en place de participations forfaitaires et de franchises. Il n'en reste pas moins que la France est, après les Pays-Bas, le pays développé dans lequel le reste à charge des ménages sur leurs frais de santé, en part de la consommation de soins et de biens médicaux, est le plus faible parmi les pays développés.

En ce qui concerne les populations précaires, les efforts ciblés vers ces populations devraient améliorer la couverture de la prise en charge des soins. Suite au relèvement de 8,3 % du plafond CMUc au 1^{er} juillet 2013, 750 000 personnes supplémentaires devraient bénéficier de la CMUc et de l'aide à la complémentaire santé (ACS, destinée aux assurés dont le revenu est supérieur de 35 % au seuil de ressources pour l'accès à la CMUc). Dans le cadre du présent PLFSS, le Gouvernement facilitera par ailleurs le recours à l'ACS et améliorera les niveaux de garantie des contrats proposés, via une sélection des contrats résultant d'une procédure de mise en concurrence.

Le fait de disposer d'un haut niveau de couverture maladie ne garantit pas une protection complète contre le risque de coûts élevés des soins. En particulier, les dépassements appliqués par les médecins aux honoraires de certains actes et aux tarifs de

certaines dispositifs médicaux, notamment en matière dentaire et optique, représentent une part importante du reste à charge des ménages sur leurs frais de santé. En 2012, la part de la population résidant dans des départements dans lesquels au moins la moitié des spécialistes exercent dans le secteur à honoraires libres se stabilise à plus de 18 %. Le taux de dépassement - rapport du montant moyen des dépassements pratiqués par les médecins à honoraires libres aux honoraires sans dépassement - se maintient à 53 %.

Graphique 1
Part des dépenses de santé restant à la charge des ménages



Source : DREES, Comptes de la santé.

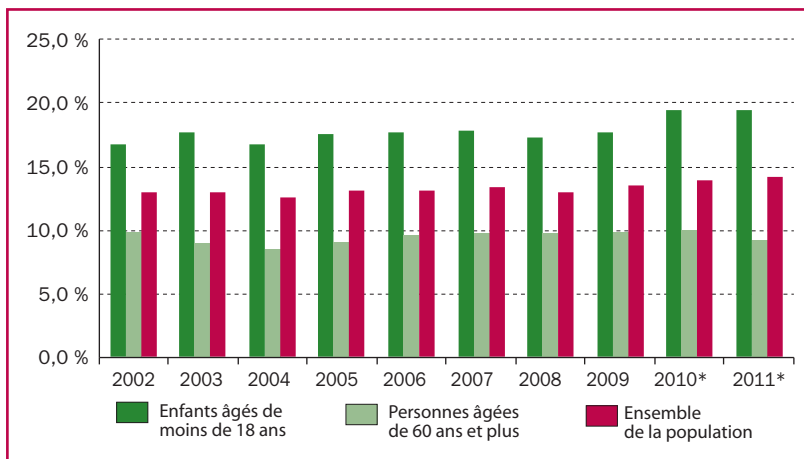




La conclusion de l'avenant 8 à la convention médicale devrait permettre de modérer les dépassements d'honoraires et d'améliorer l'accès effectif des patients aux soins. Elle élargit en effet aux bénéficiaires de l'ACS la garantie de l'accès aux soins à tarifs opposables et par ailleurs engage les médecins pratiquant des honoraires libres et souscrivant au contrat d'accès aux soins à geler les dépassements d'honoraires en contrepartie notamment d'une prise en charge partielle de leurs cotisations sociales et d'une meilleure solvabilisation par l'assurance maladie des frais de soins.

Graphique 2

Taux de pauvreté des enfants et des personnes âgées



Sources : INSEE-DGI, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux rétrospectives 2002 à 2004, Insee-DGFIP-CNAF-CNAV-CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2005 à 2010. (*) : à partir de 2010, les revenus financiers sont estimés avec l'enquête Patrimoine 2010

Dans le domaine des prestations sociales, un indicateur pertinent de leur contribution à l'accès des Français à des conditions de vie décentes est la proportion des bénéficiaires des principaux programmes de protection sociale dont le niveau de vie reste inférieur au seuil de pauvreté (977 euros par mois pour une personne isolée en 2011). S'agissant du groupe des personnes âgées de 60 ans et plus, la part des personnes pauvres y est sensiblement inférieure à celle mesurée dans l'ensemble de la population (9,2 % en 2011, contre 14,3 %, cf. graphique 2). Cette situation traduit l'arrivée à l'âge de la retraite de générations nouvelles qui, plus fréquemment que celles qui les ont précédées, font valider des droits à la retraite acquis à l'issue de parcours professionnels complets.

La situation est plus contrastée en ce qui concerne les enfants, puisque près d'un sur cinq (19,5 % en 2011) vit dans une famille dont les ressources sont inférieures au seuil de pauvreté (cf. graphique 2). Cette proportion est sensiblement supérieure à la prévalence de la pauvreté dans l'ensemble de la population, et ce malgré l'effort important que notre pays déploie en faveur des familles. Cependant, sans cet effort, le risque de pauvreté des enfants serait sensiblement plus élevé : les transferts sociaux et fiscaux contribuent à réduire de plus de 40 % le taux de pauvreté des enfants, et à elles seules les prestations familiales contribuent à près de 60 % à cette réduction. Initialement centrée sur le soutien de la natalité, la politique familiale française a progressivement mis l'accent sur le soutien du revenu des familles les plus modestes, ce que traduit la part significative (42 % en 2012) des prestations soumises à condition de ressources. Il n'en reste pas moins que la réduction de la pauvreté enfantine doit demeurer une priorité des politiques sociales. À cet égard, Les mesures proposées par le gouvernement pour 2014 traduisent la volonté de recentrer les prestations vers les familles les plus vulnérables : à l'horizon 2018, le complément familial sera revalorisé de 50 % pour les familles vivant sous le seuil de pauvreté et l'allocation de soutien familial de 25 %. Ces mesures, combinées au plafonnement de l'avantage fiscal résultant de la présence d'enfants au foyer (réduction du plafond du quotient familial à 1 500 € par an et par demi-part), contribueront à une meilleure répartition des aides publiques aux familles. Les familles aisées sont en effet paradoxalement mieux aidées que les familles aux revenus modestes : la redistribution s'opère en France selon une courbe en U, la perte des prestations sous conditions de ressource étant compensée pour les plus riches par un avantage en impôt croissant avec le revenu jusqu'à des niveaux élevés dans la distribution des revenus. Ces décisions concrétisent l'engagement de répartir de façon juste le nécessaire effort de redressement des comptes publics, en l'occurrence en apportant un supplément de pouvoir d'achat aux familles à revenus modestes et moyens.



Améliorer la qualité des soins et l'adéquation des prestations sociales aux besoins des Français

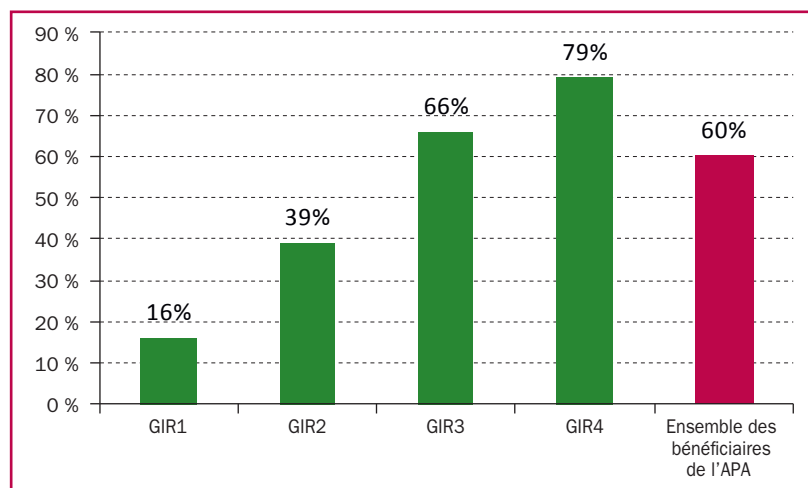
Dans le domaine de la santé, l'enjeu de l'amélioration de la qualité des soins est de faire progresser l'état de santé de l'ensemble de la population. La France réalise d'excellentes performances en matière d'espérance de vie à 65 ans, elle occupe en 2011 le premier rang mondial pour l'espérance de vie à 65 ans à la fois chez les femmes et les hommes avec respectivement 23,8 ans et 18,7 ans. Elle se situe également à un niveau proche des meilleurs résultats en matière de mortalité infantile. Toutefois, la mortalité prématurée reste élevée avant 65 ans, et les écarts substantiels d'espérance de vie entre catégories socioprofessionnelles ne diminuent pas ou peu au cours du temps. Ces résultats contrastés trouvent assurément leurs causes dans certains facteurs de risques tels que la consommation de tabac et d'alcool ou les déséquilibres nutritionnels. Notre pays dispose d'une variété de dispositifs de santé publique qui s'appuient sur le réseau des organismes d'assurance maladie, notamment des campagnes de dépistage et de vaccination. Dans le domaine des consommations addictives, en complément du levier des taxes sur le tabac et l'alcool pour faire reculer la prévalence du tabagisme et de la consommation excessive d'alcool, une aide au sevrage tabagique sera mise en place dans le cadre du Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives pour la période 2013-2017.

En matière de santé au travail, outre l'enjeu de prévention des accidents et des maladies d'origine professionnelle pour lequel la tarification des cotisations dues par les employeurs sur une base individualisée à partir de l'historique de la sinistralité constitue un élément de réponse significatif, complétée par des actions menées auprès des entreprises, le système de réparation se doit de prendre en compte la diversité des situations rencontrées. À côté de la procédure fondée sur des tableaux décrivant les conditions pour bénéficier d'une indemnisation, il existe des procédures particulières autorisant la reconnaissance de pathologies « hors tableau ». Ces procédures se sont développées et ont permis de reconnaître 7 900 maladies en 2012 en plus des 110 000 maladies reconnues par la voie standard.

S'agissant enfin de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes handicapées et âgées, l'amélioration de la qualité des prestations passe par des efforts de diversification de l'offre de services qui répondent au souhait très largement majoritaire des personnes de demeurer à leur domicile le plus longtemps possible. La part de ces services dans l'ensemble des places en structures pour les personnes en situation de handicap a fortement progressé ces dernières années : elle atteint 18,5 % en 2012 pour les adultes et 30 % pour les enfants.

Graphique 3

Proportion de bénéficiaires de l'allocation personnalisée pour l'autonomie vivant à domicile selon le degré de dépendance, en 2011



Source : DREES.

Dans le secteur des personnes âgées, l'objectif est de faire progresser la proportion de personnes âgées dépendantes qui résident à leur domicile. En 2012, plus de 1,2 million de personnes bénéficient de l'allocation personnalisée d'autonomie - la principale prestation sociale en faveur des personnes âgées dépendantes - dont 60 % à domicile. Cette part a effectivement progressé depuis 2005 pour les personnes en dépendance moyenne et modérée (GIR 3 et 4), mais reste stable pour les personnes les plus lourdement dépendantes (GIR 1 et 2, cf. graphique 3). Mieux répondre aux aspirations des personnes lourdement dépendantes à demeurer à leur domicile constitue donc un enjeu essentiel de la réforme de la prise en charge de





la perte d'autonomie que le Gouvernement s'est engagé à mettre en œuvre avant la fin de la présente législature. C'est pourquoi le gouvernement prépare un projet de loi sur l'autonomie des personnes âgées. Le projet reposera sur trois piliers : une meilleure accessibilité des logements et de la

ville aux personnes en situation de perte d'autonomie afin de répondre à leurs besoins de mobilité ; le développement de la prévention pour favoriser un vieillissement en bonne santé ; et l'accompagnement de la perte d'autonomie.

■ ■ ■ Fournir des soins et des prestations sociales de façon efficiente

Dans le contexte des contraintes fortes qui pèsent sur les finances publiques, l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins et des prestations sociales au bénéfice des assurés ne peut être réalisée exclusivement au moyen de l'apport de ressources supplémentaires. Une partie des coûts supplémentaires induits par les progrès de la couverture sociale doit être financée au moyen d'une meilleure mobilisation des ressources existantes, grâce à une amélioration de l'efficacité des dispositifs sanitaires et sociaux.

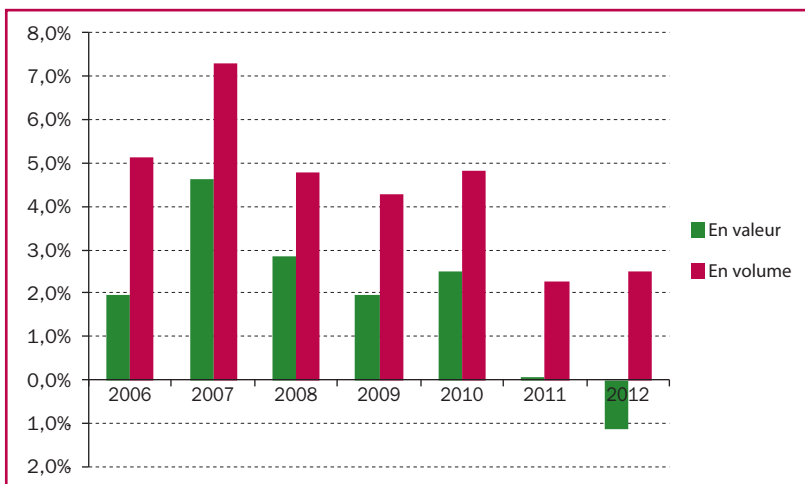
Dans le domaine de l'assurance maladie, l'État et l'assurance maladie mettent en œuvre des actions de « maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie », qui visent à améliorer l'efficacité des soins lors des actes et des prescriptions pratiqués par les professionnels de santé. Une dimension importante de ces actions est la promotion du bon usage des soins et des biens médicaux, via des incitations à des change-

ments de comportement des offreurs de soins. La maîtrise médicalisée est notamment relayée dans les relations conventionnelles entre les professionnels de santé et l'assurance maladie, au moyen de dispositions visant à réduire des écarts de consommation de soins médicalement non justifiés, et à promouvoir le respect de bonnes pratiques médicales, notamment celles faisant l'objet de recommandations de la Haute autorité de santé.

En 2012, les économies induites par la maîtrise médicalisée sont estimées par l'assurance maladie à près de 600 M€, un montant supérieur à l'objectif initial (550 M€). Les résultats ont été particulièrement satisfaisants dans le domaine du médicament et des arrêts de travail. Le taux de pénétration des médicaments génériques, progresse de manière sensible en 2012 et s'établit à 83 % après une baisse observée depuis 2009. Cette augmentation fait suite à la mise en œuvre depuis le mois de juin 2012 de mesures visant à favoriser la diffusion du médicament générique (généralisation du « tiers payant contre génériques ») avec la participation des pharmaciens d'officine dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique. La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) qui se substitue depuis 2012 au contrat d'amélioration des pratiques individuelles instauré en 2009, rend compte, au terme de sa première année, des progrès des pratiques cliniques des médecins libéraux en particulier dans le suivi des pathologies chroniques et de la prescription de médicaments.

Toutefois, la France se distingue encore comme l'un des pays de l'Union européenne dans lequel la consommation d'antibiotiques est la plus élevée, et en 2012 les réalisations en la matière n'ont pas permis d'atteindre les objectifs fixés.

Graphique 4
Évolution en valeur et en volume des dépenses remboursées de médicaments



Source : CNAMTS, calculs DSS.

Enfin, l'année 2012 a été marquée par un recul des dépenses d'indemnités journalières de maladie, (-0,9 % par rapport à 2011), qui reflète en partie la dégradation de la conjoncture économique. En matière de médicaments, la tendance d'évolution des dépenses remboursées est à la baisse depuis plusieurs années (cf. graphique 4), enregistrant même une diminution de 1,1 % en 2012.

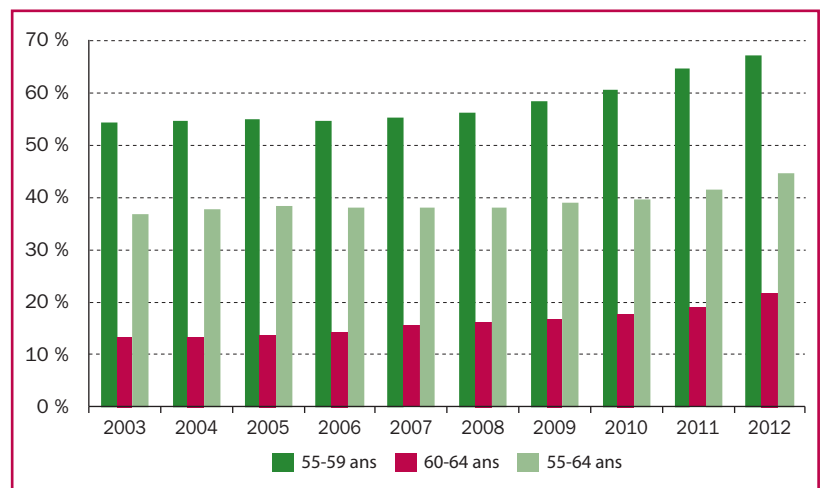
L'efficacité de la mise à disposition des prestations sociales peut également prendre des formes plus indirectes, notamment lorsque les règles d'accès à ces prestations incitent les bénéficiaires à se maintenir dans leur activité professionnelle, ce qui permet tout à la fois d'épargner de la dépense et de préserver les recettes des régimes de sécurité sociale.

La France se caractérise ainsi par un haut niveau d'emploi féminin, favorisé notamment par les efforts importants en matière de développement de l'offre de structures d'accueil des jeunes enfants. Le taux d'emploi des femmes âgées de 20 à 64 ans atteint 65 % en 2012, en léger reflux depuis 2008 en raison de la crise économique et financière, mais en hausse de près de 5 points depuis le début de la décennie, dans le prolongement de l'augmentation continue observée depuis le lendemain de la seconde guerre mondiale. Il est supérieur à la moyenne observée dans l'Union européenne (62,3 %). Ce bon résultat peut être relié à l'importance et à la diversité des efforts visant à permettre aux parents de concilier leurs responsabilités professionnelles et familiales. Ainsi la France dispose d'une capacité théorique d'accueil des enfants âgés de moins de trois ans de plus de 50 places pour 100 enfants, et grâce à la scolarisation précoce en école maternelle accueille tous les enfants âgés de 3 à 5 ans. Les parents disposent de plus d'une grande liberté de choix du mode d'accueil de leurs enfants – individuel chez une assistante maternelle ou à domicile, et collectif en crèche –, chacun des modes proposés bénéficiant d'aides dont les montants tendent à égaliser la participation financière demandée aux familles. 530 000 personnes bénéficient en outre en 2012 d'un congé de libre choix d'activité, qui leur assure un revenu en cas de congé parental. Près de 45 % des bénéficiaires de ce dispositif poursuivent leur activité professionnelle à temps partiel, ce qui réduit les risques d'éloignement durable du marché du travail.

Par ailleurs, le projet de loi pour l'égalité entre hommes et femmes actuellement en discussion au Parlement vise à accroître le niveau d'emploi des femmes via un meilleur partage des responsabilités parentales. Ainsi, le complément de libre choix d'activité (CLCA) perçu lors d'un congé parental, actuellement de 6 mois pour le premier enfant, sera augmenté de 6 mois dès lors qu'il est partagé. Pour les parents de deux enfants et plus, la prestation pourra toujours être perçue pendant trois ans, une période de six mois parmi ces trois ans étant réservée au second parent.

Au total, notre politique familiale favorise à la fois une natalité dynamique et un haut niveau d'emploi, deux éléments qui contribuent à amortir les effets négatifs du vieillissement de la population sur les comptes de la sécurité sociale.

Graphique 5
Proportion de personnes âgées de 55 à 64 ans en emploi



Source : INSEE, enquêtes Emploi, calculs DARES.

L'emploi des travailleurs âgés est également un indicateur pertinent, puisqu'une forte participation des seniors au marché du travail permet tout à la fois des recettes accrues pour les régimes de protection sociale et les comptes publics dans leur ensemble et de moindres charges pour les régimes de retraite. La France connaît une forte progression de cet indicateur depuis 2008 : au deuxième trimestre 2013, le taux d'emploi des 55-64 ans s'élève à 45,8 % après 44,5 % sur l'ensemble de l'année 2012, en augmentation de 3 points par rapport à 2011 (cf. graphique 5). Malgré une forte amélioration, le taux d'emploi des 55-64 ans reste cependant inférieur à celui de la moyenne européenne (48,9 %) même si l'écart tend à se réduire depuis 2008.



Les mesures d'élévation de l'âge de la retraite et d'augmentation de la durée d'assurance requise pour bénéficier d'une pension de retraite à taux plein contribuent à cette évolution, ainsi que la forte diminution du nombre de bénéficiaires de dispositifs publics de préretraite et de celui des chômeurs dispensés de recherche d'emploi. Ces mesures constituent des leviers pour reculer l'âge effectif de départ en retraite. Dans son projet de loi

2013, le gouvernement propose aujourd'hui d'agir sur le levier de la durée d'assurance alternative à celui de l'âge, afin de ne pas pénaliser les assurés qui ont commencé à travailler jeunes. La durée d'assurance requise pour bénéficier d'une pension de retraite à taux plein serait ainsi progressivement relevée à compter de 2020, à raison d'un trimestre toutes les trois générations.



Assurer un financement viable des prestations de sécurité sociale

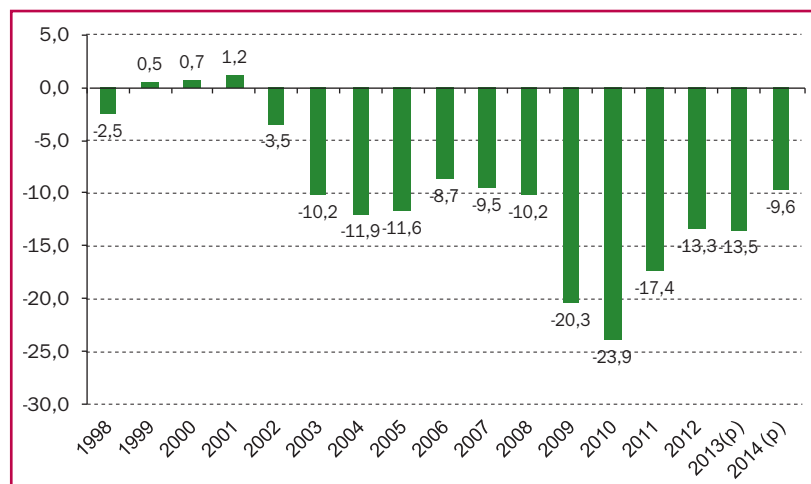
La recherche de l'équilibre à moyen terme des comptes des régimes de Sécurité Sociale est une condition du maintien d'un haut niveau de protection sociale. La crise économique et financière de 2009 s'est traduite par un creusement sans précédent du déficit du régime général, qui a atteint un niveau record de 23,9 Md€ (cf. graphique 6). Depuis, le déficit du régime général s'est réduit sous l'effet notamment des efforts en recettes et en maîtrise des dépenses d'assurance maladie réalisés chaque année. Avant prise en compte des mesures nouvelles du PLF et du PLFSS pour 2014, ce déficit attendrait 17,8 Md€ en 2014 (22,4 Md€ pour l'ensemble des régimes de base et des fonds).

Les mesures proposées dans le cadre du PLF et du PLFSS pour 2014 permettront de ramener le déficit du régime général à 9,6 Md€ en 2014. Elles re-

posent sur un effort d'économie de près de 4 Md€ résultant de l'impact à court terme des réformes structurelles engagées dans les domaines de la retraite (report de six mois de la revalorisation des pensions) et de la politique familiale (modulation de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant en fonction du revenu, suppression de la majoration du CLCA), de la poursuite de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie et des économies de coûts de gestion des caisses de sécurité sociale. Sur le champ des recettes, la sécurité sociale bénéficiera notamment en 2014 de la rétrocession des gains liés à l'abaissement du plafond du quotient familial (1 Md€), du rendement de l'assujettissement à l'impôt sur le revenu des abondements des employeurs sur les contrats de couverture complémentaire santé (1 Md€) et de la hausse de 0,3 point des cotisations retraite dans le cadre de la réforme des retraites. Sera reversé en outre un montant équivalent à la perte de recettes liée à la diminution de 0,15 point de la baisse du taux de cotisation famille pour compenser la hausse de la cotisation retraite employeur.

Enfin, pour atteindre la cible de déficit public sous la barre des 3 % du PIB en 2015, le gouvernement entend consolider l'objectif de retour à l'équilibre des comptes publics d'ici à 2017, et particulièrement des comptes des administrations de sécurité sociale (hors CADES et FRR). La réforme des retraites, celle de la politique familiale et la stratégie nationale de santé, réformes structurelles engagées en 2013, devraient permettre de maintenir un haut niveau de protection sociale tout en garantissant la viabilité financière à moyen et long terme du système de protection sociale. Ces réformes permettraient ainsi de ramener le déficit du régime général à environ 2 Md€ en 2017.

Graphique 6
Évolution du solde du régime général (en Md€ courants)



Source: CCSS.