



Ministère de la Santé et des Solidarités

*Ministère délégué à la Sécurité sociale,
aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille*

Conseil des ministres du 12 octobre 2005

Présentation du PLFSS 2006

Contacts presse :

- Cabinet de Xavier Bertrand : Hélène Monard , Muriel Hoyaux tél. : 01 40 56 40 14
- Cabinet de Philippe Bas : Juliette Lafont tél. : 01 40 56 70 46

Sommaire

I) Cadre général du projet de loi de financement pour 2006

Fiche n°1 : Poursuivre le redressement des comptes et maintenir un haut niveau de protection sociale

Fiche n°2 : Les comptes prévisionnels du régime général en 2006

II) Mesures relatives à l'Assurance Maladie

Fiche n°3 : Bilan de la mise en œuvre de la réforme de l'Assurance Maladie en 2005

Fiche n°4 : Les prochaines étapes de mise en œuvre de la réforme de l'Assurance Maladie

Fiche n°5 : Mesures relatives aux produits de santé

Fiche n°6 : Favoriser le retour à l'emploi : prolongement des prestations en espèces (droit aux indemnités journalières et pensions d'invalidité)

Fiche n°7 : Améliorer l'organisation des soins

Fiche n°8 : Mesures relatives aux établissements de santé

Fiche n°9 : Relever le défi de la longévité : une meilleure prise en charge des personnes âgées

Fiche n°10 : Réussir l'intégration des personnes handicapées

Fiche n°11 : Transfert du financement des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD) et des lits halte soins santé

Fiche n°12 : Fonds d'indemnisation pour les personnes contaminées par le VIH par voie transfusionnelle

Fiche n°13 : Financement de la CMU complémentaire et développement de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire

Fiche n°14 : Instauration d'une participation plafonnée à 18€ pour les interventions médicales lourdes

Fiche n°15 : Poursuite de la hausse du forfait journalier hospitalier décidée en 2004

Fiche n°16 : Obligation d'information en matière de promotion et de publicité alimentaire

Fiche n° 17 : Dotation Biotox et grippe aviaire

III) Mesures relatives à l'assurance vieillesse

Fiche n°18 : Intégration du régime vieillesse des cultes au régime général

Fiche n°19 : Conditions de service des prestations du minimum vieillesse

Fiche n°20 : Réforme des régimes d'avantage social vieillesse

IV) Mesures relatives à la branche famille

Fiche n°21 : Création d'un congé parental plus court et mieux rémunéré

Fiche n°22 : La rénovation du congé et de l'allocation de présence parentale

Fiche n°23 : Report de la mise en œuvre de certaines dispositions de la PAJE

V) Mesures relatives à la lutte contre les abus et les fraudes et au renforcement de la lutte contre le travail dissimulé

Fiche n°24 : Approfondir la lutte contre les abus et les fraudes à la sécurité sociale

Fiche n°25 : Renforcer les moyens de lutte contre le travail dissimulé

VI) Mesures de recettes

Fiche n°26 : Anticipation de l'assujettissement aux prélèvements sociaux des intérêts des PEL de plus de 10 ans

Fiche n°27 : Aménagement de l'assujettissement des indemnités de rupture

Fiche n°28 : Autres mesures de recettes réglementaires dont l'impact figure dans les chiffrages du PLFSS

Fiche n°29 : Approbation du montant de la compensation des exonérations

VI) Mesures relatives à l'assiette des cotisations

Fiche n°30 : Suppression de l'abattement de 30% de cotisations patronales créé en 1992 pour les salariés à temps partiel

Fiche n°31 : Mesures de consolidation de l'assiette des cotisations et contributions sociales

Fiche n°32 : Elargissement de l'assiette de la Contribution Sociale de Solidarité des Sociétés (C3S) dans le secteur public

***I) Cadre général du projet de loi de financement de
la sécurité sociale pour 2006***

Fiche 1

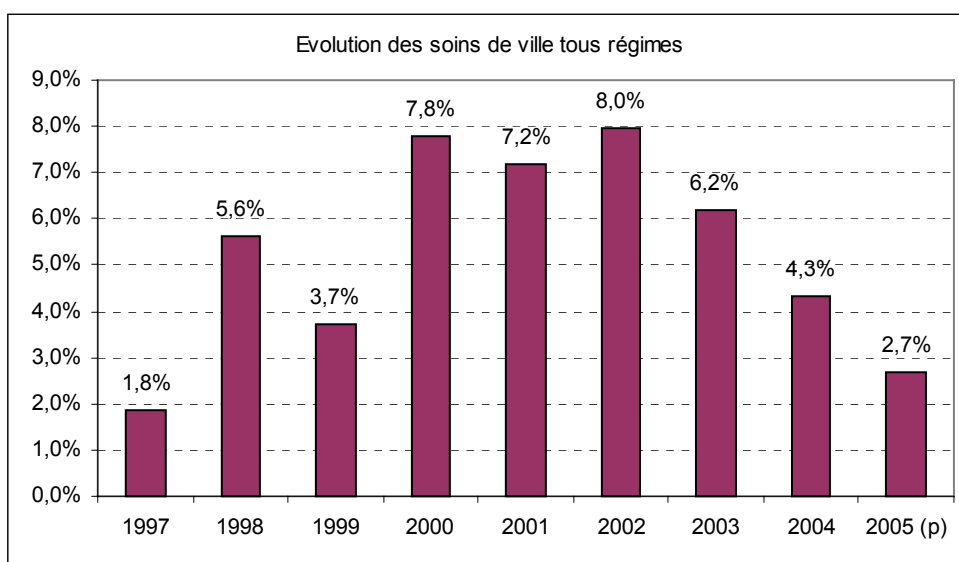
Poursuivre le redressement des comptes et maintenir un haut niveau de protection sociale

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2006 s'inscrit dans un contexte particulier. Il s'agit en effet du premier projet de loi présenté dans le nouveau format issu de la loi organique du 2 août 2005, rénovant en profondeur le contenu des lois de financement de la sécurité sociale. Il intervient également à la suite de réformes prises pour assurer la pérennité de deux branches de notre système de sécurité sociale : la réforme des retraites avec la loi du 21 août 2003, et la réforme de l'Assurance Maladie avec la loi du 13 août 2004.

Un an après l'entrée en vigueur de la loi du 13 août 2004, la réforme de l'Assurance Maladie commence à produire ses effets. Alors que les prévisions tablaient avant la réforme sur un déficit de 16 Mds € en 2005, il sera réduit à 8,3 Mds€. Pour la première fois depuis des années, l'objectif de dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) fixé par la loi de financement sera respecté en 2005, grâce, en particulier, à un infléchissement important de la progression des dépenses de soins de ville. Sur certains postes, comme les indemnités journalières, l'inflexion est sans précédent, puisque ces dépenses, après avoir enregistré des rythmes de progression de plus de 10 % en 2003 baissent de 2.6% en 2005.

Ces résultats traduisent en partie la véritable évolution des comportements, qui permettra un retour vers l'équilibre. Les Français ont pris conscience de cette nécessité, comme en témoigne l'adhésion dont ils ont fait preuve envers l'un des dispositifs centraux de la réforme, le parcours de soins coordonné.

Le passage par le médecin traitant constitue un changement important dans les comportements et dans la gestion du système de soins : il garantit l'orientation personnalisée du patient et permet d'éviter les actes inutiles et redondants, grâce à une information médicale mieux partagée et mieux organisée. Aujourd'hui, près de 32 millions d'assurés ont choisi leur médecin traitant, soit plus des deux tiers des assurés. Les généralistes s'impliquent également activement dans le dispositif, puisque plus de 99 % d'entre eux ont été choisis comme médecin traitant. Ces résultats témoignent également de la nouvelle impulsion donnée à la politique de gestion du risque par les caisses d'Assurance Maladie et du renouveau de la politique conventionnelle de maîtrise médicalisée.



Le PLFSS 2006 s'inscrit dans la continuité de cette réforme en confortant les principes sur lesquels elle repose : les mesures proposées font appel à la responsabilité de tous, tant des patients que des professionnels de santé, pour soigner mieux en dépensant mieux. Un effort particulier est engagé pour recentrer les dépenses de médicaments de l'Assurance Maladie sur les produits qui rendent le meilleur service au meilleur coût. Afin d'assurer le meilleur emploi des fonds de la solidarité nationale, le PLFSS comprend également plusieurs dispositions de lutte contre le travail dissimulé et contre les abus et fraudes à la sécurité sociale. L'ensemble des mesures prévues ou prises en compte par le PLFSS pour 2006 contribueront à ramener le déficit de la branche Assurance Maladie du régime général à 6,1 Md€, poursuivant ainsi le redressement de cette branche amorcé depuis 2004.

S'agissant de la branche vieillesse, le PLFSS 2006 poursuit dans la voie de la réforme mise en œuvre en 2003. La montée en charge des départs anticipés continuera en 2006. La hausse des cotisations salariales et patronales de 0,2 point décidée dans le cadre de la réforme prendra effet en 2006 et permettra de ramener le déficit de la branche vieillesse du régime général à 1,4 Md€.

Dans le domaine de la politique familiale, le PLFSS 2006 conforte le modèle français qui permet de mieux concilier vie professionnelle et familiale et qui explique la bonne tenue de notre natalité. Conformément aux annonces faites lors de la conférence de la famille, le projet de loi prévoit la création d'un congé parental optionnel, plus court et mieux rémunéré. Il assouplit également les règles du congé et de l'allocation de présence parentale.

Enfin, dans la continuité de la loi du 30 juin 2004 et de la loi du 11 février 2005, le PLFSS prévoit une accélération de l'effort de création de places en établissements médico-sociaux pour les personnes âgées et les personnes handicapées, avec un accroissement de près d'un milliard d'euros des crédits d'Assurance Maladie. Ces sommes s'ajoutent à celles apportées par la nouvelle Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

Mesures à effet sur les comptes 2006
millions d'euros

	Régime général	Tous régimes
Mesures d'économies sur les dépenses d'Assurance Maladie	3 968	4 708
Mesures sur les produits de santé	1 751	2 085
Mesures sur les établissements de santé	958	1 140
Revalorisation du forfait journalier hospitalier	84	100
Maîtrise médicalisée	748	890
Lutte contre les fraudes	126	150
Participation plafonnée à 18€ sur les actes au-delà de 91 €	84	100
Autres mesures (biologie, indemnités journalières)	80	95
Revalorisation du forfait CMU	138	148

Mesures nouvelles 2006 sur les dépenses des autres branches	79	66
Réforme des conditions d'octroi de l'allocation de présence parentale	21	21
Nouveau complément de libre choix d'activité	35	35
Intégration du régime de retraite des cultes au régime général	23	10

Mesures nouvelles 2006 sur les recettes	2 677	2 741
Mesures législatives	1 011	1 011
Taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques	300	300
Prélèvement sur les Plans d'Epargne Logement	717	717
Réaffectation de droits tabacs vers le fonds CMU	-178	-178
Autres recettes	172	172
Autres Mesures	1 330	1 330
Augmentation de 0,2 point du taux des cotisations vieillesse (assiette plafonnée)	740	740
Augmentation de 0,1 point du taux des cotisations Accidents du Travail- Maladie Professionnelle (assiette déplafonnée)	400	400
Effet de la hausse de 0,2 point des cotisations retraite sur la prise en charge des cotisations des chômeurs par le Fonds Solidarité Vieillesse	90	90
Amélioration du recouvrement et lutte contre le travail dissimulé	100	100
Clause de sauvegarde pharmaceutique 2006	336	400

Soldes PLFSS 2006	-8 893	-10 096
--------------------------	---------------	----------------

Fiche 2

Les comptes prévisionnels du régime général en 2006

- Les comptes du régime général se rétablissent significativement en 2006

Evolution des comptes du régime général 2003-2006

(en Milliards d'euros)	2004	2005	2006 ¹	%
Maladie	-11,6	-8,3	-6,1	
Accidents du travail	-0,2	-0,5	-0,2	
Vieillesse	0,3	-2,0	-1,4	
Famille	-0,4	-1,1	-1,2	
Total Régime Général	-11,9	-11,9	-8,9	

- **Entre 2004 et 2005**, le déficit de l'ensemble des comptes du régime général reste stationnaire malgré le redressement important de celui de l'Assurance Maladie. D'une façon générale, la situation financière de la Sécurité sociale pâtit en 2005 du ralentissement de la croissance de la masse salariale, qui se traduit par un manque de recettes de 1,2 Md€ par rapport aux prévisions initiales. La **réduction du déficit de l'Assurance Maladie**, due aux premiers effets de la mise en œuvre de la réforme (cf. fiche suivante), marque une rupture importante avec le phénomène de creusement du déficit que connaissait cette branche jusqu'en 2004 ; mais elle ne suffit pas à compenser les soldes négatifs enregistrés par les autres branches.

La **branche famille**, après avoir enregistré en 2004 un déficit de 400 M€, voit celui-ci atteindre 1,1 Md€ en 2005, du fait du dynamisme plus rapide que prévu de trois catégories de prestations : les aides au logement, les prestations d'action sociale et surtout la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE). L'**assurance vieillesse** voit son déficit se creuser en 2005 à 2 Md€, en raison notamment de la montée en charge de la mesure permettant les départs anticipés à la retraite.

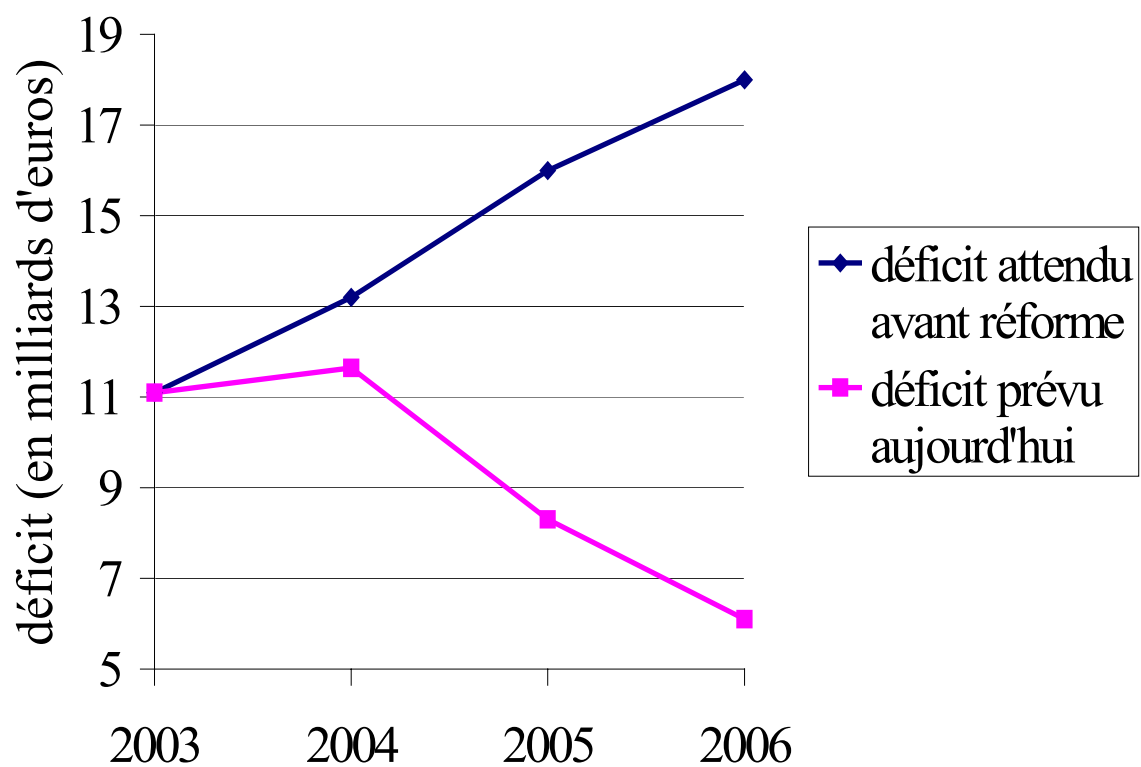
- **Pour 2006**, la poursuite de la mise en œuvre de la réforme de l'Assurance Maladie et les mesures de rééquilibrage prises pour les branches accidents du travail et vieillesse² permettent de **réduire le déficit de l'ensemble du régime général à – 8,9 Md€**.

C'est la branche maladie qui contribue le plus significativement à ce redressement, son déficit passant de – 8,3 Md€ en 2005 à – 6,1 Md€ en 2006, et ce alors même que, par rapport aux prévisions de masse salariale retenues lors de l'élaboration du plan de redressement instauré par la loi du 13 août 2004, elle enregistre une perte de recettes de l'ordre de 900 M€.

¹ Ces prévisions prennent en compte l'impact des mesures des projets de loi de finances pour 2005

² Pour cette dernière, le relèvement de la cotisation de 0,2 point était prévu dans le cadre de la réforme des retraites – cf fiche sur la mise en œuvre de la réforme des retraites.

Déficit de l'Assurance Maladie (Régime Général)



II) Les mesures relatives à l'Assurance Maladie

Fiche 3

Bilan de la mise en œuvre de la réforme de l'Assurance Maladie en 2005

1. Le parcours de soins coordonné est entré en vigueur

Le parcours de soins coordonné autour du médecin traitant, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2005, constitue l'un des axes majeurs de la réforme de l'Assurance Maladie instaurée par la loi du 13 août 2004.

A ce jour, **près de 32 millions de Français** – soit les deux tiers des assurés – ont d'ores et déjà retourné leur formulaire de choix du médecin traitant. Ce chiffre doit être rapporté à la proportion d'assurés consultant au moins une fois leur médecin dans l'année, soit 80 %.

Dans plus de 99% des cas, le médecin traitant choisi est un généraliste. Les Français démontrent ainsi leur adhésion à un dispositif dans lequel les médecins s'impliquent également activement, puisque 99% des généralistes ont été acceptés au moins une fois comme médecin traitant.

Ce dispositif poursuit plusieurs objectifs. Il vise tout d'abord à améliorer la qualité des soins, en garantissant l'orientation personnalisée, efficace et rapide, du patient dans le système de soins et en améliorant la coordination entre tous les professionnels de santé. La qualité et la continuité des soins, de même que la prévention sont ainsi favorisées : le médecin traitant est l'interlocuteur médical pivot de ses patients, celui qui connaît leur histoire médicale et qui est le mieux à même de les conseiller et de les orienter. A ce titre, l'institution du médecin traitant s'inscrit dans la même logique que celle du dossier médical personnel (DMP) – *cf. fiche suivante*.

L'institution du parcours de soins coordonné a aussi pour objectif d'éviter les actes inutiles et redondants, grâce à une information médicale mieux organisée et à une meilleure coordination des soins nécessités par l'état des patients.

2. Le bilan de la maîtrise médicalisée

➤ **L'objectif de dépenses de soins de ville est en ligne avec l'objectif voté par le Parlement**

L'exercice 2005 se traduit par un net infléchissement de l'évolution des dépenses de soins de ville. **Pour la première fois depuis des années, l'objectif de dépenses de soins de ville fixé par la loi de financement devrait être respecté.** Alors que ces dépenses progressaient jusqu'en 2003 sur des rythmes de 6 à 7 %, leur croissance n'est que de 1,9 % pour les huit premiers mois de l'année 2005 par rapport à la même période en 2004, et ce alors même que le début de l'année 2005 a été marqué par une forte épidémie de grippe hivernale.

L'inflexion est particulièrement nette pour les actes médicaux, ainsi que pour les indemnités journalières prises en charge par l'Assurance Maladie dont le montant global diminue de 2,6 % sur les huit premiers mois.

Ces résultats témoignent de **l'évolution des comportements**, des professionnels de santé comme des patients, et de la nouvelle impulsion donnée à la politique de gestion du risque par les caisses d'Assurance Maladie. Ils démontrent le renouveau de la politique conventionnelle de maîtrise médicalisée, mise en œuvre par la convention médicale du 12 janvier 2005.

➤ **La maîtrise médicalisée dans le cadre de la convention médicale : une montée en charge qui se poursuit**

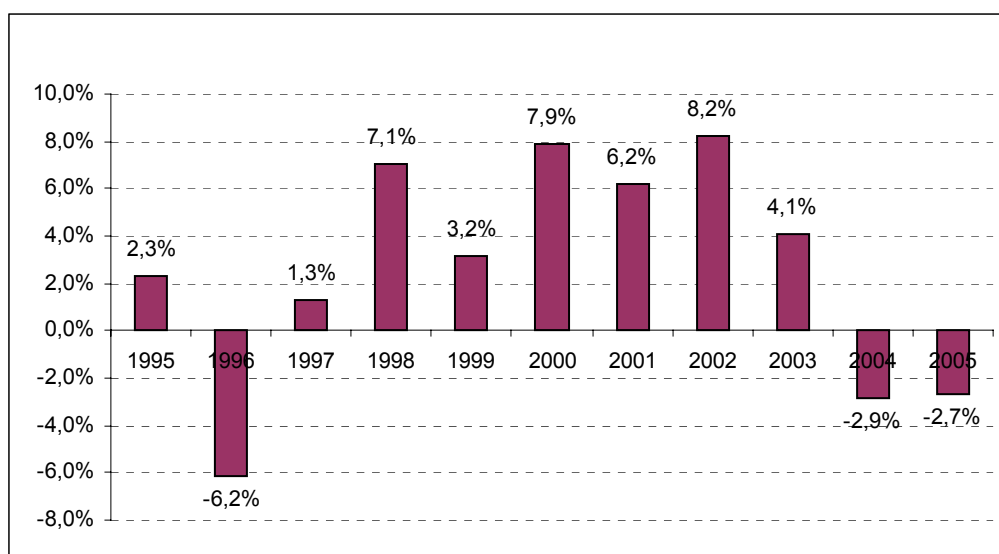
La convention a défini six objectifs prioritaires de maîtrise :

- réduire la consommation de certains médicaments nettement plus prescrits en France que dans d'autres pays comparables : statines, antibiotiques, psychotropes ;
- respecter les règles de prise en charge par l'Assurance Maladie et notamment l'ordonnancier bizonne permettant de distinguer les prescriptions qui bénéficient du traitement d'une affection de longue durée (ALD) et doivent, à ce titre, être remboursés à 100 %, de celles qui relèvent du taux de prise en charge de droit commun ;
- réduire le coût pour l'Assurance Maladie des prescriptions de médicaments, à service médical rendu équivalent : c'est l'objectif de progression de la part des génériques ;
- réduire les arrêts de travail injustifiés.

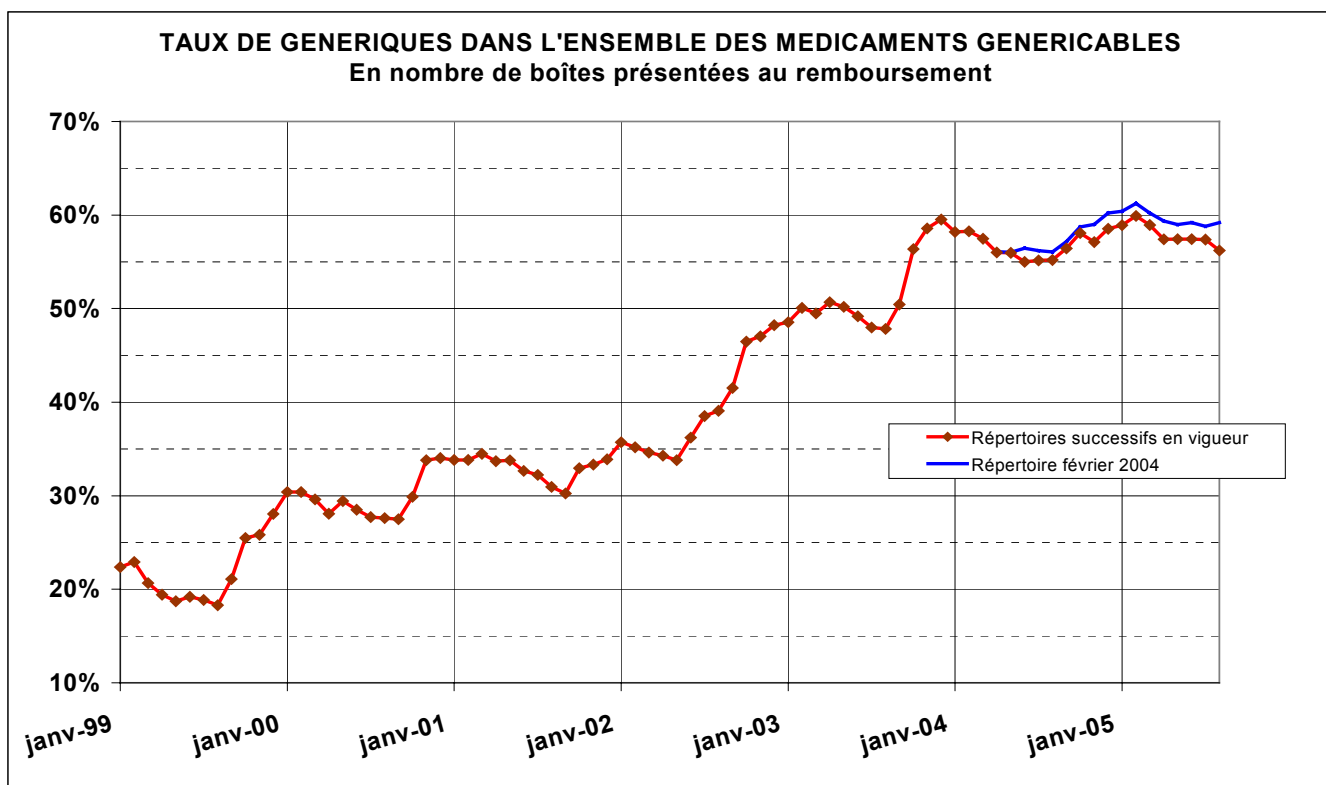
Au vu du bilan établi début octobre :

- Le montant des indemnités journalières prises en charge par l'Assurance Maladie, qui a augmenté de 10,9% en 2002 et 6,6% en 2003, diminue de 2,6 % par rapport à l'année précédente (et de 5,2% en nombre), dégageant une économie de 500 M€ pour tous les régimes.

Evolution des indemnités journalières en volume



- Le volume de psychotropes remboursé sur les huit premiers mois de l'année diminue d'environ 3% et le nombre de boîtes remboursées de 0,5 % ;
- L'objectif de respect de l'ordonnancier bizonal pour les personnes en ALD commence à produire ses effets : pour les personnes en ALD le ratio entre des dépenses prises en charge à 100% (au titre de l'ALD) et l'ensemble de dépenses remboursées se stabilise.
- La part des génériques prescrits dans le répertoire, qui a pratiquement doublé en 3 ans plafonne en revanche autour de 60 % – ce qui justifie une accentuation de l'effort portant sur les médicaments.



3. Toutes les institutions de la nouvelle gouvernance sont installées

La mise en place de l'**Union nationale des caisses d'Assurance Maladie (UNCAM)** a permis d'instaurer une coopération renforcée entre les trois régimes d'Assurance Maladie, à qui sont confiées des compétences élargies en matière de fixation des taux de remboursement et d'inscription des actes et prestations au remboursement. Parallèlement, le **partenariat entre l'Assurance Maladie et les professionnels de santé a été rénové, débouchant sur la conclusion d'une convention médicale**, qui définit le rôle du médecin traitant et les modalités du parcours de soins coordonnés et qui comporte des engagements concrets de la part des médecins en matière de maîtrise médicalisée et de volumes de prescription.

Les structures fédérant les partenaires de l'Assurance Maladie ont également été mises en place, qu'il s'agisse de l'**Union nationale des professionnels de santé (UNPS)** ou de l'**Union nationale des organismes d'Assurance Maladie complémentaire (UNOC)**, qui associe la Mutualité Française (FNMF), la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) et le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP).

Enfin, l'installation de la **Haute Autorité de Santé (HAS)** a constitué une étape importante de la nouvelle gouvernance du système de santé. Cette instance indépendante d'expertise et de décision est chargée d'évaluer l'utilité médicale des actes et des produits de santé, d'élaborer et de diffuser les référentiels de bonne pratique et de bon usage des soins, d'établir et de mettre en œuvre les procédures d'évaluation des pratiques professionnelles et de certification des établissements de santé.

Les **missions régionales de santé (MRS)** constituées entre les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les unions régionales des caisses d'Assurance Maladie (URCAM) ont également été mises en place pour exercer les compétences conjointes à ces deux organismes en matière de répartition territoriale des professionnels de santé, d'organisation du dispositif de permanence des soins, de développement des réseaux et de gestion du risque dans les domaines communs aux soins ambulatoires et hospitaliers. La démarche de rapprochement entre les ARH et les URCAM sera complétée par la création à l'automne, à titre expérimental, d'**agences régionales de santé (ARS)** qui fédéreront totalement les deux organismes.

Fiche 4

Les prochaines étapes de mise en œuvre de la réforme de l'Assurance Maladie

L'année 2006 marquera la dernière étape de la mise en place de la réforme de l'Assurance Maladie et parachèvera la nouvelle organisation de notre système de santé, autour du médecin traitant.

1. La mise en place de la majoration de participation pour les assurés qui ne passent pas par leur médecin traitant

L'article 7 de la loi de réforme de l'Assurance Maladie prévoit que les personnes qui consultent un médecin sans être passées par leur médecin traitant sont moins bien remboursées par l'Assurance Maladie.

A partir du 1^{er} janvier 2006, à l'exception d'un certain nombre de situations particulières (les ALD, les accès directs à certaines spécialités, comme aux jeunes médecins nouvellement installés)le remboursement par l'Assurance Maladie sera réduit dans une fourchette comprise entre 7,5% et 12,5% pour les assurés qui ne respectent pas le parcours coordonné de soins. Le taux de majoration de ce « ticket modérateur » sera fixé prochainement par l'UNCAM.

2. La mise en place des contrats responsables entre les assurances complémentaires et les patients

Les contrats responsables, qui seront mis en place à compter du 1^{er} janvier 2006, visent à inciter le patient à respecter le parcours de soins. A ce titre, ils doivent comporter des garanties de bonne prise en charge des prestations et prescriptions réalisées dans le cadre du parcours de soins.

Ainsi, les consultations du médecin traitant doivent être prises en charge par les organismes complémentaires afin d'assurer un remboursement à 100% du tarif de la sécurité sociale. Il en est de même des consultations réalisées par un médecin auquel le patient a été adressé par le médecin traitant.

Les médicaments à vignette blanche (remboursés par l'Assurance Maladie à 65%) et les actes de biologie prescrits dans le cadre du parcours de soins devront être remboursés à 95% au moins du tarif de la Sécurité sociale.

Les contrats responsables doivent également prendre en charge intégralement certaines prestations de prévention, considérées comme prioritaires, qui seront définies après consultation de la Haute Autorité de Santé.

En revanche, les dépassements que peuvent pratiquer les médecins spécialistes lorsqu'ils sont consultés directement, sans passer par le médecin traitant, ne seront pas pris en charge par les organismes complémentaires et resteront à la charge du patient, dans la limite de 7 euros par consultation.

Les contrats responsables ne prendront pas en charge la majoration de ticket modérateur payée par l'assuré, lorsque ce dernier consulte sans être passé par son médecin traitant.

3. La mise en place des nouveaux protocoles de soins

Le nouveau protocole de soins, destinés aux personnes atteintes d'une affection de longue durée, élaboré par le médecin traitant et validé par le médecin conseil, sera signé par le patient. Il définira précisément les soins et traitements nécessités par la pathologie du patient et en particulier ceux qui bénéficient d'une prise en charge à 100%.

Ce nouveau protocole permettra de mieux distinguer les traitements liés à l'affection de longue durée de ceux qui n'en relèvent pas et permettra donc une prise en charge plus juste des soins pour les personnes atteintes des pathologies les plus lourdes.

La Haute Autorité de Santé achève actuellement l'élaboration des premiers référentiels. Après une large concertation avec les acteurs concernés, le nouveau protocole sera disponible dans les prochaines semaines.

4. Le lancement de la phase opérationnelle du dossier médical personnel (DMP)

Le dossier médical personnel est conçu pour améliorer la qualité des soins et l'efficacité du système de santé par le regroupement des informations qui proviennent soit des structures hospitalières soit de la médecine de ville.

Il permettra une meilleure diffusion de l'information et de la connaissance médicale tout en garantissant le respect des droits de la personne et la confidentialité des données médicales. Il permettra également ainsi d'éviter certains accidents thérapeutiques liés notamment à des prescriptions contradictoires. Il est aussi destiné à éviter les actes redondants et inutiles, coûteux pour l'Assurance Maladie.

Le dossier médical personnel est entré dans une phase opérationnelle de mise en œuvre. Le GIP chargé de mettre en place les premières expérimentations a été installé en avril 2005.

En juillet, un appel d'offres a été lancé sur la base d'un cahier des charges fixant en particulier les conditions d'interopérabilité et de sécurité. Cet appel d'offres donnera lieu à une première phase d'expérimentations, qui portera sur la mise en place de 30 000 DMP cet automne

Un second appel d'offres sera élaboré mi-2006 à partir des résultats de la phase d'expérimentation. Ce second appel d'offres permettra le lancement d'une étape de pré généralisation portant sur trois millions de DMP. Ce déploiement est prévu pour le deuxième semestre 2006. Au terme de cette deuxième étape, la généralisation à

l'ensemble de la population sera engagée en 2007, conformément aux engagements pris dans le cadre de la loi du 13 Août 2004 portant réforme de l'Assurance Maladie.

Fiche 5

Mesures relatives aux produits de santé

Chaque année, l'Assurance Maladie dépense près d'un milliard d'euros de plus pour le remboursement de nouveaux médicaments, notamment pour des traitements très onéreux, qui permettent d'améliorer l'espérance et la qualité de vie de patients atteints de cancer, de diabète, de polyarthrites-rhumatoïdes ou de maladies orphelines.

Dans le même temps, la dépense d'Assurance Maladie consacrée au médicament doit être constamment adaptée pour veiller à ce qu'elle rende le meilleur service thérapeutique au meilleur coût.

Cette dépense a continué à progresser fortement en 2004 et 2005 (+6% et +5 % respectivement prévu actuellement).

Trois axes guident la politique du médicament dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006.

1. La prise en charge du médicament à son juste prix

Cet objectif sera poursuivi à travers :

- la mise en cohérence des prix des médicaments génériques en France avec les prix européens par une baisse de 13% des prix du répertoire du générique ;
- la poursuite de l'incitation à la substitution avec une date butoir de 24 mois pour le remboursement par l'Assurance Maladie sur la base du prix du générique
- la poursuite du plan sur les produits de santé avec notamment la montée en charge des nouveaux conditionnements de trois mois, la baisse de prix de certaines spécialités que le progrès permet de produire à meilleur coût et la consolidation du système conventionnel avec le CEPS pour le médicament à l'hôpital.

Le développement des médicaments génériques représente un axe privilégié de la réforme de l'Assurance Maladie. La politique de substitution volontaire menée de concert avec les professionnels de santé – pharmaciens et médecins – a déjà permis de diffuser considérablement l'usage des médicaments génériques et de généraliser leur emploi auprès du grand public. En trois ans, la part des médicaments génériques dans les prescriptions est ainsi passée de 30 à 60 %. 89% des Français se déclarent aujourd'hui favorables aux médicaments génériques.

Il est nécessaire d'accentuer cet effort. A cette fin, l'Assurance Maladie harmonisera les prix du générique sur ceux pratiqués en Europe et privilégiera le prix du générique (tarif forfaitaire de responsabilité) comme base de son remboursement.

2. La prise en charge des médicaments dont la Haute Autorité de Santé a jugé le service médical rendu insuffisant

156 médicaments seront retirés du remboursement à partir du 1^{er} mars 2006.

62 autres, appartenant à la classe des veinotoniques, verront leur prise en charge ramenée de façon temporaire à 15%, jusqu'au début de 2008.

Parallèlement, afin de favoriser la prise en charge du médicament à son juste prix, une baisse de 20% sera appliquée au tarif de ces produits. Elle bénéficiera aux patients, à l'Assurance Maladie obligatoire et aux assureurs complémentaires. Ces derniers seront libres de prendre en charge ces traitements au-delà du taux de 15 % ou non, dans la logique des contrats responsables que peuvent dès à présent proposer les assureurs complémentaires.

3. L'aménagement des contributions de l'industrie pharmaceutique à la modération des dépenses d'Assurance Maladie

Deux mesures sont proposées :

- Une augmentation exceptionnelle de la taxe sur le chiffre d'affaires de médicaments remboursables, dont le taux sera porté à titre exceptionnel de 0,6% à 1,96% en 2006, pour un rendement attendu de 300 M€.
- l'élargissement des accords conventionnels prix-volumes (clause de sauvegarde) passés entre les industriels et le comité économique des produits de santé (CEPS) : ces accords se fondent sur l'engagement des industriels sur un volume déterminé de ventes de médicaments, qui, s'il n'est pas respecté, se traduit par un reversement du chiffre d'affaires excédentaire de 70% à l'assurance maladie (ACCOSS) .

Fiche n° 6

Favoriser le retour à l'emploi par le prolongement des prestations en espèce (droits à indemnités journalières et pensions d'invalidité)

Afin de favoriser le retour à l'emploi, le Gouvernement souhaite éviter une rupture dans les droits aux indemnités journalières pour les chômeurs qui reprennent une activité.

Les chômeurs indemnisés par l'assurance chômage ou le régime de solidarité bénéficient, pendant toute la durée de leur indemnisation, du maintien de leurs droits, correspondant notamment aux indemnités journalières maladie et maternité.

Lors de la reprise d'activité, cette couverture s'interrompt. Les chômeurs ayant repris récemment un emploi doivent alors attendre d'avoir reconstitué leurs droits à indemnités journalières pour en bénéficier.

Afin d'éviter cette rupture, il est proposé que les demandeurs d'emploi reprenant une activité puissent conserver pendant trois mois les droits à indemnités journalières dont ils disposaient au titre de leur régime chômage. Dès lors, ils ne seront plus privés d'indemnisation maladie ou maternité en cas d'arrêt de travail survenant seulement quelques semaines après leur reprise d'activité.

Fiche 7

Améliorer l'organisation des soins (art. 27, 29 et 39)

1. Anticiper les évolutions de la démographie des professions de santé pour assurer un meilleur équilibre sur le territoire

Le nombre de professionnels de santé, qui n'a jamais été aussi élevé en France, va se réduire au cours des prochaines années : le nombre des médecins devrait diminuer de 9,4% d'ici 2025, et la densité de 15%.

L'offre de soins montre en revanche de fortes disparités régionales :

A partir d'une moyenne de 339 médecins pour 100.000 habitants, on compte 256 médecins pour 100.000 habitants en Picardie et 426 en Ile-de-France (166 omnipraticiens et 173 spécialistes). Cependant, les disparités régionales sont aujourd'hui moins importantes qu'il y a 20 ans. A titre d'exemple, la région Ile-de-France est passée d'une densité supérieure de 40% à la moyenne nationale en 1985 à une densité supérieure de 25% à la moyenne nationale seulement en 2004.

La baisse de la démographie médicale fait courir le risque d'une « désertification » de certaines parties de notre territoire et d'une régression du maillage de l'offre de soins de premier recours, qu'il s'agisse des médecins généralistes ou des infirmiers libéraux.

Face à cette situation, il est nécessaire d'anticiper par une série de dispositions incitant à une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire, ainsi :

➤ D'importantes mesures ont déjà été prises pour prévenir l'apparition de déficits sanitaires

- ***Une augmentation significative du nombre des professionnels en formation***

Le numerus clausus à l'entrée en deuxième année de médecine est passé progressivement de 4 700 en 2002 à 5 600 en 2004, puis 6 300 en 2005. Il sera porté à 7 000 en 2006.

- ***Un renforcement des moyens à la disposition des pouvoirs publics pour inciter à l'installation ou au maintien dans des zones déficitaires***

La réforme de l'Assurance Maladie (loi du 13 août 2004) a ouvert la possibilité d'un versement d'aides aux médecins qui s'installent ou qui ont déjà un cabinet dans une zone déficitaire, ainsi que la possibilité de faire varier la part des cotisations sociales prise en charge par les caisses. Ces aides doivent être négociées dans le cadre d'un avenant à la convention médicale.

La **loi sur le développement des territoires ruraux du 23 février 2005** donne aux collectivités locales la possibilité d'aider financièrement les médecins et les étudiants en stage ; elle prévoit également une exonération fiscale au titre de l'impôt sur le revenu pour les rémunérations d'astreinte, à hauteur de 60 jours par an.

Dans un cas comme dans l'autre, les aides sont réservées aux professionnels exerçant dans des zones déficitaires qui doivent être définies par les missions régionales de santé (MRS) ; la définition de ces zones, préalable à l'ouverture de la négociation conventionnelle sur les montants d'aide, est d'ores et déjà achevée dans 18 régions.

La **loi du 2 août 2005** en faveur des petites et moyennes entreprises crée le statut de collaborateur libéral pour toutes les professions de santé et permet ainsi aux jeunes professionnels de santé de commencer à exercer sans avoir à supporter les charges de l'installation.

Le **décret du 18 mai 2005** modifiant le code de déontologie des médecins donne la possibilité aux médecins d'ouvrir plus facilement un cabinet secondaire.

> le PLFSS poursuit cet effort de façon pragmatique

Le rapport remis par le professeur Berland le 18 mai dernier contient des propositions complémentaires et consensuelles.

Sur la base notamment de ce rapport, le PLFSS pour 2006 prévoit :

- **La possibilité d'une aide aux remplacements :**

Les aides conventionnelles peuvent s'adresser au professionnel qui s'installe et au professionnel déjà installé. Le remplacement, passage quasi obligé des jeunes professionnels avant l'installation, est également une période importante pour faire naître des vocations d'installation : une aide est donc prévue pour ceux qui effectuent des remplacements dans des zones déficitaires. Cette aide doit aussi permettre d'alléger la charge de travail de médecins installés dans ces zones .

- **Une aide à l'installation des jeunes médecins :**

Les patients qui consulteront un médecin récemment installé et qui n'est pas leur médecin traitant, ne verront pas leur remboursement diminuer, de manière à permettre à ces praticiens de constituer leur clientèle.

Ces mesures constituent le premier volet d'un plan en faveur de la démographie médicale que le Gouvernement présentera avant la fin de l'année 2005.

- **La possibilité de désigner conjointement comme médecin traitant les médecins membres d'un cabinet de groupe ou d'un centre de santé :**

L'objet de cette disposition est d'adapter le dispositif du médecin traitant aux modalités particulières d'exercice des cabinets de groupe et des centres de santé. Les patients pourront désormais désigner conjointement les médecins du centre ou du cabinet comme médecin traitant.

- **Le FAQSV, un outil d'intervention renforcé au plus proche du terrain :**

Il est proposé que le Fonds d'Amélioration de la Qualité des Soins de ville (FAQSV) puisse financer des projets facilitant la permanence des soins (comme les maisons médicales de garde) ou la bonne répartition des professionnels sur le territoire (par exemple par le biais des prestations de conseil pour le montage de maisons réunissant différentes catégories de professionnels). Les moyens du FAQSV sont renforcés et sa pérennité assurée dans le cadre du PLFSS pour atteindre 110 millions d'euros en 2006

2. Inciter au juste soin et faciliter l'adaptation de la nomenclature

- **Mieux orienter les patients nécessitant des soins de rééducation et de kinésithérapie**

Le pourcentage de patients qui font l'objet d'une orientation inappropriée vers les centres de rééducation fonctionnelle (CRF), alors qu'ils pourraient faire l'objet d'une prise en charge en ville, se situerait entre 10 et 15 %.

Il est donc proposé d'améliorer l'orientation du patient nécessitant des soins de masso-kinésithérapie afin qu'il ne soit traité en centre de rééducation fonctionnelle que lorsque cela s'avère nécessaire et qu'il puisse, dans le cas contraire, faire l'objet d'une prise en charge en ville. Les CRF pourront ainsi recentrer leur activité sur les patients atteints des pathologies les plus lourdes .

Cette mesure permettra une meilleure adéquation de la prise en charge du patient en matière de masso-kinésithérapie. Elle participe à la maîtrise médicalisée des dépenses d'Assurance Maladie, la prise en charge en CRF étant plus onéreuse qu'une prise en charge en ville.

Les médecins prescripteurs de soins de masso-kinésithérapie devront apprécier l'opportunité de recourir à une hospitalisation de leurs patients en fonction de recommandations établies par la Haute Autorité de Santé (HAS).

- **Elargir le pouvoir de prescription des sages-femmes**

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a élargi le champ de compétence des sages-femmes. Elles bénéficient notamment du droit de prescription d'un certain nombre de médicaments qui sera étendu aux dispositifs médicaux, afin de ne pas obliger les patients à consulter inutilement leur médecin traitant.

- **Adapter les procédures d'inscription et de hiérarchisation des actes de biologie à la nomenclature**

Dans son rapport 2005, la Cour des comptes constate la nécessité d'adapter la nomenclature des actes de biologie à l'évolution des coûts de production.

Afin de favoriser la mise en œuvre de cette recommandation, il est proposé de simplifier la procédure prévue en cas de simple adaptation de la nomenclature, en prévoyant uniquement un avis consultatif de la commission de hiérarchisation.

3. Financer les expérimentations et le déploiement du DMP

Le PLFSS prévoit que le FAQSV finance la mise en œuvre du dossier médical personnel en phase de montée en charge.

Les ressources du FAQSV sont arrêtées chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. La dotation du fonds est fixée en 2006 à 110 M€ et le plafond de dépenses à 150 M€, ce qui permettra de financer le DMP à hauteur de 90 M€ ainsi que les autres missions du fonds, par ailleurs élargies (cf. point I ci-dessus).

Fiche 8

Mesures relatives aux établissements de santé (art 28, 30 et 40)

1. Extension du dispositif de régulation appliqué aux produits de santé remboursés en ville (art. 28) aux médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus des tarifs de groupes homogènes de séjour à l'hôpital

Cet article étend aux médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus des tarifs de groupes homogènes de séjour, le dispositif de régulation appliqué aux produits de santé remboursés aux assurés sociaux en ville.

Cette régulation s'opérera par une baisse de tarif, décidée par le comité économique des produits de santé, mais l'entreprise pourra, le cas échéant, solliciter la possibilité de verser sous forme de remise à l'Assurance Maladie un montant équivalant à la perte de chiffre d'affaire annuelle qui résulterait d'une baisse de tarif.

La disposition aligne les régimes applicables aux médicaments facturés en sus et aux médicaments achetés en ville.

2. Modalités de régulation tarifaire : convergence des tarifs des cliniques privées (art. 30)

Afin de permettre aux cliniques privées anciennement financées sous objectif quantifié national de s'adapter aux effets de la tarification à l'activité, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2004 a instauré un mécanisme de convergence progressive (pour les années 2005 à 2012) reposant sur des « coefficients de transition » qui minorent ou majorent pour chaque établissement les tarifs nationaux des prestations. Lors de la campagne tarifaire 2005 des cliniques privées, il est cependant apparu que la fixation d'un coefficient de transition moyen régional ne permettait pas de garantir une convergence effective vers 1 des coefficients de transition des établissements de santé.

Le directeur de l'Agence régionale d'hospitalisation, qui est l'autorité compétente pour assurer la convergence des coefficients de transition des établissements de santé de la région, pourra disposer d'un outil garantissant la convergence de sa région, tout en ayant une marge de manœuvre supplémentaire pour adapter cette convergence à la situation des établissements de sa région (il sera possible d'accélérer la convergence des établissements sous-dotés dans la limite de la masse financière dégagée par le produit de la convergence des établissements sur-dotés).

Cette mesure devrait garantir, chaque année, une convergence réelle et soutenable des coefficients établissements sur-dotés.

3. Financement de certaines activités à 100% en tarification à l'activité (T2A)(art.. 30)

La tarification à l'activité permet de développer certaines activités et de mieux répondre ainsi aux orientations fixées dans le cadre des plans de santé publique.

Afin de permettre aux établissements de santé, antérieurement financés par dotation globale, de bénéficier pleinement de la tarification à l'activité, il convient de prévoir que ces activités pourront être exclues du dispositif transitoire de montée en charge de la réforme pour bénéficier d'un financement intégral sur la base des tarifs nationaux de prestation.

Ce mécanisme a d'ores et déjà été prévu dans la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour l'activité de prélèvement d'organes. Il est proposé de l'élargir en renvoyant le soin de fixer la liste des activités concernées à un arrêté des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale

Le financement sur la base d'une fraction du tarif et d'une dotation complémentaire constitue un frein pour le développement de nouvelles activités.

Cette mesure permettra de lever ce frein dans les établissements antérieurement financés par dotation globale de nouvelles activités, telle que l'hospitalisation à domicile, et d'obtenir ainsi plus rapidement les bénéfices pour l'Assurance Maladie en termes de coût de prise en charge des patients au regard du coût d'une prise en charge en hospitalisation complète.

Cette mesure permet en outre d'accélérer la mise en œuvre de la tarification à l'activité et donc le processus de convergence intrasectorielle.

4. Convergence des tarifs des secteurs publics et privés

L'article 17 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 prévoit que, pour les années 2005 à 2012, les tarifs nationaux d'hospitalisation sont fixés en tenant compte du processus de convergence entre les tarifs des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale (secteur public) et de ceux des établissements de santé antérieurement financés sous OQN (secteur privé). Ce processus doit être achevé, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en 2012.

Au plan méthodologique, il n'existe cependant pas actuellement de mesure scientifiquement établie des écarts de coûts qui peuvent résulter de nombreux facteurs : une spécialisation plus forte de l'activité dans les cliniques privées, les coûts salariaux liés au statut de la fonction publique, les missions de service public et d'intérêt général assurées par l'hôpital public, le caractère davantage programmé de l'activité dans les cliniques privées, le caractère plus hétérogène des populations fréquentant l'hôpital.

Il apparaît donc indispensable de conditionner l'accélération du processus de convergence tarifaire à l'objectivation des écarts tarifaires entre public et privé.

Dans ces conditions et sans revenir sur le principe d'une convergence achevée en 2012, la disposition législative ne fait plus référence à une étape intermédiaire en 2008, des travaux importants étant nécessaires pour définir une cible de convergence fondée sur des référentiels de coûts comparables et pour identifier clairement les facteurs d'écarts de coûts tenant aux contraintes du service public, telles que l'obligation de polyvalence ou de prise en charge non programmée, et définir leur mode de financement.

5. Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

Ces dispositions visent à prévenir une augmentation des dépenses de l'Assurance Maladie que provoquerait un développement non encadré de l'activité des établissements de santé aujourd'hui financée, non plus par une dotation globale de fonctionnement, mais essentiellement par des tarifs dans le cadre de la « tarification à l'activité ». L'encadrement de l'activité des établissements de santé reposera sur la fixation d'objectifs quantifiés par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé entre chaque établissement de santé et l'Agence régionale de l'hospitalisation.

Ces contrats devront être signés avec tous les établissements de santé dans un délai pouvant aller jusqu'à douze mois après la publication des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). En complément, un dispositif transitoire est instauré pour la période qui sépare la publication du SROS de la signature du contrat en maintenant la référence aux capacités autorisées.

Sans cadrage du volume de l'activité, l'organisation des soins et notamment la répartition territoriale de l'offre seraient remises en question. La concentration de certaines activités sur certains établissements se traduiraient parallèlement par une désertification d'autres territoires, avec des effets d'appel mal maîtrisables du fait de la démographie médicale.

En introduisant un lien explicite entre le schéma régional d'organisation sanitaire, l'autorisation et le contrat, la disposition législative proposée renforce la cohérence globale du dispositif mis en place par l'ordonnance du 4 septembre 2003 et permet aux agences régionales de l'hospitalisation de jouer leur rôle de pilote dans l'organisation sanitaire des territoires de santé.

6. Dotation du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés – FMESPP (art. 40)

Dès 1998, la recomposition du tissu hospitalier avait justifié la mise en place d'un dispositif exceptionnel de financement des établissements de santé, distinct des crédits versés par les caisses d'Assurance Maladie et comptabilisé en dehors de l'ONDAM sous la forme d'un fonds : le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

Ce fonds a financé dès son origine des mesures d'accompagnement social des opérations liées à la modernisation des établissements de santé, favorisant notamment la mobilité et l'adaptation des personnels. Ses missions ont été progressivement élargies puisqu'il participe au financement de certaines dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé, en particulier dans le cadre du plan « Hôpital 2007 ».

Pour 2006, les besoins de financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) ont été fixés à 327 millions d'euros.

Ils intègrent un volet consacré à la formation et à la reconversion du personnel des établissements de santé, la montée en puissance du dispositif d'accompagnement des réformes hospitalières annoncé par le ministre chargé de la Santé le 26 mai 2005 et celle du plan « Psychiatrie et santé mentale » annoncé le 4 février 2005, notamment ses volets « investissement » et « formation des soignants ».

Le volet investissement du plan « hôpital 2007 » sera financé par le FMESPP pour 2006 à hauteur de 100 millions d'euros, la charge d'amortissement et les frais financiers afférents à un recours accru à l'emprunt étant compensés par les dotations directes de l'Assurance Maladie.

Fiche 9

Relever le défi de la longévité : une meilleure prise en charge des personnes âgées (art. 31 –32 – 34)

Les crédits consacrés au secteur des personnes âgées (ONDAM et crédits CNSA) seront en augmentation de 13,42% en 2006.

Cet effort illustre la volonté du Gouvernement d'investir fortement pour préparer l'avenir et répondre aux besoins de nos aînés.

Comme les autres pays industrialisés, la France connaît un fort accroissement de la longévité. Chaque année, l'espérance de vie gagne un trimestre.

Les pouvoirs publics prennent la mesure de cette révolution des âges de la vie.

- Ils doivent d'abord favoriser la participation active des retraités à la vie économique et sociale, valoriser leur rôle, leur expérience et leur savoir-faire, promouvoir la solidarité entre les générations, développer une politique active de prévention du vieillissement et du « bien vieillir ».
- Pour les plus âgés de nos concitoyens, il faut aussi préserver le libre choix du mode de vie : garantir une organisation cohérente des modalités de prise en charge et permettre à chacun de financer, le moment venu, les besoins d'aide et d'accompagnement qui peuvent se manifester du fait d'une perte d'autonomie.

Deux actions ont déjà été initiées :

- **Le plan « Vieillesse et solidarités »** couvrant la période 2004–2007 prévoit l'amélioration de tous les modes de prise en charge des personnes âgées, avec notamment la création de 10.000 places en établissement et 17.000 places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ;
- **Le plan « Alzheimer »**, qui vise à soutenir les personnes vulnérables atteintes de maladies dégénératives et leur famille. Dix objectifs permettent d'améliorer la qualité de vie des malades et de leurs proches, du diagnostic précoce au développement des études et de la recherche clinique. Le plan prévoit notamment, d'ici 2007, la création de 13.000 places supplémentaires dans des petites unités de vie autonomes, que ce soit en accueil de jour ou en hébergement temporaire, pour faciliter le relais des familles. Il permet également de mieux accompagner les malades dans les établissements d'hébergement le renforcement de la dotation des crédits d'Assurance Maladie. Enfin, le volet gériatrie a notamment permis de créer 1.410 lits de court séjour gériatrique et 75 équipes mobiles.

Dans ce cadre, le PLFSS 2006 poursuit **trois objectifs** :

- **Offrir à la personne âgée le libre choix de son lieu de vie ;**
- **Améliorer la qualité de prise en charge des personnes âgées dans les établissements ;**
- **Impulser une politique d'amélioration et de modernisation du bâti.**

1° Offrir à la personne âgée le libre choix de son lieu de vie

➤ Faciliter l'accès aux services d'aide au maintien à domicile .

Les Français souhaitent rester le plus longtemps possible chez eux, malgré la dépendance. C'est pourquoi le Gouvernement s'attache à accroître le nombre de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, soit :

- 1.125 places en hébergement temporaire ;
- 2.125 places en accueil de jour.

Au total, 18 millions d'euros seront consacrés au développement du maintien à domicile.

Pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, il est nécessaire de développer la prise en charge des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

4.250 places de SSIAD seront créées en 2006, pour un coût de 22,19 M€ .

L'action du Gouvernement a aussi pour objectif le renforcement de l'attractivité des métiers de services à la personne et par la mise en place de formations adaptées. Des crédits spécifiques de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie peuvent être mobilisés à ce titre.

➤ Amplifier le rythme de création de places dans les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

5.000 places nouvelles seront créées en 2006. Dès cette année, le plan « Vieillesse et solidarités » sera ainsi achevé. Au total, ce sont 20.000 places nouvelles que le Gouvernement entend créer avant la fin de 2007, soit un doublement de l'effort initialement prévu.

2° Améliorer la qualité de prise en charge des personnes âgées dans les établissements

➤ Renforcer la médicalisation des établissements (Art.32)

Les établissements qui accueillent des personnes âgées dépendantes doivent conclure avec le président du Conseil général et l'autorité compétente de l'Etat une convention de 5 ans. Cette convention précise les objectifs de qualité à maintenir ou à atteindre par l'établissement signataire, en contrepartie des **financements supplémentaires alloués**, notamment au titre de l'Assurance Maladie, pour leur médicalisation.

- **Au 1^{er} août 2005, on dénombre 4.052 conventions tripartites couvrant 4.394 établissements pour un total de 334.519 places médicalisées, soit plus de 60 % de la capacité à conventionner.**

Le conventionnement d'un établissement permet d'améliorer l'encadrement et se traduit, en moyenne, par un renfort de 8 à 8,5 agents supplémentaires, toutes sources de financement confondues (dont 6,6 pour les soins). La signature des conventions tripartites au cours des cinq dernières années a ainsi permis la création de 5.704 emplois équivalent temps plein (ETP) d'infirmiers diplômés d'Etat et de 21.002 emplois (ETP) d'aides-soignants et d'aides médico-psychologiques. Au 1^{er} août 2005, le montant cumulé des crédits d'Assurance Maladie supplémentaires attribués dans le cadre du conventionnement s'élève à 889 M€ à échéance des conventions.

- En 2006, le PLFSS dégage un montant de 158,9 millions d'euros pour la signature de nouvelles conventions. **Il est également prévu d'étendre le délai de signature de ces conventions jusqu'au 31 décembre 2007, date du terme du Plan « Vieillesse et solidarités ».**
- ***Favoriser la prise en charge la plus adaptée pour les personnes hébergées en Unité de soins longue durée (USLD) – (art.31)***

L'article 59-I de la loi du 11 février 2005 a prévu le transfert des dépenses des unités de soins de longue durée (USLD) dans l'objectif de dépenses médico-sociales géré par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

Afin d'opérer ce transfert dans les meilleures conditions, l'article 31 du projet de loi définit une procédure permettant d'identifier les patients relevant du secteur médico-social et ceux qui appellent au contraire une prise en charge sanitaire.

- **Améliorer la prise en charge pharmaceutique au sein des établissements (art.32)**

Plusieurs mesures contribuent à la prise en compte de ces objectifs :

- le forfait de soins sera réévalué pour permettre le financement, au delà des médicaments, des dispositifs médicaux collectifs, comme les fauteuils roulants.
- l'approvisionnement en médicaments des établissements isolés sera facilité, notamment à travers la création des pharmacies à usage interne (PUI).

Enfin, d'autres dispositions sont destinées à faciliter le fonctionnement des PUI des établissements:

- à l'instar des missions des groupements de coopération sanitaires, les missions des groupements de coopération médico-sociale sont élargies à la gestion d'une PUI commune auprès de laquelle les établissements membres pourront s'approvisionner ;
- les pharmaciens d'officine pourront être autorisés à gérer une PUI sous réserve d'une autorisation préalable.

3° Impulser une politique d'amélioration et de modernisation du bâti dans les établissements accueillant des personnes âgées

Les établissements d'hébergement sont fréquemment confrontés à des problèmes de restructuration et de mise aux normes de sécurité.

Afin de faire face à cet enjeu, le PLFSS ouvre la possibilité de co-financements avec les collectivités territoriales dans le cadre de plans d'investissement et de remise aux normes.

Cette mesure bénéficiera également aux établissements et services accueillant des personnes handicapées.

Fiche n° 10

Réussir l'intégration des personnes handicapées

(Article 34)

1° Le renforcement des capacités d'accueil et d'accompagnement des personnes handicapées

➤ **Des moyens renforcés**

Le renforcement des crédits dédiés au financement des établissements et services qui accueillent et accompagnent les personnes handicapées est dû à :

- l'augmentation accélérée des crédits d'Assurance Maladie depuis 3 ans. En 2006, l'Assurance Maladie consacrera 315,9 M€ de crédits nouveaux, inscrits dans le PLFSS 2006 ;
- la création de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) par la loi du 30 juin 2004, qui vient renforcer cette action et assurer un pilotage cohérent de ces dépenses. Celle-ci a consacré 150 M€ au financement du programme de création de places dès 2005.

Au total, les crédits destinés au financement des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées bénéficieront en 2006 de **6 864,2 millions d'euros, dont 398,4 M€ de mesures nouvelles (soit + 6,16%)**, désormais gérés, en vertu de l'article 58 de la loi du 11 février 2005, par la CNSA.

En 2006, l'effort supplémentaire dégagé au niveau national dans le champ du ministère de la Santé et des Solidarités en faveur de la politique du handicap atteindra ainsi 873,4 M€.

Evolution des dépenses liées aux établissements et services pour personnes handicapées

2003 : +5,9%
2004 : +5,9%
2005 : +5,3%
2006 : +6,16%

➤ **La poursuite des créations de places**

Ces crédits financeront l'augmentation des charges de personnels et de fonctionnement (+2,44%) et surtout la tranche 2006 du programme pluriannuel de création de places 2005-2007 qui prévoit :

- 49 projets de Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et centres de ressources autisme (CRA)
- 1800 places dans les établissements et services pour enfants

- 4000 places dans les établissements et services pour adultes.

Les personnes autistes et polyhandicapées continuent de faire l'objet d'une attention renforcée. En effet, le financement des mesures décidées dans le cadre du plan de santé mentale pour les personnes atteintes de troubles psychiques est prévu :

- 750 places dédiées dans les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) ;
- environ 300 groupes d'entraide mutuelle, dont le cahier des charges a fait l'objet de la circulaire du 29 août 2005. La loi du 11 février 2005 avait prévu le financement des groupes d'entraide mutuelle (clubs psychiques) mais n'avait pas été retracé dans les sections comptables de la Caisse. L'article 34 y remédie

De même, la loi du 11 février 2005 a créé une majoration spécifique à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), versée par le réseau des CAF, et mise à la charge de la CNSA. Cette dépense n'avait pas été retracée dans l'une des sections comptables de la caisse. L'article 34 corrige l'omission en l'inscrivant parmi les charges de la section III retraçant les actions en faveur des personnes handicapées et notamment la prestation de compensation du handicap.

Enfin, les structures pourront bénéficier d'une aide pour se conformer aux normes de sécurité et faire face au renforcement des exigences, notamment en matière de lutte contre la légionellose (plan du 7 juin 2004). Les établissements d'accueil de personnes handicapées bénéficieront également de crédits mobilisés de façon importante et exceptionnelle en 2006, dans le cadre d'opérations de sécurité, de remise aux normes ou de modernisation (Art.34-III).

Grâce au PLFSS 2006, la complémentarité entre les prises en charges sanitaires et l'accompagnement dans les établissements et services du secteur médico-social se renforce.

Il s'agit d'un axe prioritaire du développement et de la réorganisation de la politique à destination des personnes handicapées.

2° Les chantiers prioritaires 2006 au service des personnes handicapées

La mise en place de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie(CNSA) favorise une meilleure coordination entre les acteurs de la politique du handicap – Assurance Maladie, Etat, départements notamment.

La politique du handicap suivra en 2006 trois axes prioritaires.

➤ 1. L'installation des maisons départementales des personnes handicapées

Lieu unique d'accès aux droits pour les personnes handicapées et leurs familles, les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) sont constituées sous forme de groupement d'intérêt public. Le département en assure la tutelle et le pilotage. Les membres de droit sont le département, l'Etat et les organismes de sécurité sociale. Les associations de personnes handicapées participent à la commission exécutive. Elles assurent, par leur présence, une place aux usagers dans la mise en œuvre de ces

maisons départementales et garantissent une plus grande écoute de leurs besoins et de leurs aspirations dans les procédures.

Les MDPH regrouperont notamment l'ensemble des moyens actuellement consacrés par l'Etat aux COTOREP, aux CDES ainsi qu'aux sites pour la vie autonome.

En 2005, la CNSA a consacré 50 millions d'euros à l'installation des maisons départementales, versés dans le cadre d'une convention entre le préfet et le président du Conseil général de chaque département. Le conseil de la CNSA définira prochainement le montant de l'aide pérenne pour le fonctionnement des maisons pour l'année 2006.

Les maisons départementales assureront à partir du 1^{er} janvier 2006 l'accueil et l'évaluation des personnes handicapées. Elles abriteront les nouvelles commissions des droits et de l'autonomie, qui se substitueront aux Commissions Techniques d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP) et aux Commissions Départementales de l'Education Spéciale (CDES) dans toutes leurs compétences et prendront notamment les décisions relatives à une orientation ou à l'attribution de la prestation de compensation.

➤ **2. La création de la prestation de compensation du handicap**

La prestation de compensation du handicap sera attribuée à partir du 1^{er} janvier 2006 en fonction des besoins des personnes et de leur projet de vie. Cette prestation personnalisée prend le relais du système forfaitaire de l'allocation compensatrice tierce personne. Entièrement individualisée, elle permettra de financer, de manière adaptée aux besoins de chaque personne handicapée, les aides humaines mais aussi les aides techniques et animalières, l'aménagement du logement ou du véhicule, ou diverses aides spécifiques ou exceptionnelles.

Plus de 500 millions d'euros supplémentaires, financés par la CNSA, seront consacrés à cette prestation. Ils viendront s'ajouter aux 590 millions d'euros actuellement dédiés au financement de l'allocation compensatrice tierce personne par les départements.

Dès 2005, les personnes très lourdement handicapées ont bénéficié d'une préfiguration de la prestation de compensation, pour la prise en charge des aides humaines dont elles avaient besoin. L'aide attribuée est de 5 000 euros en moyenne par mois.

➤ **3. La programmation interdépartementale**

L'article 58 de la loi du 11 février 2005 a introduit un nouvel outil de programmation, dénommé « programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie » par l'article L 312-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

Ces programmes, arrêtés par les préfets de région, détermineront dans un cadre pluriannuel les priorités financières à retenir pour conforter les établissements et services accueillant ou accompagnant les personnes handicapées et les personnes âgées dépendantes.

Fiche 11

Transfert du financement des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogue (CAARUD) et des lits halte soins santé (art. 33)

Cet article transfère le financement des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), ainsi que les lits halte soins santé de l'Etat à l'Assurance Maladie.

Les CAARUD sont des structures de premier accueil des usagers de drogues, de prévention des risques infectieux et de réduction des dommages sociaux. Les boutiques et les programmes d'échanges de seringues qui disposent de personnel permanent assurent des prestations d'accueil, de soins de premiers secours et d'accompagnement ainsi que la distribution et la récupération de matériel d'injection dans un cadre réglementaire. Le financement des CAARUD dans le cadre de l'ONDAM permettra de renforcer la cohérence du dispositif de soins dans le champ des pratiques addictives.

Les lits halte-soins-santé sont des structures qui évitent des hospitalisations itératives effectuées le plus souvent tardivement et en urgence pour des personnes isolées et sans domicile fixe. Elles prennent en charge des soins initiés à l'hôpital mais ne nécessitant plus une hospitalisation. Elles permettent aussi la poursuite de traitements dans un cadre assurant un accompagnement social des personnes.

Un objectif spécifique de dépenses retracera les activités des établissements médico-sociaux hors champ de compétence de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie(CNSA). Il s'agit de tirer les conséquences de la mise en place d'un objectif délégué à la CNSA qui exclut de son champ certains établissements médico-sociaux (appartements de coordination thérapeutiques, centres de soins spécialisés aux toxicomanes et centres de cure ambulatoire en alcoologie). Ce nouvel objectif spécifique sera compris dans le champ du sous-objectif « Autres prises en charge » de l'ONDAM qui figurera dans les LFSS en application de la loi organique.

Fiche 12

Fonds d'indemnisation pour les personnes contaminées par le VIH par voie transfusionnelle (art. 35)

La loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 (articles L. 3122-1 à L. 3122-6 du code de la santé publique) a institué un Fonds d'Indemnisation pour les personnes contaminées par le virus de l'Immunodéficience Humaine par voie transfusionnelle (FITH) sur le territoire de la République Française.

Tirant les conséquences de la raréfaction des contaminations et donc des demandes d'indemnisation, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a prévu l'intégration de la mission du fonds au sein de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).

Accompagnant le transfert de la mission du FITH à l'ONIAM, la loi du 9 août 2004 (II de l'article 115) a ajouté aux recettes de l'office « une dotation versée par l'Etat en vue d'assurer l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus d'immunodéficience humaine en application des articles L. 3122-1 à L. 3122-5 ».

Toutefois, au titre de la simplification des modalités de financement de l'établissement qui reprend les missions du FITH, il est proposé dans le présent projet de loi d'abroger cette disposition financière, ce qui revient à considérer qu'à compter de 2006 les nouvelles missions intégrées à l'ONIAM au titre du FITH, qui correspondent - comme pour les autres missions de l'ONIAM - à des indemnisations de préjudices liées à des activités de soins, seront financées par la dotation versée par les organismes d'Assurance Maladie.

Fiche 13

Financement de la CMU-C et développement de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire (art. 36)

1. Financement de la CMU-C

A ce jour seuls 14% des bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC) ont choisi un organisme complémentaire, 86% étant rattachés à leur caisse d'Assurance Maladie pour la gestion de leur assurance complémentaire.

Il est rappelé que plus de 4,7 millions de Français bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire. **Il s'agit des foyers dont les ressources sont inférieures à 587,16 € par mois pour une personne seule et à 1233€ pour un couple avec deux enfants, par exemple.**

- **La revalorisation du montant du forfait annuel versé aux organismes complémentaires pour chaque bénéficiaire de la CMU complémentaire**

Le forfait accordé aux organismes complémentaires pour chaque bénéficiaire de la CMUC, initialement fixé à 228€ par an, est augmenté à 283€ en 2003, à 300€ en 2004 et à 304,52€ en 2005.

Il devrait être fixé à 340€ en 2006, soit une hausse de 11,6%.

Cette hausse doit permettre de mieux prendre en charge le coût d'une couverture complémentaire et d'inciter les organismes complémentaires à s'impliquer davantage dans la gestion du dispositif de la CMUC.

- **L'accroissement du taux de la taxe sur le chiffre d'affaires des organismes complémentaires de santé**

La taxe sur le chiffre d'affaires des organismes complémentaires a été instaurée au profit du fonds CMU lors de la mise en place de la CMU en 2000. Son taux, fixé à 1,75% en 2000, passe à 2,5%.

2. Revalorisation de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire

Le nouveau dispositif d'aide à la complémentaire instaurée par la Loi portant réforme de l'Assurance Maladie monte en charge. En effet, 150 000 personnes ont demandé auprès des caisses d'assurance maladie une attestation leur demandant de bénéficier de ce crédit d'impôt.

Pour accélérer cette montée en charge, le PLFSS prévoit de revaloriser l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (« crédit d'impôt ») mise en place le 1^{er} janvier 2005. Cette aide concerne les foyers dont les ressources sont comprises entre le plafond de la CMU complémentaire et 15% au-dessus de ce plafond, ce qui correspond à un revenu compris entre 587,16 € et 675,23 € par mois pour une personne seule et entre 1233€ et 1417,95€ par mois pour un couple avec deux enfants.

Le crédit d'impôt est annuel et établi pour chaque personne couverte. Ses montants, fixés en en fonction de l'âge, sont actuellement les suivants :

- 150 € par an par personne âgée de 25 à 59 ans,
- 75 € par an par personne âgée de moins de 25 ans,
- 250 € par an par personne à partir de 60 ans.

A fin septembre 2005, 255 000 attestations de droit au crédit d'impôt ont été délivrées par les caisses d'Assurance Maladie.

Le PLFSS pour 2006 prévoit de **revaloriser fortement** le montant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire de santé.

Le montant de l'aide sera ainsi porté :

- pour les moins de 25 ans, de 75€ à **100€** par an **(+ 33%)**;
- pour les 25-59 ans, de 150 à **200 €** par an **(+33%)**;
- pour les 60 ans et plus, de 250 à **400€ par an, soit une progression de 60%.**

Ainsi, par exemple, pour une personne de 70 ans pour laquelle un contrat de milieu de gamme coûte environ 800€ par an, le montant de l'aide est porté de 250€ (31% du coût du contrat) à 400€ (50% du coût du contrat).

Fiche 14

Instauration d'une participation plafonnée à 18€ pour les interventions médicales lourdes (art. 37)

➤ **Actuellement, les assurés acquittent une participation aux soins hospitaliers égale à 20 % des frais engagés (30 % dans le cas d'un acte de médecine de ville).**

Il en va ainsi pour la totalité des séjours au cours desquels aucun acte médical d'un coût supérieur à 91 € n'est pratiqué. Ainsi, un patient hospitalisé en chirurgie pour une endoscopie digestive sans anesthésie paie un ticket modérateur de 53 €, correspondant à 20 % des frais de soins, qui se montent à 265 €. Cette somme est due par l'assuré indépendamment de la lourdeur de sa pathologie, dès lors qu'aucun acte chirurgical supérieur à 91 € n'est intervenu au cours de l'hospitalisation.

Il en va également ainsi pour les actes médicaux dont le coût est inférieur ou égal à 90 €. Ainsi, une participation d'un peu plus de 13 € est due pour une mammographie bilatérale effectuée à l'hôpital (soit 20 % du coût de l'examen, tarifé à 66,42 €).

En revanche, aucune participation aux frais de soins n'est demandée aux assurés pour un acte médical d'un coût supérieur ou égal à 91 € ou pour une hospitalisation au cours de laquelle un tel acte est pratiqué.

En 2004, sur les 11 millions de séjours en hospitalisation complète (médecine, chirurgie, obstétrique) ayant occasionné une dépense supérieure à 100 €, 56 % (soit 6,2 millions) ont bénéficié de cette exonération complète.

➤ **La mesure proposée unifie les règles applicables en étendant le ticket modérateur à tous les actes et en le plafonnant à 18€ pour les actes qui en étaient auparavant exonérés.**

Certains actes d'un coût supérieur à 91€ peuvent être pratiqués en médecine de ville ; la plupart est cependant réalisée en milieu hospitalier.

Le plafond de 18 € correspond à la participation actuellement demandée aux assurés sur les actes d'un coût de 90 €, immédiatement inférieur au seuil de l'exonération.

Ce forfait de 18 € sera valable pour tout acte d'une valeur supérieure à 91€ réalisé à l'hôpital ou en cabinet médical, ou pour tout séjour hospitalier au cours duquel un tel acte est pratiqué, quel que soit le montant total des frais d'hospitalisation encourus, qu'il soit inférieur à 493 € (10 % des séjours hospitaliers en 2004) ou supérieur à 5.300 € (10 % des séjours en 2004).

Les actes de biologies et d'imagerie médicale (radiologie, scanner, IRM) ne sont pas concernés par cette mesure.

Le montant des économies attendues pour la Sécurité sociale s'élève à 100 millions d'euros (dont 84 pour le régime général).

➤ **Cette mesure ne concerne pas les personnes fragiles entrant dans un des cas d'exonération totale des frais déjà prévus par la loi.**

Sont notamment exonérés à ce titre :

- les patients atteints d'une pathologie classée dans les affections de longue durée (environ 6 millions de personnes), comme par exemple le cancer ;
- les femmes enceintes ;
- les nouveaux nés hospitalisés ;
- les titulaires d'une rente pour accidents du travail ou maladie professionnelle ou d'une pension d'invalidité.

Par ailleurs, pour les 4,7 millions de personnes couvertes par la CMUc, la prise en charge de cette participation de 18 € sera assumée par l'Etat.

➤ **A la demande du Ministre de la santé, cette participation de 18€ devra être prise en charge par les organismes complémentaires de santé.**

Près de 92% des Français disposent d'une couverture complémentaire santé.

Ceux qui n'en ont pas peuvent bénéficier de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire de santé, créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie.

En effet, les montants de cette aide sont revalorisés de 33 à 60 % par le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Le coût de cette mesure est évalué à 100 millions d'euros pour les complémentaires. Aucune hausse de tarif des complémentaires santé ne devraient intervenir, celles ci bénéficiant par ailleurs d'économies de 3 à 4 fois supérieures dues à d'autres mesures prévues par le PLFSS.

Fiche 15

Poursuite de la hausse du Forfait journalier Hospitalier décidée en 2004

Le forfait journalier hospitalier constitue la participation supportée par toute personne hospitalisée en établissement de santé de court ou de moyen séjour. Son montant correspond à l'ensemble des charges directement liées à son séjour dans l'établissement et auxquelles ce dernier aurait dû faire face en dehors de toute hospitalisation (restauration, blanchisserie, nettoyage des chambres, chauffage, eau, électricité, etc).

Il n'est pas pris en charge par les régimes de protection sociale sauf dans les cas suivants :

- bénéficiaires de l'assurance maternité ;
- victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ;
- pensionnés militaires ;
- enfants et adolescents handicapés hébergés en structure médico-éducative ou dont l'hospitalisation est en rapport avec le handicap ;
- nouveau-nés pendant les 30 premiers jours d'hospitalisation.

Dans le cadre de la loi du 13 août 2004, a été prévue une hausse d'un euro par an du forfait journalier hospitalier pendant 3 ans.

Au 1^{er} janvier 2006, le forfait journalier hospitalier passera de 14€ à 15€.

Cette hausse ne pèsera pas directement sur les assurés puisque le forfait journalier hospitalier est couvert par la plupart des contrats complémentaires de santé, ainsi que par la couverture maladie universelle complémentaire.

Fiche 16

Obligation d'information en matière de promotion et de publicité alimentaire (art. 38)

Cet article renforce la sécurité juridique de l'article L.2133-1 du Code de la santé publique – issu de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 - prévoyant que les publicités alimentaires soient accompagnées d'un message à caractère sanitaire, ou que, à défaut, les annonceurs versent une contribution financière à la politique d'éducation nutritionnelle conduite par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Il comble certaines insuffisances de l'article original afin de permettre une mise en application complète de la mesure. Il confirme ainsi la volonté du gouvernement de mettre rapidement en œuvre cette mesure.

Cette politique de prévention et sensibilisation en direction des consommateurs vise un secteur dont le poids financier est très lourd pour l'Assurance Maladie : notamment l'obésité et le surpoids , qui touchent 19% des enfants, et qui entraînent des dépenses de santé estimées à 5 milliards d'euros.

Cet article précise :

- **le champ d'application de la mesure** : la rédaction antérieure de la loi prévoyait que ces obligations s'appliquent aux « messages publicitaires télévisés ou radiodiffusés » et aux « actions de promotion ». Afin d'explicitier la notion d'actions de promotion, l'article précise que la mesure s'applique à tout support de promotion des produits alimentaires visés, qu'il s'agisse des médias (télévision, radio, presse, cinéma, affichage ou Internet) et du hors média (manifestations et organisation d'événements ainsi qu'imprimés et publications périodiques des producteurs ou des distributeurs)
- **les conditions dans lesquelles le hors média contribue financièrement à la politique nutritionnelle** (à défaut de mettre un message sanitaire), ce que la rédaction actuelle de la loi avait omis de définir : l'article fixe le montant de la contribution à 1,5% du coût de réalisation et de diffusion de ces actions de promotion.

Fiche 17

Dotation Biotox et grippe aviaire (art. 6 et 41)

Les articles 6 et 41 prévoient une dotation financière accrue de l'Assurance Maladie au fonds de concours des plans de réponse aux menaces sanitaires graves : 176 M€ en 2005 (contre 62 M€ prévus initialement) et 175 M€ en 2006. Ces fonds seront notamment utilisés en application du plan gouvernemental de protection contre un risque de pandémie de grippe d'origine aviaire, à hauteur de 146 M€.

L'épizootie de grippe aviaire qui sévit en Asie du Sud-est et en Asie Centrale fait craindre la survenue d'une pandémie à court ou moyen terme. Cette épizootie s'étend. L'Organisation Mondiale de la Santé a récemment indiqué qu'il ne s'agissait pas de savoir « si » mais « quand » le virus H5N1 deviendra transmissible d'homme à homme, il importe au nom du principe de précaution invoqué par le Président de la République de pouvoir faire face au mieux et dans les plus brefs délais, à un tel événement.

Pendant la phase pré-pandémique actuelle (transmission limitée du virus de l'animal à l'homme sans transmission interhumaine), l'objectif est d'éviter l'introduction du virus, soit par le biais d'animaux infectés provenant des pays touchés, soit par le biais de personnes contaminées au contact des élevages infectés.

A cet égard, le ministère de la Santé est mobilisé et travaille activement au renforcement des plates-formes aéroportuaires internationales en veillant à l'information des voyageurs, au contrôle du fret, à la formation des cellules médicales pour la détection et pour la prise en charge des cas suspects et de leur contact.

En cas de pandémie (transmission interhumaine et développement mondial), trois moyens de défense médicaux devront être utilisés. La production de ces moyens étant limitée au plan mondial, il importe d'anticiper en constituant des stocks (masques, antiviraux et vaccin H5N1 dit pré-pandémique) et en réservant le futur vaccin pandémique.

Les financements prévus par ces articles couvriront les frais d'achat de masques, de médicaments et de matériels de vaccination. Le complément permettra de renouveler des stocks d'antibiotiques et de prendre en charge certaines opérations initialement programmées en 2005.

- ⇒ Les stocks de **masques de protection** individuelle vont être augmentés pour atteindre 200 millions, début 2006. Le gouvernement a décidé d'implanter des unités de production de masques sur le territoire français afin de sécuriser la constitution des stocks.
- ⇒ La France s'est constitué un **stock de 13,8 millions de traitements** Tamiflu® disponibles d'ici la fin 2005. Ce stock sera complété en 2006.
- ⇒ L'objectif est de couvrir à terme la totalité de la population en vaccins. 40 millions de vaccins pandémiques contre le virus H5N1 réassorti sont en cours de réservation. La France a également passé un contrat pour la **fourniture de 2 millions de vaccins** pré-pandémiques contre le virus H5N1 actuel.

III) Mesures relatives à l'assurance vieillesse

Fiche 18

Intégration du régime vieillesse des cultes au régime général (art .45)

1) Le régime de protection sociale des cultes s'est rapproché du régime général :

Les ministres des cultes et les membres des congrégations et collectivités religieuses relèvent d'un régime particulier de protection sociale depuis 1978.

Ce régime est géré par la Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC).

Il s'est progressivement rapproché du régime général.

Depuis 1987 pour la maladie et 2002 pour l'invalidité, les prestations et cotisations sont les mêmes que pour les salariés.

Les dispositions correspondantes figurent dans le code de la Sécurité sociale dans la partie consacrée aux « personnes rattachées au régime général pour certains risques ».

2) L'article 45 du PLFSS achève ce rapprochement :

L'article 45 du PLFSS aligne le régime de retraite des cultes sur le régime général, auquel il était déjà intégré financièrement depuis 1998. Le droit à pension sera désormais ouvert à 60 ans, dans les mêmes conditions que pour les salariés du régime général.

Il prévoit également l'affiliation des intéressés au régime de retraite complémentaire des salariés (ARRCO).

Fiche 19

Conditions de service des prestations du minimum vieillesse (art. 46)

Le minimum vieillesse regroupe un ensemble de prestations d'assistance attribuées sous condition de ressources à partir de 65 ans. Versé en complément de la retraite personnelle, il permet de garantir aux personnes âgées des ressources minimum financées par la solidarité (essentiellement à travers la Contribution Sociale Généralisée).

L'une des prestations constituant le minimum vieillesse peut être versée aux personnes résidant en dehors du territoire national (« complément de retraite »).

Il est proposé d'aligner le régime de cet avantage sur celui des autres prestations d'aide sociale (revenu minimum d'insertion, allocation adulte handicapé, etc.) en en réservant le bénéfice aux personnes, françaises ou étrangères, qui résident sur le territoire national.

Le service de ces prestations est en effet lié à la résidence sur le territoire français, à la fois parce qu'elles sont financées par la solidarité nationale et parce que leur montant est établi au vu du coût de la vie en France.

Fiche 20

Réforme des régimes d'avantage social vieillesse (ASV) (art. 47)

Lorsqu'ils sont conventionnés, les médecins, les chirurgiens, les chirurgiens-dentistes, les auxiliaires médicaux, les pharmaciens directeurs de laboratoire et les sages-femmes bénéficient d'un étage supplémentaire de retraite, additionnel à la retraite de base et au régime complémentaire. A ce titre, les régimes d'Assurance Maladie prennent à leur charge, conformément aux accords conventionnels, les deux tiers de leur cotisation.

Ces régimes dits « ASV » (Avantage Social Vieillesse) sont gérés par les cinq sections de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) en charge de ces professions, soit respectivement la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF), la Caisse autonome de retraite des chirurgiens-dentistes (CARCD), la Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes (CARPIMKO), la Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens (CAVP) pour les directeurs de laboratoire de biologie et la Caisse autonome de retraite des sages-femmes françaises (CARSAF).

Afin d'assurer la pérennité de ces retraites supplémentaires, les représentants des professions de santé demandent, depuis plusieurs années, une révision de la gouvernance des régimes concernés ainsi qu'une modification de leurs paramètres.

Prenant acte de leur attente, le PLFSS pose les principes de cette nouvelle gouvernance.

Les cinq caisses demeureront les gestionnaires du régime de prestations de vieillesse.

Le présent article ne modifie pas les conditions de liquidation ni le montant des retraites ASV.

L'évolution des règles applicables aux différents régimes fera l'objet d'une concertation approfondie avec chaque profession.

IV) Mesures relatives à la branche famille

Fiche n° 21

Création d'un congé parental plus court et mieux rémunéré

➤ Le constat :

Le complément de libre choix d'activité (CLCA) est l'élément de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) qui compense la perte de revenus encourue par les femmes et les hommes qui interrompent leur activité pour s'occuper d'un enfant de moins de trois ans.

Aujourd'hui, ce complément est d'une durée de 3 ans et d'un montant de 513 €/mois, pour les personnes ayant deux enfants ou plus. Le même dispositif existe pour les parents n'ayant qu'un seul enfant, mais la durée en est limitée à 6 mois.

La longueur de congé, qui maintient ses bénéficiaires hors du monde du travail pendant une durée pouvant aller jusqu'à trois ans, rend parfois difficile leur retour à l'activité, notamment dans le cas des femmes les moins qualifiées. Pour d'autres, le niveau de rémunération actuel du complément de libre choix d'activité (CLCA) fait qu'il n'est pas regardé comme une alternative intéressante.

➤ La mesure :

La mesure proposée ne remet pas en cause le dispositif existant. Elle offre une nouvelle possibilité aux parents, celle d'interrompre leur activité pendant une période plus courte (1 an), mais avec une allocation supérieure de près de 50% (750 €/mois). Cette option sera ouverte aux parents ayant trois enfants ou plus et cessant totalement leur activité professionnelle pendant la durée du congé. C'est le complément optionnel de libre choix d'activité (COLCA).

Le parent qui souhaite s'arrêter temporairement pour élever son enfant aura ainsi à choisir entre l'ancienne (complément de libre choix d'activité) ou la nouvelle formule (complément optionnel de libre choix d'activité).

Cette mesure a pour objectif de permettre aux parents, et notamment aux femmes, de revenir plus facilement vers l'emploi. Elle facilite également la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle.

En réduisant l'impact de la cessation d'activité sur la situation financière du couple et sur le parcours professionnel des parents concernés, le nouveau COLCA vise à favoriser le recours au congé parental, notamment par les hommes. La limitation de la durée du congé à un an doit permettre d'offrir un véritable choix aux parents, celui de suspendre temporairement ou de poursuivre leur activité professionnelle, sans que la durée du congé ait des conséquences graves sur leur activité professionnelle.

➤ Coût :

Cette mesure entrera en vigueur au 1er juillet 2006. Son coût est estimé à 35 M€ en 2006 et 140 M€ en année pleine à terme.

Fiche n° 22

La rénovation du congé et de l'allocation de présence parentale

➤ **Le constat :**

Le congé de présence parentale et l'allocation qui l'accompagne ont pour objet de permettre aux parents de cesser temporairement leur activité professionnelle, lorsque leur enfant de moins de 20 ans est gravement malade, handicapé ou accidenté.

Aujourd'hui, l'allocation de présence parentale s'élève à 841,42 €/mois pour un couple dont un des parents cesse complètement son activité. Elle peut être versée pour une durée de 4 mois, renouvelable 2 fois (soit au maximum 12 mois).

Les modalités de cette prestation se sont révélées trop rigides : nécessité d'une cessation totale ou partielle d'activité sans possibilité d'absences ponctuelles en fonction de l'état de santé de l'enfant ; durée minimale du congé de 4 mois, renouvelable 2 fois, obligeant le parent à prendre d'emblée une longue période de congé.

➤ **La mesure :**

Il est donc proposé d'assouplir considérablement la prestation en créant un « compte crédit jours » de 310 jours ouvrés (soit 14 mois) à prendre sur une période de 3 ans.

Les parents auront ainsi la possibilité d'interrompre ponctuellement leur activité pour répondre aux besoins de leur enfant à certains moments particuliers, qui sont en général de courtes durées et irréguliers d'un mois à l'autre. Ils pourront aussi se succéder auprès de l'enfant.

Chaque jour d'absence de l'un ou l'autre des parents sera décompté du « compte jours ». Chaque mois, le parent fait certifier par son employeur (s'il est salarié) le nombre de jours de congé pris et adresse cette attestation à la caisse d'allocations familiales. Pour chacun de ces jours, la caisse d'allocations familiales verse une allocation journalière de présence parentale d'un montant de 38,44 €, majorée en cas d'isolement du parent, à 45,65 € par jour.

La prestation sera également considérablement revalorisée, par la création d'un complément allocation présence parentale.

Destiné à indemniser les parents des frais matériels (transports, nourriture, etc.) occasionnés par l'hospitalisation de l'enfant loin du domicile, ce complément sera d'un montant de 100 €/mois, quel que soit le nombre de jours pris dans le mois. Il sera offert dès lors que le traitement de l'enfant implique des déplacements réguliers éloignés.

➤ **Coût :**

Cette mesure sera mise en œuvre à partir du 1er juillet 2006. Son coût est estimé à 20 M€ en 2006 et 79 M€ en année pleine à terme.

Fiche n° 23

Report de la mise en œuvre de certaines dispositions de la PAJE

La prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) a été instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale 2004. Les dispositions d'entrée en vigueur prévoyaient que seuls les enfants nés ou adoptés à compter du 1er janvier 2004 bénéficiaient de la nouvelle prestation mais que les enfants nés entre le 1er janvier 2001 et le 1er janvier 2004 pourraient se retrouver dans le système de la PAJE qu'à compter du 1er janvier 2007. L'objet de cet article est de revenir sur cette exception.

Le succès rencontré par la PAJE confirme que cette prestation a répondu à une véritable attentes des parents. Tous les objectifs fixés par le Gouvernement auront été atteints avant l'échéance fixée.

- La PAJE devait améliorer la solvabilité des familles : ce sont en définitive 250 000 nouvelles familles qui devraient bénéficier de l'allocation de base et de la prime à la naissance de la PAJE en 2007. Grâce à la revalorisation de ses montants et de ses plafonds de ressources, le complément mode de garde de la PAJE a considérablement diminué les coûts de garde.

- La PAJE devait favoriser certains changements de comportement : le complément de cessation d'activité à taux partiel de la PAJE a été revalorisé de 15% afin de permettre aux parents de garder un lien avec le marché du travail. Ce nouveau dispositif a déjà séduit 10 % de parents supplémentaires.

- La PAJE devait améliorer le libre choix des familles : plus de 35 000 familles bénéficient aujourd'hui du congé parental de 6 mois offert aux parents d'un enfant.

V) Mesures relatives à la lutte contre les abus et les fraudes et au renforcement de la lutte contre le travail dissimulé

Fiche 24

Approfondir la lutte contre les fraudes et les abus (art. 57)

1. Une action du gouvernement, résolument engagée depuis la réforme de l'Assurance Maladie, pour mettre fin aux fraudes et aux abus

➤ **Un renforcement du contrôle des indemnités journalières** : à travers le renforcement du contrôle médical et l'encadrement des pratiques des prescripteurs, le Gouvernement est parvenu à une inflexion sensible de la progression des indemnités journalières. Alors que celles-ci progressaient jusqu'ici autour de 7 % par an, au cours des huit premiers mois de l'année 2005, l'indemnisation des arrêts de travail a reculé de 2,6%.

➤ **Un dispositif permet désormais de sanctionner de manière graduelle et proportionnée les acteurs du système de santé**

Le décret du 23 août 2005 autorise le directeur d'un organisme local d'Assurance Maladie à prononcer une pénalité financière contre les assurés sociaux, les établissements de santé, les professionnels de santé et les employeurs en cas de méconnaissance des règles du code de la Sécurité sociale.

2. Un effort poursuivi de façon pragmatique dans le cadre du PLFSS 2006

➤ **Renforcer le contrôle des revenus perçus à l'étranger**

- Les prestations sous conditions de ressources ne seront versées qu'au vu de toutes les ressources du demandeur, y compris celles perçues à l'étranger ;
- Les caisses pourront suspendre provisoirement les prestations en l'absence de réponse appropriée à leur demande de justifications.

Ces dispositions permettront notamment d'exiger des étrangers souhaitant s'affilier à la CMU qu'ils produisent des documents attestant des revenus qu'ils perçoivent dans leur pays d'origine.

➤ Mieux encadrer l'action des associations de domiciliation

Afin de mettre fin aux domiciliations sans suivi, il est prévu le passage préalable par un assistant de service social.

➤ Créer une obligation d'engagement de poursuites pour les organismes de Sécurité sociale lorsqu'ils détectent des cas de fraude

➤ Renforcer les échanges et la coopération entre organismes et avec les administrations par :

- l'amélioration des dispositifs actuels de coopération entre la Sécurité sociale, les administrations fiscales et l'autorité judiciaire, concernant actuellement essentiellement le recouvrement dans le cadre de la lutte contre les fraudes organisées et les réseaux de type mafieux . Cette coopération visera notamment à mieux contrôler les conditions de ressources et la condition de résidence des bénéficiaires ;
- la création d'une nouvelle catégorie de coopération formelle et obligatoire entre organismes de Sécurité sociale et organismes d'assurance chômage pour la lutte contre la fraude.
- l'extension des pouvoirs des contrôleurs, afin de rendre les enquêtes plus efficaces et de donner aux organismes la possibilité de mutualiser leurs services de contrôle ; par ailleurs, des experts dont le rapport aura force probante pourront être désignés à l'étranger sous contrôle des consulats ;

➤ Prévenir dès maintenant les fraudes liées à l'usage de la carte vitale 2

Disponible à partir du dernier trimestre 2006, la carte vitale 2 sera enrichie et sécurisée. Elle contiendra notamment des données d'urgence et sera la clé d'accès au dossier médical personnel. Une photo d'identité sera apposée sur la carte et insérée dans la puce permettant entre autres d'éviter les possibilités de fraudes.

Fiche 25

Renforcer les moyens de lutte contre le travail dissimulé (Art.17)

1. Renforcer les moyens de lutte contre le travail dissimulé (art. 17)

Les URSSAF ont une activité prépondérante dans la lutte contre le travail illégal. En effet, outre la mobilisation de leurs services de contrôle qui consacrent 12% de leur temps d'activité à rechercher les infractions de travail dissimulé, elles ont également pour rôle de mettre en recouvrement les cotisations éludées par les contrevenants.

Ainsi, la lutte contre le travail illégal contribue à la gestion du risque de recouvrement. Le PLFSS 2006 prévoit la mise en place de mesures dissuasives destinées à renforcer les moyens de lutte contre le travail dissimulé.

Les sanctions administratives prévues à l'article L.325-3 du code du travail consistent à exclure du bénéfice des aides à l'emploi les personnes convaincues de travail illégal. Elles ne peuvent toutefois pas être appliquées aux réductions et exonérations de cotisations de sécurité sociale de portée générale qui ne nécessitent pas une demande préalable.

La première mesure de l'article prévoit donc une remise en cause, a posteriori, des exonérations pratiquées sur la période durant laquelle le délit de travail dissimulé a été commis, considérant que le bénéfice de ces exonérations ne peut être accordé à l'employeur qui ne respecterait pas les règles du droit du travail relatif à la non dissimulation de salaires.

La deuxième mesure vise à une application stricte du prélèvement social de droit commun sur les salaires réintégrés dans l'assiette des cotisations après constat du délit de travail dissimulé.

La troisième mesure caractérise en délit toute entrave aux fonctions des agents de la sécurité sociale investis de pouvoirs de contrôle, alors que le texte actuel le limite à l'obstacle aux visites. En outre, elle alourdit les sanctions financières, pour les rendre dissuasives, et les étend aux personnes morales.

La quatrième mesure habilite les inspecteurs du recouvrement, les agents de contrôle des mutualités agricoles, ainsi que les inspecteurs et contrôleurs du travail à constater le non respect des obligations mises à la charge des entreprises domiciliataires par le code de commerce. En effet, les pratiques irrégulières de la domiciliation commerciale contribuent à favoriser la dissimulation d'activité de certaines entreprises domiciliées.

La cinquième mesure consolide l'obligation de vigilance des donneurs d'ordre vis-à-vis de leurs cocontractants étrangers, en harmonisant la périodicité des vérifications déjà imposées dans le cadre de la lutte contre le travail illégal et en incluant les particuliers employeurs dans ces dispositions. Elle renforcera l'action des agents habilités à lutter contre le travail illégal et notamment des inspecteurs du recouvrement.

VI) Les mesures de recettes

Fiche 26

Anticipation de l'assujettissement aux prélèvements sociaux des intérêts des plans d'épargne logement de plus de 10 ans (art. 10)

Les plans d'épargne logement (PEL) sont assujettis à la contribution sociale généralisée (CSG) et aux autres prélèvements sociaux : prélèvement de 2%, contribution sociale additionnelle (CSA), contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS).

La mesure proposée ne modifie ni le principe ni le taux de cet assujettissement, mais aménage les conditions de ces prélèvements. Elle ne réduira pas le revenu disponible des titulaires de PEL en cas de retrait en 2006, qui ont supporté ces prélèvements.

Conformément à la règle qui vaut pour la plupart des produits de placement, la CSG et les autres prélèvement sociaux seront désormais prélevés chaque année pour les PEL de plus de 10 ans, qui bénéficient de taux de rémunération très élevés (entre 5.25% et 10 % en incluant la prime d'Etat).

En 2006, les cotisations dues sur les intérêts accumulés sur les plans de plus de 10 ans depuis leur ouverture, seront prélevées en une seule fois.

Fiche 27

Aménagement de l'assujettissement des indemnités de rupture (art. 12)

Les indemnités de rupture (licenciement des salariés ou départ forcé des dirigeants) qui dépassent le montant légal ou conventionnel sont déjà assujetties à l'impôt sur les revenus et aux cotisations sociales pour la fraction qui dépasse deux ans de salaires. Compte tenu des montants élevés atteints par certaines de ces indemnités, il est proposé de les assujettir également pour la fraction qui dépasse 182.000 €, au lieu de 366.000 € auparavant.

Seule la partie de l'indemnité dépassant 182.000 € sera soumise à prélèvements. Le reste continuera à bénéficier des mêmes franchises et exonérations que précédemment.

Le nouveau seuil correspond au versement d'une indemnité de licenciement égale à dix-huit mois de salaire pour un salarié gagnant 120.000 € par an, soit quatre fois le plafond de la sécurité sociale.

Cette mesure ne modifiera en aucune façon la situation des salariés gagnant moins de 91.000 € par an. Elle ne remet pas non plus en cause l'exonération totale dont bénéficient les indemnités prévues par voie de convention collective, ni l'exonération totale des indemnités de licenciement abusif, quels que soient leur montant.

Les indemnités de licenciement et de départ volontaire versées dans le cadre d'un plan social suivront le même régime.

Les indemnités de mise à la retraite prévues par voie conventionnelle continueront de même à être totalement exonérées, quels que soient leur montant. Leur régime d'assujettissement restera identique à celui des indemnités de rupture, mais pour un plafond spécifique fixé à 91.000 €.

Fiche 28

Autres mesures de recettes réglementaires dont l'impact figure dans les chiffrages du PLFSS

✓ Hausse de 0,2 % des cotisations vieillesse :

Lors de la réforme des retraites engagée en 2003, une hausse des cotisations retraites de 0,2 point a été prévue pour 2006. Cette hausse de cotisations viendra notamment accompagner la montée en charge des départs anticipés mis en œuvre dans le cadre de cette réforme. Elle représentera 880 M€ de recettes supplémentaires pour la branche vieillesse.

Un texte d'ordre réglementaire permettra de mettre en œuvre prochainement cette mesure. Il définira notamment le partage de la hausse de cotisation entre la part patronale et la part salariale, après concertation avec les partenaires sociaux.

✓ Hausse de 0,1 % des cotisations Accidents du Travail et Maladies Professionnelles : 415 M€

La loi du 13 août 2004 a invité les partenaires sociaux à émettre des propositions sur une refonte du système de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Cette réforme vise à définir plus précisément le périmètre d'intervention de la branche, et à mettre en place une tarification plus incitative destinée à favoriser la prévention des accidents du travail.

Dans l'attente du résultat de cette concertation, il est proposé de procéder à une augmentation provisoire de 0,1% du taux de cotisation.

Cette mesure aura pour effet de ramener le déficit prévisionnel de la branche pour 2006 de 590 M€ à 175 M€.

Fiche 29

Approbation du montant de la compensation des exonérations (art.16)

Dans le cadre de la préparation du projet de loi de finances pour 2006, le Gouvernement a proposé de financer les allègements généraux de cotisations sociales par l'affectation à la Sécurité sociale de recettes fiscales.

L'importance des sommes en jeu milite en effet pour que les moindres recettes que représentent ces allègements soient compensées à la Sécurité sociale par un transfert de recettes pérennes plutôt que par de simples dotations budgétaires.

Le transfert de recettes compensera les allègements généraux (18,9 milliards sur 21,6 milliards d'euros en 2006). La compensation des mesures ciblées et catégorielles d'exonération continuera à s'opérer par une dotation inscrite sur les budgets des différents ministères concernés.

Pour assurer la compensation, il est proposé de recourir à un ensemble de recettes comprenant :

- ◆ une fraction de la taxe sur les salaires,
- ◆ les droits sur les alcools,
- ◆ la taxe sur les primes d'assurance automobile,
- ◆ la taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire,
- ◆ la fraction de la taxe sur la valeur ajoutée assise sur les tabacs et les produits pharmaceutiques.

Une clause de révision permettra de s'assurer que le montant des recettes transférées en 2006 correspond exactement au montant des allègements généraux et que le panier de recettes évolue par la suite de manière conforme aux allègements de charges.

L'affectation d'une partie de la TVA, la variété de ces recettes et les garanties entourant leur évolution, permettront d'apporter à la Sécurité sociale des ressources dynamiques, diversifiées et ne pesant pas uniquement sur le coût du travail.

VII) Les mesures relatives à l'assiette des cotisations

Fiche 30

Suppression de l'abattement de 30 % de cotisations patronales créé en 1992 pour les salariés à temps partiel (art.11)

Un abattement de 30% sur les cotisations patronales dues au titre des salariés embauchés à temps partiel avait été créé en 1992.

Cet abattement a cessé de s'appliquer aux nouvelles embauches un an après l'abaissement de la durée légale du travail, soit depuis le 1er janvier 2001 pour les entreprises de plus de vingt salariés, et depuis le 1er janvier 2003 pour les entreprises de vingt salariés au plus (loi du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail).

Compte tenu des nouveaux dispositifs d'exonération introduits depuis lors, la mesure proposée met fin, à compter du 1er janvier 2006, à l'abattement temps partiel qui subsistait encore pour les seuls contrats conclus avant ces dates.

Les employeurs pourront appliquer le dispositif d'allègement général des cotisations patronales de sécurité sociale de droit commun (« réduction Fillon »), venu remplacer progressivement les anciennes aides existantes.

Pour les salariés dont la rémunération est inférieure à 1,33 SMIC, la « réduction Fillon » est plus avantageuse que l'abattement supprimé.

Fiche 31

Clarification de l'assiette des cotisations et des contributions sociales (art.13)

Les différentes mesures figurant dans cet article visent à lever des incertitudes juridiques à la source de nombreux contentieux au cours des dernières années.

Elles contribuent à **clarifier les contours de l'assiette des cotisations et contributions sociales**, tout **en consolidant leur rendement**.

Trois types de précisions sont apportées :

- ✓ la prise en charge par l'employeur de tout ou partie de la part salariale des cotisations de retraite complémentaire ARRCO/AGIRC est incluse dans l'assiette des cotisations et contributions sociales ;
- ✓ les exonérations sont calculées à partir des heures rémunérées, sans déduction des temps de pause ;
- ✓ les compensations salariales versées dans le cadre d'accords de réduction du temps de travail sont soumises à cotisation : elles doivent donc être considérées comme un salaire et non comme l'indemnisation d'un préjudice.

Fiche 32

Elargissement de l'assiette de la Cotisation Sociale de Solidarité des Sociétés (C3S) dans le secteur public (art.14)

La C3S (contribution sociale de solidarité des sociétés) est due par toutes les entreprises constituées sous forme de société, dont le chiffre d'affaires est supérieur ou égal à 760.000 €. Son taux est de 0,13 %, appliqué au chiffre d'affaires et son produit affecté au régime de Sécurité sociale des professions indépendantes et au Fonds de solidarité vieillesse. Depuis le 1er janvier 2005, une contribution additionnelle à la C3S, au taux de 0,03 % est affectée à la CNAMTS.

Il est proposé d'aménager les règles d'assujettissement à la C3S, en faisant entrer dans le champ d'application de cette taxe l'ensemble des entreprises publiques assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée.

Le rendement attendu de cette mesure est de 70 millions d'euros pour l'Assurance Maladie et le Fonds de solidarité vieillesse.