

PLFSS

LES MOYENS DE L'ACTION

2018

28 SEPTEMBRE 2017

Projet de loi
de financement
de la sécurité sociale
2018

Sommaire

Première partie Une dépense sociale maîtrisée pour permettre la baisse du déficit public et le retour vers l'équilibre de la sécurité sociale	5
CHAPITRE I-I Un effort de maîtrise de la dépense en cohérence avec la politique gouvernementale	7
Un PLFSS qui s'inscrit dans l'objectif de baisse de la dépense publique et de réduction du déficit	7
Un rythme d'évolution de dépense publique ralenti	7
CHAPITRE I-II La réduction du déficit se poursuit	8
En 2017, toutes les branches voient leur déficit se réduire	8
Une réduction du déficit soutenue par la bonne tenue de la masse salariale	9
Une réduction qui s'amplifiera en 2018	9
CHAPITRE I-III Vers le désendettement	11
La baisse de l'endettement se poursuit	11
Elle permettra le remboursement de la dette sociale d'ici 2024	11
Deuxième partie Le soutien à l'activité économique et au pouvoir d'achat	13
CHAPITRE II-I Le soutien du pouvoir d'achat des actifs	15
La baisse de cotisations sociales pour les actifs en contrepartie d'une hausse de la CSG	15
La revalorisation du complément mode de garde	17
CHAPITRE II-II Le soutien aux entrepreneurs	18
Le Premier Ministre a présenté à Dijon le 5 septembre 2017 un plan en faveur des travailleurs indépendants, dont le PLFSS pour 2018 prévoit la mise en œuvre	18
Une année blanche de cotisations pour les créateurs d'entreprise	18
Le doublement du plafond du régime de la microentreprise	18
La simplification de la déclaration des plus petites activités économiques	19
La possibilité de moduler ses acomptes de cotisations en temps réel	19
CHAPITRE II-III En 2019, l'allègement des cotisations employeurs et la suppression du CICE	20
CHAPITRE II-IV Une nouvelle protection sociale pour les travailleurs indépendants	21

Troisième partie Le développement de la prévention et de l'innovation pour des soins plus pertinents 23

CHAPITRE III-I Un taux d'ONDAM en évolution de 2,3% 25

L'ONDAM 2017 respecté 25

L'ONDAM 2018 progressera de 2,3 % grâce à la poursuite d'efforts importants et partagés..... 25

Un montant d'économies important..... 26

CHAPITRE III-II La prévention au cœur de la stratégie de santé 28

Lutter contre le tabagisme..... 28

Améliorer la couverture vaccinale obligatoire 29

CHAPITRE III-III L'innovation au service de l'efficacité des organisations 30

Expérimenter pour innover..... 30

Accélérer l'inscription des actes au remboursement..... 31

Développer l'usage de la télémédecine 31

Soutenir l'investissement numérique en santé..... 32

CHAPITRE III-IV Réguler la dépense et améliorer le bon usage des soins 33

Une meilleure régulation de la liste des produits et prestations (LPP) 33

Le renforcement des dispositifs d'accompagnement et de contrôle pour une juste prescription 33

Le lancement d'un nouveau plan d'appui à la transformation du système de santé, en phase avec les priorités du Gouvernement..... 33

Quatrième partie La prise en compte des besoins des plus fragiles, l'accompagnement des familles 35

CHAPITRE IV-I Améliorer la prise en charge des personnes les plus fragiles 37

Accompagner les personnes handicapées 37

Prendre en compte les besoins des personnes âgées en perte d'autonomie :..... 38

Améliorer l'accès aux soins et la prise en charge des personnes précaires au sein des établissements de santé..... 38

Conforter l'expertise et la qualité au bénéfice des établissements médico sociaux..... 39

CHAPITRE IV-II Des mesures fortes en faveur des plus modestes 40

Un soutien aux retraités les plus modestes 40

Des dispositions qui s'ajoutent à celles prévues dans le cadre du projet de loi de finances au bénéfice des personnes handicapées..... 40

CHAPITRE IV-III Soutenir les besoins des familles.....	41
Le soutien aux familles monoparentales	41
Un appui aux familles les plus modestes	42
Une simplification du système de prestations familiales	42
Un nouveau cadre pour améliorer l'accueil des jeunes enfants et renforcer le soutien à la parentalité	42
 CHAPITRE IV-IV Améliorer la prise en charge des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles	 43

Première partie
Une dépense sociale maîtrisée
pour permettre la baisse du
déficit public et le retour vers
l'équilibre de la sécurité sociale

CHAPITRE I-I

Un effort de maîtrise de la dépense en cohérence avec la politique gouvernementale

Un PLFSS qui s'inscrit dans l'objectif de baisse de la dépense publique et de réduction du déficit

Le Gouvernement a présenté dans le cadre de la loi de programmation des finances publiques (LPFP) une trajectoire de réduction de la dépense publique de plus de 3 points dans la richesse nationale et de réduction concomitante du déficit public. L'effort de maîtrise de la dépense porté dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 s'inscrit en cohérence avec cette trajectoire.

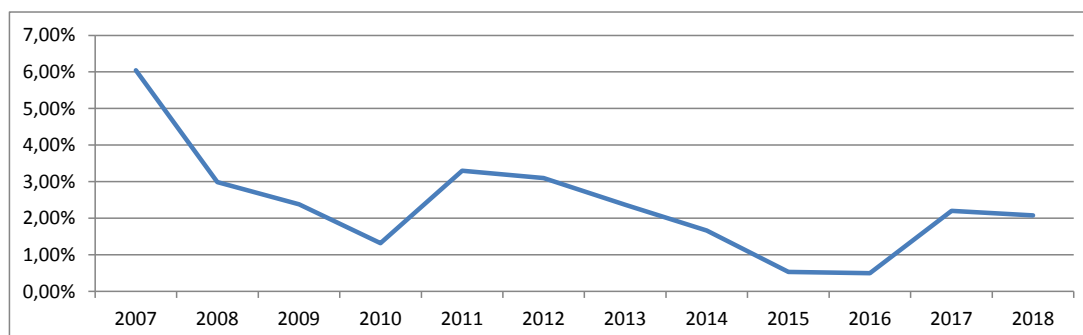
Dans la perspective du retour à l'équilibre de la sécurité sociale à l'horizon 2020 fixée par le Premier ministre dans sa déclaration de politique générale, la LPFP prévoit la remise d'un rapport du gouvernement d'ici le 31 mars 2018 sur la rénovation des relations entre l'Etat et la sécurité sociale pour maintenir dans la durée l'équilibre des comptes de la sécurité sociale et proposer des pistes d'évolution en matière de partage des recettes et du coût des baisses de prélèvement.

Un rythme d'évolution de dépense publique ralenti

En 2017, l'amélioration de la situation des différentes branches résulte d'un effort important de maîtrise des dépenses :

- Ainsi, l'ONDAM 2017 sera tenu pour la huitième année consécutive sous l'effet de la 3^{ème} année de mise en œuvre du plan triennal d'économies
- Les conventions d'objectifs et de gestion avec les organismes de sécurité sociale ont permis de davantage maîtriser les dépenses de fonctionnement et d'action sociale
- En 2018, les dépenses de sécurité sociale (ensemble des régimes de bases et du fonds de solidarité vieillesse) évolueront globalement de 2,1 %, ce qui représente un effort d'économies, supérieur à 2017, de 5,2 milliards d'euros eu regard de l'évolution tendancielle de la dépense. Cette évolution est inférieure à la moyenne constatée sur la période 2007/2017 (+2,4 %) et marque un infléchissement de la dépense sociale par rapport à l'accélération de l'année 2017.

Evolution des dépenses des régimes de base et du FSV (% , en valeur)



N.B. Les changements de périmètre ne sont pas retraités

CHAPITRE I-II

La réduction du déficit se poursuit

Le rétablissement des comptes sociaux se poursuit en 2017, le déficit cumulé du régime général et du fonds de solidarité vieillesse s'élevant à -5,2 milliards d'euros, contre -7,8 milliards d'euros en 2016.

En 2018, les prévisions de recettes et la mise en œuvre des mesures d'économie prévues par le Gouvernement permettront de **diminuer le déficit de 3 milliards d'euros**.

L'objectif du Gouvernement est **d'atteindre l'équilibre de l'ensemble des comptes de la sécurité sociale à l'horizon 2020** conformément à l'engagement du Premier Ministre dans son discours de politique générale, de proscrire pour l'avenir de nouveaux déséquilibres et d'apurer la dette de la sécurité sociale d'ici 2024.

En 2017, toutes les branches voient leur déficit se réduire

Pour 2017, la loi de financement de la sécurité sociale avait fixé la cible de déficit du régime général et du fonds de solidarité vieillesse à -4,2 milliards d'euros.

La commission des comptes de juillet avait établi une prévision à -5,5 milliards d'euros. En définitive, le solde de la sécurité sociale s'établira à -5,2 milliards d'euros en 2017.

L'amélioration de la situation économique et la progression plus rapide que prévu de la masse salariale contribuent à l'amélioration du résultat. L'abandon de la contribution supplémentaire à la contribution sociale de solidarité des sociétés (C4S), qui permettait d'augmenter les recettes, et la non compensation pour la sécurité sociale des pertes de recettes liées au crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires, contribuent en revanche à le dégrader.

Néanmoins, sur un an, **toutes les branches présentent une amélioration de leur situation financière** :

- le déficit de l'assurance maladie revient à -4,1 milliards d'euros – soit une amélioration de 700 millions d'euros en un an. C'est le meilleur résultat depuis 2001 ;
- la branche accidents du travail-maladies professionnelles est excédentaire de 1 milliard d'euros ;
- la branche vieillesse du régime général s'améliore encore et est excédentaire de 1,3 milliard d'euros ;
- enfin, la branche famille devient, pour la première fois depuis 10 ans, excédentaire à hauteur de 300 millions d'euros.

Par ailleurs, le déficit du fonds de solidarité vieillesse (FSV) se stabilise en 2017 à -3,6 milliards d'euros.

Evolution du solde par branche de 2014 à 2017 (en Md€)

<i>En Md€</i>	2014	2015	2016	2017 (p)
Maladie	-6,5	-5,8	-4,8	-4,1
Accidents du travail	0,7	0,7	0,8	1,0
Vieillesse	-1,2	-0,3	0,9	1,3
Famille	-2,7	-1,5	-1,0	0,3
Régime général	-9,7	-6,8	-4,1	-1,6
FSV	-3,5	-3,9	-3,6	-3,6
Régime général + FSV	-13,2	-10,8	-7,8	-5,2

Une réduction du déficit soutenue par la bonne tenue de la masse salariale

La sécurité sociale bénéficie en 2017, tout comme dans les prévisions pour 2018, de l'amélioration de la conjoncture économique qui se traduira par une hausse du produit des cotisations sociales, assises sur une masse salariale qui progresserait de 3,3 % en 2017 et de 3,1 % en 2018.

Une réduction qui s'amplifiera en 2018

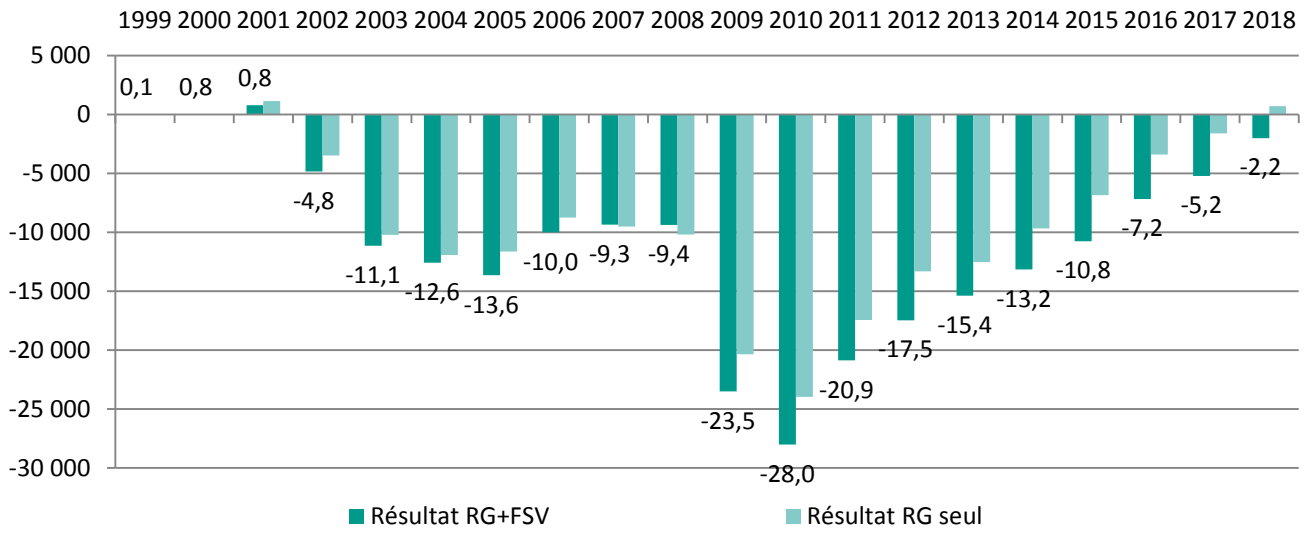
En 2018, le déficit de la sécurité sociale se réduirait de plus de 3 milliards d'euros par rapport à la prévision pour 2017, grâce aux efforts de maîtrise de la dépense. Ces économies nouvelles permettront **un retour à l'équilibre du régime général**.

Solde par branche en 2018 (en Md€)

<i>En Md€</i>	2017 (p)	2018 (p)
Maladie	-4,1	-0,8
Accidents du travail	1,0	0,5
Vieillesse	1,3	0,2
Famille	0,3	1,3
Régime général	-1,6	1,2
FSV	-3,6	-3,4
Régime général + FSV	-5,2	-2,2

Dans une perspective de moyen terme, le solde des comptes sociaux s'établirait à des niveaux inédits depuis 2001, sans toutefois atteindre encore l'équilibre.

Évolution du solde du régime général et du FSV de 1999 à 2018 (Md €)



CHAPITRE I-III

Vers le désendettement

La baisse de l'endettement se poursuit

Depuis 2015, le montant total de la dette sociale régresse. Ce mouvement s'est encore accéléré en 2017. Fin 2017, la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) aura remboursé en une seule année 14,8 milliards d'euros de dettes, ce qui porterait le montant total de la dette amortie à 139,5 milliards d'euros, soit environ la moitié de la dette totale accumulée.

Compte tenu du déficit du régime général et du fonds de solidarité vieillesse prévu pour 2017, cette opération représente un désendettement net pour la sécurité sociale de plus de 10 milliards d'euros.

Elle permettra le remboursement de la dette sociale d'ici 2024

Le désendettement devrait se poursuivre et s'accélérer au cours des prochaines années. D'ici 2022, la dette portée par la CADES devrait se réduire à 35 milliards d'euros environ, et la CADES aura ainsi remboursé plus de 230 milliards d'euros à cette date. **L'objectif de remboursement en 2024 de la dette sociale portée par la CADES devrait être ainsi respecté.**

La dette résiduelle de court terme portée par l'ACOSS ne devrait quant à elle pas augmenter compte tenu du retour prévisionnel à l'équilibre à horizon 2020.

Deuxième partie
Le soutien à l'activité
économique et au pouvoir
d'achat

CHAPITRE II-I

Le soutien du pouvoir d'achat des actifs

La baisse de cotisations sociales pour les actifs en contrepartie d'une hausse de la CSG

Les salariés bénéficieront d'un allègement sans précédent de leurs cotisations sociales, leur permettant de bénéficier d'un gain de pouvoir d'achat équivalent à 1,45 % de la rémunération brute.

Les salariés bénéficieront en effet de la suppression des cotisations salariales d'assurance maladie (0,75 %) et d'assurance chômage (2,40 %), soit une baisse de prélèvements équivalente à 3,15 % de leur rémunération brute. Dans le même temps, la CSG sera augmentée de 1,7 point.

Cette mesure s'appliquera en deux temps au cours de l'année 2018 :

- **dès le 1^{er} janvier 2018**, les salariés pourront constater une baisse de 2,25 points des cotisations salariales qu'ils acquittent, soit les deux tiers de la baisse totale prévue, alors que la CSG sera augmentée de 1,7 point ;
- **à compter du 1^{er} octobre 2018** s'ajoutera l'exonération du reliquat des cotisations d'assurance chômage restant dues.

CSG et allègement de cotisations : le cas des salariés

Les salariés relevant du champ de l'assurance chômage bénéficieront ainsi d'un gain de pouvoir d'achat dès janvier 2018, renforcé à partir d'octobre 2018, proportionnel à leur revenu. Le tableau ci-dessous présente ces gains annuels en 2018 et en rythme de croisière pour les exercices suivants, pour trois niveaux de rémunération :

Salaire Brut	En proportion du SMIC	Salaire net	Gain annuel 2018	Gain annuel 2019
1 480 €	1,00	1 152 €	132 €	263 €
2 000 €	1,35	1 556 €	184 €	355 €
2 571 €	1,74	2 000 €	237 €	457 €

Pour les travailleurs indépendants, une mesure équivalente est prévue. Cette mesure se traduira par la baisse de la cotisation famille de 2,15 points, équivalente à une suppression de cette cotisation pour la très grande majorité des travailleurs indépendants, et par un accroissement de l'exonération des cotisations d'assurance maladie et maternité.

En conséquence, **75 % des entrepreneurs et professionnels libéraux**, ceux dont les revenus annuels nets sont inférieurs à 43 000 euros, soit plus de 1,5 million de personnes, bénéficieront d'une baisse de prélèvements équivalente à celle des salariés, tandis que la mesure sera neutre pour les 25 % les plus aisés.

CSG et allègement de cotisations : le cas des indépendants

Indépendant gagnant l'équivalent du SMIC : gain de 270 € par an

Indépendant gagnant 2 400 € par mois : gain de 550 € par an

CSG et allègement de cotisations : le cas des professionnels de santé libéraux

Les professionnels de santé libéraux bénéficieront du même allègement de cotisation maladie et famille que les autres travailleurs indépendants pour compenser la hausse de CSG. Pour les professionnels de santé libéraux dont les cotisations familiales sont prises en charge, en tout ou partie, par l'assurance maladie (dont les médecins de secteur 1), la mesure de réduction dégressive des cotisations prévue pour les travailleurs indépendants ne permettra pas seule de compenser la hausse de CSG, compte tenu de cette prise en charge préexistante.

En conséquence, l'assurance maladie prendra en charge une fraction des cotisations au régime vieillesse de base afin de garantir une compensation stricte de l'augmentation de la CSG pour les professionnels de santé concernés (médecins de secteur 1 et professionnels de santé qui exercent en zone à faible densité : chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes). La mise en œuvre de ces dispositions donnera lieu à des avenants conventionnels.

Pour les agents publics (contractuels et fonctionnaires), un dispositif de compensation des effets de la hausse de la CSG sera mis en œuvre à compter du 1^{er} janvier 2018. Il comprendra la suppression de la contribution exceptionnelle de solidarité actuellement payée au titre du financement solidaire du risque chômage, et sera complété par des mesures salariales à la suite du rendez-vous salarial qui se tiendra en octobre de manière à assurer la neutralité de la mesure pour les intéressés.

L'augmentation du taux de la contribution sociale généralisée (CSG) de 1,7 point s'appliquera à l'ensemble des revenus d'activité, de remplacement et du capital, à **l'exception des allocations chômage et des indemnités journalières**. Pour les retraités, la hausse de CSG ne concernera que les pensionnés dont les revenus sont supérieurs au seuil permettant l'application d'un taux normal de CSG, soit, pour une personne seule dont le revenu est exclusivement constitué de sa pension de retraite, un revenu net de 1 394 euros par mois.

Ainsi, **les deux tiers des retraités ne verront pas leur pouvoir d'achat baisser**, soit qu'ils ne sont pas concernés par la hausse de prélèvements (pour 40% des retraités les plus modestes), soit qu'ils bénéficient de l'exonération progressive de la taxe d'habitation.

Le projet de loi propose également de **simplifier les modalités de prélèvement de la CSG et des prélèvements sociaux sur certains revenus du capital**, dont le niveau varie

aujourd'hui, pour un même fait générateur, en fonction de la répartition des produits et des plus-values entre les différents exercices au cours desquels ils ont été constitués. L'application du taux des prélèvements en vigueur à la date du fait générateur permet de garantir que la hausse de CSG proposée par le présent article s'appliquera bien pour tous les faits générateurs intervenant à compter du 1^{er} janvier 2018 dans des conditions identiques à tous les produits d'épargne. Bien entendu, les produits d'épargne constitués au cours d'exercices pour lesquels une exonération ou un taux réduit d'imposition était garanti ne seront pas concernés par la hausse de CSG.

A noter que **l'exonération progressive des cotisations salariales au titre du chômage sera sans effet sur le financement de l'assurance chômage**. Celui-ci sera en effet garanti par l'ACOSS, qui assure déjà le recouvrement des contributions d'assurance chômage. Cette compensation sera également neutre pour la sécurité sociale puisqu'elle est couverte et financée par la hausse de la CSG.

La revalorisation du complément mode de garde

Les problèmes de garde d'enfant représentent l'un des principaux freins à la reprise d'un emploi pour les parents qui élèvent seuls leurs enfants. La situation d'isolement induit en effet des contraintes particulières pour la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle.

Le soutien aux parents isolés est donc une priorité, tant économique que sociale, d'autant que les femmes sont plus particulièrement touchées.

Le PLFSS 2018 prévoit ainsi une augmentation conséquente de l'aide dont peuvent bénéficier les familles monoparentales pour faire garder leurs enfants (cf. p 42).

CHAPITRE II-II

Le soutien aux entrepreneurs

Le Premier Ministre a présenté à Dijon le 5 septembre 2017 un plan en faveur des travailleurs indépendants, dont le PLFSS pour 2018 prévoit la mise en œuvre.

Une année blanche de cotisations pour les créateurs d'entreprise

Le Gouvernement met en œuvre de nombreuses mesures visant à soutenir les entrepreneurs, notamment lors de la création de leur activité. Le PLFSS prévoit ainsi les dispositions nécessaires pour **accorder une « année blanche » de cotisations sociales pour tous les créateurs et repreneurs d'entreprises**, sous condition de ressources. Afin d'encourager la création d'entreprise, les charges qui pèsent sur les travailleurs indépendants qui s'engagent dans une aventure entrepreneuriale seront fortement diminuées. **Il s'agit de faciliter l'amorçage des nouvelles entreprises et de soutenir les modèles économiques encore fragiles.**

Ce dispositif généralisé d'exonération de l'ensemble des cotisations de sécurité sociale dues par les créateurs et repreneurs d'entreprise au titre de leur première année d'activité sera mis en place à compter du 1^{er} janvier 2019. Ce dispositif bénéficiera à tous les entrepreneurs ayant un revenu annuel net inférieur à 40 000 € au titre de leur première année d'exercice.

Cette exonération prendra la forme d'un élargissement des conditions d'éligibilité à l'exonération actuellement réservée aux chômeurs créateurs et repreneurs d'entreprise (ACCRES). **Elle bénéficiera à près de 350 000 créateurs d'entreprise supplémentaires chaque année.**

Un travailleur indépendant ayant un revenu net de 30 000 € la première année suivant la création de son entreprise sera exonéré de l'ensemble de ses cotisations de sécurité sociale, soit un gain de 9 500 €.

Le doublement du plafond du régime de la microentreprise

Le régime de la microentreprise permet à toute personne souhaitant développer une activité indépendante avec un chiffre d'affaires modeste de bénéficier de démarches simplifiées pour le paiement des prélèvements sociaux et fiscaux.

Ce régime de déclaration simplifiée permet aux petites entreprises de calculer en toute simplicité le bénéfice imposable, soumis à impôt sur le revenu et aux cotisations et contributions sociales, en appliquant un abattement forfaitaire au chiffre d'affaires. Cela allège les obligations comptables des entreprises concernées.

Actuellement, ce dispositif est ouvert aux entrepreneurs dont le chiffre d'affaires annuel est inférieur aux plafonds de 82 800 € pour la vente de marchandises, ou 33 100 € pour une prestation de service.

Conformément aux engagements du Président de la République, les plafonds du régime de la microentreprise seront rehaussés à compter de 2018 dans la loi de finances : **ils seront portés respectivement à 170 000 € et 70 000 € pour permettre au plus grand nombre de travailleurs indépendants d'accéder à ce régime simplifié.**

Cette extension concernera aussi le dispositif micro-social, qui s'appliquera jusqu'au même niveau de recettes ou de chiffre d'affaires. La franchise de TVA restera inchangée.

La simplification de la déclaration des plus petites activités économiques

La sécurité sociale doit s'adapter à l'émergence d'activités économiques de faible importance ou très ponctuelles réalisées entre particuliers dont il faut encourager le développement dans un cadre adapté et sécurisé.

Afin de faciliter la déclaration de ces activités dans les conditions les plus simples possibles, il est proposé **d'élargir le champ du chèque emploi service universel (CESU) à l'ensemble des activités pouvant être réalisées auprès de particuliers.** Celles-ci pourront ainsi être déclarées aux administrations sociales de manière rapide, simple et totalement dématérialisée.

La possibilité de moduler ses acomptes de cotisations en temps réel

Les travailleurs indépendants bénéficieront de l'ensemble des mesures en leur faveur présentées le 5 septembre 2017 par le Premier ministre et notamment des mesures de simplifications visant à faciliter les démarches et améliorer l'accompagnement lors de la création d'entreprises, et à simplifier la déclaration des revenus et le paiement des cotisations, notamment pour permettre aux travailleurs indépendants qui le souhaitent d'ajuster au mois le mois – ou au trimestre pour ceux qui le préfèrent – le niveau de leurs acomptes de cotisation en fonction de leur activité. Cette dernière mesure fera l'objet d'une expérimentation en application du présent projet de loi.

CHAPITRE II-III

En 2019, l'allègement des cotisations employeurs et la suppression du CICE

Conformément aux engagements du Gouvernement, le PLFSS et le PLF prévoient la suppression du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) et du crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS) qui seront remplacés en 2019 par une exonération renforcée des cotisations sociales comprenant deux volets :

- un **allègement uniforme de 6 points des cotisations sociales** d'assurance maladie pour l'ensemble des salariés relevant du régime général de sécurité sociale et du régime des salariés agricoles, applicable sur les salaires dans la limite de 2,5 SMIC. A la différence du dispositif antérieur, cet allègement bénéficiera à tous les employeurs dans des conditions identiques, qu'ils soient ou non assujettis à l'impôt sur les sociétés.
- un renforcement des **allègements généraux de cotisations sociales** au niveau du SMIC afin d'encourager la création d'emploi. Désormais, ces allègements généraux porteront également sur les contributions d'assurance chômage et de retraite complémentaire.

Ainsi, **au niveau du SMIC, plus aucune cotisation ou contribution sociale, payée habituellement par les entreprises, ne sera due**, à la seule exception de la cotisation au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles pour la part correspondant à la sinistralité des entreprises. Par ailleurs, certains prélèvements spécifiques en dehors du champ de la protection sociale, notamment les contributions dues au titre du versement transport, de l'apprentissage ou de la participation à l'effort de construction, resteront applicables.

Cette mesure se traduira pour les entreprises par un allègement supplémentaire du coût du travail pour tous les salariés rémunérés en dessous de 1,6 SMIC. Concrètement, les allègements généraux seront augmentés de plus de 10 points : alors qu'un salarié rémunéré au SMIC dans une entreprise de moins de 11 salariés coûte aujourd'hui 18 430€ à l'employeur (CICE compris), ce même niveau de salaire correspondra à un coût annuel pour l'employeur de 17 913 € à compter de 2019, soit une économie de 517 €.

L'allègement sera calculé et imputé par les entreprises dans les mêmes conditions que les allègements généraux de cotisation actuels sur leurs versements aux URSSAF ou aux caisses générales de la sécurité sociale (CGSS) d'une part et aux organismes de retraite complémentaire d'autre part.

La conversion du CITS en réduction de cotisations patronales permettra **au secteur non-lucratif**, qui joue un rôle central dans notre système de santé et de solidarité, **d'économiser 1,4 milliard d'euros chaque année à partir de 2019**, soit trois fois plus que l'impact actuel du CITS.

CHAPITRE II-IV

Une nouvelle protection sociale pour les travailleurs indépendants

La création du régime social des indépendants en 2006 a été marquée presque depuis l'origine par d'importants dysfonctionnements, informatiques notamment, qui ont fortement affecté les travailleurs indépendants. En dépit des améliorations de gestion réalisées par la suite, notamment grâce à l'engagement reconnu des équipes du RSI, **la relation de confiance est aujourd'hui altérée** entre les indépendants et leur sécurité sociale et il convient de franchir une nouvelle étape pour une organisation plus efficace.

Ainsi, **à compter du 1^{er} janvier 2018, la protection sociale des travailleurs indépendants sera confiée au régime général**, qui couvre déjà l'essentiel de la population française. Cette réforme, l'une des plus importantes dans l'organisation de la sécurité sociale depuis sa création, vise ainsi à recomposer le paysage des organismes de sécurité sociale dans la perspective d'une meilleure adaptation aux évolutions de parcours professionnels, combinant de manière accrue activité salariale et indépendante.

Les travailleurs indépendants bénéficieront comme aujourd'hui pour l'essentiel des mêmes prestations que les salariés. Certaines des prestations qui leur sont spécifiques ont par ailleurs vocation à être rapprochées : c'est le cas du congé maternité pour la réforme duquel une mission sera prochainement lancée. En revanche, **les travailleurs indépendants conserveront leurs propres règles et taux en matière de cotisations, justifiées par la spécificité de leur situation.**

Les prestations dont bénéficient les travailleurs indépendants seront servies comme pour les salariés par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) et le recouvrement de leurs cotisations sera assuré par les Urssaf. Toutefois, **les travailleurs indépendants bénéficieront au sein des organismes gestionnaires du recouvrement et de l'assurance vieillesse d'une organisation particulière, conçue en fonction de leurs besoins.**

S'agissant de l'assurance maladie, aujourd'hui gérée par des organismes en conventions avec le RSI, elle sera transférée aux CPAM dans le cours de l'année 2020. Dès 2019 toutefois, les salariés qui changent d'activité et prennent le statut de travailleurs indépendants pourront continuer à être gérés par leur caisse primaire d'assurance maladie.

Les représentants des travailleurs indépendants, au sein d'un **conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants** et de ses instances régionales, seront chargés de veiller aux conditions dans lesquelles est assuré le fonctionnement de ce dispositif et son adéquation. Ils exerceront un rôle d'aide et d'accompagnement au travers de l'action sociale et piloteront par ailleurs le régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire propre aux indépendants, dont les paramètres ne sont pas modifiés.

Compte tenu de l'ampleur de la transformation, **une phase transitoire de l'ordre de deux ans** est prévue, pendant laquelle les différentes missions du RSI (liquidation des retraites, assurance maladie, recouvrement des cotisations, etc.) seront progressivement reprises en gestion par les caisses du régime général. Cette transition sera conduite dans des

conditions permettant une **évolution des organisations de travail** et un **transfert de gestion sécurisé et respectueux de la gouvernance, des personnels et des relations sociales** au sein du RSI. Cette période de transition sera également mise à profit pour **négoier les conditions de l'intégration des personnels du RSI au sein du régime général** avec les représentants de ces salariés. L'organisation définitive sera en place au plus tard le 1^{er} janvier 2020.

Le Régime Social des Indépendants est le deuxième régime de protection sociale en France. Il assure la couverture du risque maladie et maternité de l'ensemble des travailleurs indépendants ainsi que le versement de la retraite de base de ces assurés, à l'exception des professions libérales.

Le RSI en quelques chiffres (2016)

Cotisations :

- 2,8 millions de cotisants dont 40 % sont micro-entrepreneurs

Maladie :

- 4,6 millions de bénéficiaires (dont les ayant-droit)
- 8,6 milliards d'euros de prestations versées

Retraite :

- 2 millions de retraités
- 9,2 milliards d'euros de pensions versées dont 7,4 au titre de la retraite de base et 1,8 au titre de la retraite complémentaire

Organisation :

- 5 500 personnes salariées du RSI
- 1 caisse nationale, 29 caisses régionales
- les prestations d'assurance maladie sont versées par 19 organismes conventionnés avec le RSI

Troisième partie
Le développement de la
prévention et de l'innovation
pour des soins plus pertinents

CHAPITRE III-I

Un taux d'ONDAM en évolution de 2,3%

Le solde de l'assurance maladie devrait s'établir à -4,1 milliards d'euros en 2017 et à -0,8 milliards d'euros en 2018. **Il s'agirait du meilleur résultat depuis 2001.**

Ce redressement repose sur une progression maîtrisée de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en dépit d'une évolution tendancielle forte.

L'ONDAM 2017 respecté

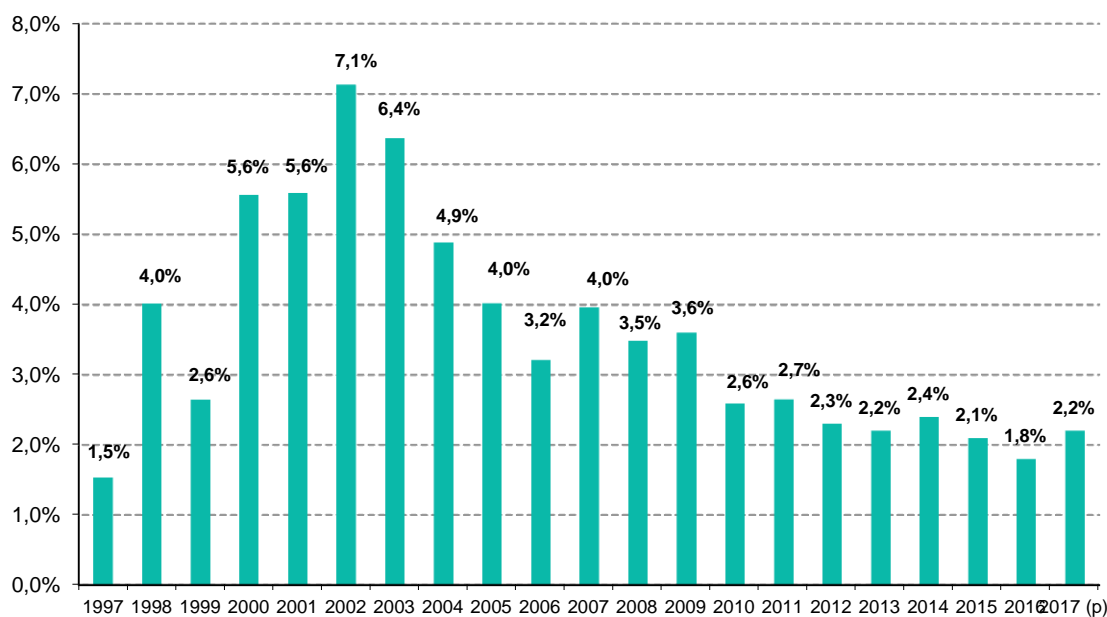
En 2017, l'ONDAM devrait être respecté pour la huitième année consécutive.

La dynamique des dépenses de soins en ville, marquée notamment par l'entrée en vigueur de la nouvelle convention médicale, a pu être contenue du fait notamment des efforts de maîtrise médicalisée et d'une renégociation générale des prix des traitements contre l'hépatite C. A l'hôpital, la progression des dépenses de la liste en sus a également été contenue.

L'ONDAM 2018 progressera de 2,3 % grâce à la poursuite d'efforts importants et partagés

Conformément aux engagements du Président de la République, **l'ONDAM 2018, d'un montant de près de 200 milliards d'euros, progressera de 2,3 % par rapport à 2017**, ce qui représente 4,4 milliards d'euros de dépenses nouvelles prises en charge par la collectivité sur le champ de la maladie.

Une progression maîtrisée de l'ONDAM



Evolution de l'ONDAM 2018 par sous-objectif

	Niveau des dépenses par sous-objectifs Md €	Taux de progression	Pour mémoire : taux de progression voté en LFSS 2017
Soins de ville	88,9	2,4%	2,1%
Etablissements de santé	80,7	2,0%/ 2,2% avec FJH	2,0%
Etablissements et services médico-sociaux	20,5	2,6%	2,9%
Fonds d'intervention régionale	3,4	3,1%	2,1%
Autres prises en charge	1,8	4,3%	4,6%
Total	195,2	2,3%	2,1%

Les ressources affectées aux établissements de santé progresseront de 2,2 % : en sus d'une progression du sous objectif établissements de santé équivalente à celle de 2017 (+2 %), **les établissements de santé percevront également le produit de l'augmentation de 2 € du forfait journalier hospitalier**, qui passera ainsi de 18 € à 20 €. Pour les séjours en psychiatrie, le montant augmentera de 1,5 € seulement, passant de 13,5 € à 15 €.

Le forfait journalier hospitalier (FJH), destiné à financer les frais d'hébergement des patients, n'a pas été revalorisé depuis 2010. L'augmentation de 2 € est équivalente à l'inflation constatée depuis cette date et anticipée pour 2018.

Il faut par ailleurs signaler que depuis la mise en place des contrats responsables, les complémentaires santé prennent désormais en charge systématiquement – et sans limitation de durée – le forfait journalier hospitalier. Pour mémoire, 95 % des Français disposent d'une couverture complémentaire santé ou de la CMU complémentaire.

Alors que la part des dépenses d'assurance maladie prise en charge par les complémentaires a baissé au cours des 4 dernières années, la mesure stabilisera cette part.

Un montant d'économies important

Si le taux d'ONDAM est en progression, l'atteinte de cet objectif nécessite néanmoins un effort important de maîtrise de l'évolution des dépenses.

Cet effort s'organise selon différents axes qui vont structurer le prochain plan d'appui à la transformation de notre système de santé 2018-2022, qui fera l'objet de larges consultations d'ici la fin de l'année. Ces axes visent à faire du pilotage de l'ONDAM un outil de transformation et d'adaptation de notre système de santé.

Ils ont trait à :

- la structuration de l'offre de soins ;
- la pertinence et l'efficacité des produits de santé ;
- la pertinence et la qualité des actes ;
- la pertinence et l'efficacité des prescriptions d'arrêts de travail et de transport ;
- le contrôle et la lutte contre la fraude.

Economies attendues en 2018 (en millions d'€)

Structuration de l'offre de soins	1465
<i>Structurer des parcours de soins efficaces</i>	250
<i>Améliorer la performance interne des établissements de santé et médico-sociaux</i>	1215
<i>Optimisation des achats et autres dépenses</i>	575
<i>Liste en sus et autorisation temporaire d'utilisation</i>	390
<i>Rééquilibrage de la contribution de l'ONDAM à l'objectif global de dépense</i>	200
<i>Améliorer la performance interne des établissements de santé médico-sociaux</i>	50
Pertinence et efficacité des produits de santé	1490
<i>Baisse de prix des médicaments</i>	480
<i>Promotion et développement des génériques</i>	340
<i>Biosimilaires</i>	40
<i>Baisse des tarifs des dispositifs médicaux</i>	100
<i>Maîtrise des volumes et de la structure de prescription des médicaments et dispositifs médicaux</i>	320
<i>Remises</i>	210
Pertinence et qualité des actes	335
<i>Maîtrise médicalisée</i>	110
<i>Actions de pertinence et adaptations tarifaires des actes de biologie, imagerie et autres actes médicaux en ville et à l'hôpital</i>	225
Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail et de transports	240
<i>Transport</i>	75
<i>Indemnités journalières</i>	165
Contrôle et lutte contre la fraude	90
Autres mesures	545
<i>Actualisation du forfait journalier hospitalier</i>	200
<i>Participation des organismes complémentaires au financement de la convention médicale</i>	100
<i>Pertinence et gestion dynamique du panier de soins</i>	180
<i>Evolution des cotisations des professionnels de santé</i>	65
TOTAL	4165

CHAPITRE III-II

La prévention au cœur de la stratégie de santé

La prévention est un axe central de la nouvelle stratégie nationale de santé qui sera arrêtée d'ici la fin de l'année. Le PLFSS 2018 traduira, dès cette année, cette ambition avec la mise en œuvre des mesures relatives à l'extension des obligations vaccinales pour les jeunes enfants et à l'augmentation du prix du tabac.

Lutter contre le tabagisme

Le tabac est responsable de **73 000 décès annuels en France**, dont 45 000 par cancer. La lutte contre le tabagisme est donc la première des priorités de santé publique.

L'augmentation importante et rapide du prix du tabac a démontré son efficacité en matière de réduction de sa consommation. Le PLFSS propose donc une évolution significative de la fiscalité applicable afin d'aboutir à un paquet de cigarettes à 10 € en 2020. Après un premier relèvement du minimum de perception dans les prochaines semaines, l'augmentation de la fiscalité du tabac proposée dans le PLFSS visera à faire progresser le prix moyen du paquet de cigarettes selon la chronologie suivante :

Mars 2018	Avril 2019	Novembre 2019	Avril 2020	Novembre 2020
+1€	+0,50€	+0,50€	+0,50€	+0,40€

Ces hausses porteront aussi sur le tabac à rouler, les cigarillos et les cigares pour une politique cohérente de hausse de la fiscalité et éviter des phénomènes de substitution et reports entre les produits du tabac.

En parallèle de la hausse du prix du tabac, **une politique de prévention et de sensibilisation sera menée.** Elle se concrétisera par un plan de prévention et de réduction du tabagisme visant notamment à accompagner les fumeurs qui souhaitent s'arrêter, à diminuer la consommation chez les jeunes et à s'adresser spécifiquement aux plus précaires.

Concomitamment à la hausse du tabac, des actions sont engagées pour **lutter contre la contrebande de tabac et limiter les achats transfrontaliers.** Ces actions incluent des initiatives à l'échelle de l'Union européenne dans plusieurs domaines : adoption d'un dispositif de traçabilité conforme à la directive 2014/40 et au protocole OMS ; limitation des quantités pouvant être transportées par des particuliers d'un pays à l'autre de l'Union par la révision de la directive 2008/118.

Améliorer la couverture vaccinale obligatoire

La vaccination est un geste de prévention simple et efficace. C'est aussi un geste de solidarité. Elle permet en effet d'éviter **pour soi-même et pour les autres**, notamment les plus fragiles, des maladies infectieuses graves, entraînant d'importantes complications et des décès.

Aujourd'hui, l'OMS se fixe pour objectif que 95 % de la population soit vaccinée pour éviter ces maladies infectieuses. En France, ce taux est atteint pour les 3 maladies contre lesquelles le vaccin est obligatoire (diphtérie, tétanos et poliomyélite). En revanche pour d'autres vaccins recommandés comme celui contre la rougeole, les couvertures vaccinales sont très insuffisantes. **Cette insuffisance de couverture vaccinale est à l'origine d'épidémies et/ou de décès/handicap évitables.**

Ces différences peuvent s'expliquer par la coexistence de vaccins recommandés et obligatoires pour les nourrissons, ce qui contribue à l'absence de lisibilité de notre politique vaccinale alors que cette coexistence n'a pas de sens en termes de santé publique.

La réforme consiste à passer de 3 à 11 vaccins obligatoires, en ajoutant les 8 vaccins, actuellement recommandés (coqueluche, rougeole, oreillons, rubéole, infection invasive à *Haemophilus Influenzae* de type B, infection invasive contre le méningocoque C, infection à pneumocoque et hépatite B). Ces vaccins sont réalisés entre 0 et 18 mois et représentent 10 injections au total selon le calendrier vaccinal.

Cette réforme s'appliquera à compter du 1^{er} janvier 2018. Ces nouvelles vaccinations obligatoires conditionneront, pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018, l'entrée et le maintien dans toute école, garderie, colonie de vacances ou autre collectivité d'enfants et ce à compter du 1^{er} juin 2018.

CHAPITRE III-III

L'innovation au service de l'efficacité des organisations

Le vieillissement démographique, l'augmentation des maladies chroniques et l'évolution de la démographie des professionnels de santé (notamment leur répartition géographique) constituent des défis sanitaires. Pour y répondre, nous devons **mettre en place de nouvelles organisations**, qui dépassent les clivages traditionnels entre acteurs du monde de la santé ; nous devons être prêts également à faire évoluer nos modes de rémunérations en soutien de ces nouvelles organisations.

Par ailleurs, les nouvelles technologies de l'information doivent être pleinement intégrées à ces évolutions : **le virage numérique doit accompagner la transformation des organisations.**

Le PLFSS pour 2018 comporte des avancées substantielles sur ces chantiers en favorisant l'innovation et en permettant aux initiatives portées par les acteurs de terrain de se déployer plus simplement et plus efficacement. Trois mesures en particulier porteront cette dynamique nouvelle : **innovations du système de santé, déploiement de la télémédecine et accélération de l'inscription des nouveaux actes au remboursement.**

La transition numérique de notre système de santé et de cohésion sociale sera portée dans le cadre du grand plan d'investissement, dont les grands axes stratégiques ont été présentés dans le rapport de Jean Pisani Ferry le 25 septembre :

- numérisation du système de santé, pour 1 Md€ sur le quinquennat ;
- développement des maisons de santé et des centres de santé, pour 0,4 Md€ sur le quinquennat ;
- investissement dans la recherche médicale, pour 0,5 Md€, issu du programme d'investissement d'avenir ;
- modernisation et renouvellement des équipements techniques et immobiliers hospitaliers pour 3 Md€.

Expérimenter pour innover

L'organisation de notre système de santé nécessite d'évoluer pour améliorer le parcours des patients et l'accès aux soins, en se fondant sur des **projets d'organisations innovantes.**

En effet, notre système de santé est caractérisé par une offre de soins cloisonnée, alors que les patients sont de plus en plus souvent atteints de pathologies complexes nécessitant une prise en charge coordonnée. Par ailleurs, les modèles de financement actuels ne permettent pas d'évoluer vers une organisation efficiente et coordonnée des soins.

Le PLFSS permettra donc d'encourager et d'accompagner le déploiement de nouvelles organisations qui améliorent le parcours des patients.

Le PLFSS permettra de lancer, pour une durée de 5 ans, **des expérimentations portant à la fois sur l'organisation et la rémunération des actes ou des séjours.** Ces expérimentations pourront concerner aussi bien les soins de ville que l'hôpital ou le secteur

médico-social. Ces expérimentations pourront prévoir, à l'instar de ce qui existe dans d'autres pays, des paiements globaux pour une séquence complète de soins (« bundle paiement ») ou la prise en charge coordonnée et globale d'une patientèle par des opérateurs de santé (sur un modèle adapté par exemple des ACOs (*accountable care organizations*)).

Les expérimentations, qui donneront lieu à une concertation large dans leur conception par l'intermédiaire d'un conseil stratégique, pourront donner lieu à un financement par le biais d'un fonds pour l'innovation, géré par la CNAMTS et doté en tant que de besoin.

Accélérer l'inscription des actes au remboursement

Les délais d'inscription des actes nouveaux sont aujourd'hui trop longs, avec une moyenne de 3 ans.

Afin d'accélérer l'innovation pour la prise en charge des patients, de renforcer la transparence et la prévisibilité des procédures d'inscription des actes au remboursement par l'assurance maladie, le projet de loi **rationalise la procédure d'inscription des actes nouveaux** en encadrant dans le temps le travail préalable des commissions de hiérarchisation des actes et prestations (CHAP) : si ces commissions ne se sont pas prononcées dans un délai d'un an après l'avis scientifique rendu sur un nouvel acte par la Haute autorité de santé, l'assurance maladie pourra procéder à l'inscription.

Le projet de loi propose également **une procédure spécifique d'inscription au remboursement des actes effectués en équipe**. Elle permettra d'accélérer l'inscription au remboursement des actes réalisés dans le cadre d'organisations innovantes associant plusieurs professionnels de santé libéraux (par exemple entre médecins et infirmiers ou entre ophtalmologistes et orthoptistes). Il s'agit de développer les pratiques collaboratives favorables à une prise en charge coordonnée du patient et à une meilleure utilisation des compétences rares notamment dans les territoires fragiles.

Un grief récurrent formulé à l'encontre des protocoles de coopération trouvera également une réponse. La durée de leur examen par les diverses instances pourra désormais être encadrée. Lorsque ces protocoles relèveront de priorités nationales fixées par arrêté, leur examen par la Haute Autorité de santé et le cas échéant par le collège des financeurs ne pourra excéder six mois.

Développer l'usage de la télémédecine

Reconnue dans le droit français depuis 2009 et mise en œuvre par la voie d'expérimentations de terrain, la télémédecine demeure une pratique marginale parmi les professionnels de santé. Son déploiement en routine doit permettre de prévenir des hospitalisations et des transports évitables, de faciliter la coordination entre professionnels de santé et d'améliorer l'accès aux soins.

Pour la généraliser, le projet de loi met fin à leur caractère expérimental, de façon à ce qu'ils puissent se développer plus facilement. Pour ce faire, le cadre économique et les conditions de réalisation de ces actes doivent être établis et l'article de loi permet à l'assurance maladie et aux syndicats signataires de la convention médicale de déterminer les conditions de réalisation et de tarification des actes de **téléconsultation**, c'est-à-dire des consultations par un professionnel médical d'un patient à distance, et de **téléexpertise**, à savoir la sollicitation par un professionnel médical d'un ou plusieurs avis d'autres professionnels médicaux.

La télésurveillance, qui permet à un professionnel de santé de prendre des décisions sur la prise en charge de son patient sur la base des données de santé recueillies à distance, continuera à ce stade, quant à elle, à faire l'objet d'expérimentations pour en préciser le cadre et les indications pertinentes.

Le déploiement de l'usage de la télémédecine dans les zones sous-denses constituera un objectif du plan d'accès aux soins notamment en vue garantir l'accès aux spécialités médicales.

Exemple de prise en charge avec la télémédecine :

Avec le remboursement prochain de la télémédecine, Mme Martin, qui a des difficultés à se déplacer jusqu'au cabinet de son cardiologue situé à 70 km de chez elle, pourra bénéficier d'un suivi médical sans avoir à s'y rendre systématiquement.

Son cardiologue lui garantit la même qualité de prise en charge, grâce à une téléconsultation ou la lecture à distance de ses bilans cardiaques, adressés par son médecin traitant.

Soutenir l'investissement numérique en santé

Un effort important sera par ailleurs engagé en 2018 2018 pour accompagner la mise en œuvre d'un programme de transformation numérique en santé.

Ce sont près de 100 millions d'euros qui seront ainsi mobilisés en 2018 en faveur du déploiement de différentes actions qui participent toutes de la volonté gouvernementale de porter, dans le cadre du grand plan d'investissement, la transition numérique de notre système de santé et de cohésion sociale comme un levier essentiel pour améliorer la qualité de prise en charge des usagers.

Les crédits mobilisés en 2018 permettront d'accélérer la transformation numérique des établissements de santé avec **le lancement d'un nouveau plan d'investissement numérique pour les établissements de santé** qui aura pour objectifs prioritaires de développer les services numériques au bénéfice du patient et de renforcer les liens entre l'hôpital et les professionnels de santé de ville. La modernisation du système d'information des SAMU sera également poursuivie afin de fiabiliser et de sécuriser les SAMU-centres 15 dans l'exercice de leur mission.

Des crédits dédiés au sein du fond d'intervention régional (FIR), en évolution de 3,1%, permettront en 2018, à travers le programme e-parcours, de développer des services numériques pour faciliter les échanges d'informations entre professionnels, au service du patient. À terme, ces services permettront de profiter pleinement du potentiel des données collectées pour développer la prévention et une prise en charge personnalisée et globale, tant en termes de diagnostic et de traitement que de suivi des patients.

CHAPITRE III-IV

Réguler la dépense et améliorer le bon usage des soins

Une meilleure régulation de la liste des produits et prestations (LPP)

Le juste recours aux dispositifs médicaux remboursés constitue un enjeu majeur de pertinence et de qualité des soins. La forte croissance des dépenses d'assurance maladie relatives à ces dispositifs et la très grande diversité de ce secteur, conduisent à souhaiter développer des outils de régulation mieux adaptés et plus efficaces.

Le PLFSS 2018 permettra de réguler les pratiques de promotion des dispositifs médicaux et la formation de certains professionnels afin de fournir une information claire, de qualité et facilement mobilisable.

Comme pour le médicament, la visite médicale relative aux dispositifs médicaux sera mieux contrôlée, une charte négociée avec les professionnels sera établie et le principe de certification des logiciels d'aide à la dispensation sera étendu au champ du dispositif médical.

Le renforcement des dispositifs d'accompagnement et de contrôle pour une juste prescription

Le PLFSS permettra à l'assurance maladie de renforcer le périmètre et la portée de dispositifs de contrôle de la pertinence des actes et des prescriptions, comme la mise sous objectifs et la mise sous accord préalable qui seront étendues à toutes les professions prescriptrices et verront leurs conditions de mise en œuvre précisées .

Pour les médicaments et les dispositifs médicaux, les possibilités de demande d'accord préalable seront également étendues.

Le PLFSS 2018 prévoit également un intéressement, jusqu'à 30% des économies générées, pour les établissements, signataires d'un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES), qui modèreront leurs dépenses de prescription de transport ou de médicaments. Dès 2018 par ailleurs, des incitations seront mises en place pour accompagner le développement de la prescription de biosimilaires par les établissements de santé.

Le lancement d'un nouveau plan d'appui à la transformation du système de santé, en phase avec les priorités du Gouvernement

Après un plan triennal 2015-2017 et afin d'accompagner les transformations nécessaires de notre système de soins dans les cinq prochaines années, **un plan d'appui à la transformation du système de santé**, en phase avec les priorités du gouvernement, sera lancé fin 2017 pour la période 2018-2022.

Structuré autour de six axes : la prévention, la structuration de l'offre de soins, la pertinence et l'efficacité des produits de santé, des prestations de transports et IJ, des actes, et enfin le contrôle et la lutte contre la fraude – le nouveau plan donnera la priorité à la pertinence et à la qualité des soins pour assurer la maîtrise de l'évolution des dépenses de l'assurance maladie sur la période.

Quatrième partie
La prise en compte des
besoins des plus fragiles,
l'accompagnement des
familles

CHAPITRE IV-I

Améliorer la prise en charge des personnes les plus fragiles

En 2018, 22 milliards d'euros seront consacrés au financement des établissements et services accueillant des personnes âgées en perte d'autonomie ou des personnes handicapées, en augmentation de 2,6 % par rapport à 2017, soit 515 millions d'euros supplémentaires.

Accompagner les personnes handicapées

Conformément à l'engagement gouvernemental en faveur de l'inclusion des personnes en situation de handicap, priorité du quinquennat rappelée lors du Comité interministériel du handicap du 20 septembre 2017, les crédits disponibles doivent permettre d'améliorer l'accompagnement des personnes handicapées afin de favoriser leur inclusion dans la cité. Il s'agit d'accélérer la transformation de l'offre médico-sociale dans cette direction, afin de la rendre plus adaptée et plus modulable en fonction des besoins individuels des personnes et leur projet de vie.

- Favoriser le développement de l'offre d'accompagnement par les services et établissements pour **personnes handicapées**, dans la poursuite des mesures prises lors du Comité interministériel du handicap du 2 décembre 2016. Ce dernier a prévu 180 millions d'€ sur la période 2017-2021 dont la moitié affectée à la transformation de l'offre afin de favoriser l'accompagnement des personnes en milieu ordinaire (pôles de compétences et de prestations externalisées, accompagnement à domicile « hors les murs », accueil temporaire, projets innovants...). Dans ce contexte, **2 028 nouvelles places** seront ainsi créées en 2018 dont 707 dans le cadre de l'achèvement des créations prévues par le troisième plan autisme, dans l'attente des résultats de la concertation sur le 4^{ème} plan autisme qui a débuté le 6 juillet 2017. L'accélération de la transformation de l'offre et le développement de nouveaux services inclusifs sera recherchée notamment au travers de la contractualisation renforcée avec les établissements et services dans le cadre de la généralisation des CPOM.
- **Renforcer la capacité du secteur à trouver des solutions rapides et adaptées aux situations critiques** dans le champ du handicap dans le but de prévenir les départs en Belgique grâce à une enveloppe supplémentaire de 15 millions d'euros doublant les crédits dédiés. Ce dispositif s'inscrit dans la démarche structurante « Une réponse accompagnée pour tous », et le dispositif d'orientation permanent qui sera généralisé dans l'ensemble des départements à compter du 1er janvier 2018. D'ores et déjà, 90 départements sont engagés dans la démarche « une réponse accompagnée pour tous » qui vise à proposer de meilleures réponses territoriales pour tous, en réunissant et en coordonnant davantage les compétences et expertises de l'ensemble des acteurs – autorités de tarification et de contrôle, Education nationale, assurance-maladie, MDPH, établissements de santé, établissements et services médico-sociaux... - et dans la co-construction avec les personnes et leurs familles.

Prendre en compte les besoins des personnes âgées en perte d'autonomie :

Il s'agit de renforcer l'offre disponible pour accueillir les personnes âgées en perte d'autonomie et d'adapter cette offre à l'évolution des besoins, qui requièrent en particulier un encadrement soignant plus important :

- **De nouvelles places d'hébergement seront créées** : 4 525 places supplémentaires d'hébergement permanent en EHPAD ainsi que 693 places d'accueil de jour et 482 places d'hébergement temporaire.
- **La réponse aux besoins spécifiques des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sera renforcée** :
 - avec la création de 206 places dans les pôles d'activité et de soins adaptés et 272 places en unité d'hébergement renforcé (avec 15 millions d'euros au titre des mesures nouvelles 2018).
 - 30 équipes spécialisée Alzheimer (ESA) nouvelles seront créés à terme, dont 5 dès 2018, afin de réduire les distances d'accès et obtenir une meilleure couverture territoriale. Cette offre viendra en complément des 66 équipes ESA restant à installer entre 2017 et 2019 dans le cadre du Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019.
- La réforme du financement des EHPAD initiée en 2017 sera poursuivie en renforçant les moyens des établissements : 100 millions d'euros seront consacrés au total à améliorer le taux d'encadrement, la qualité des accompagnements et les conditions de travail des personnels.
- Enfin, une enveloppe de 10 millions d'euros sera consacrée à la première tranche d'un plan progressif d'extension du dispositif expérimental des astreintes de nuit dans les EHPAD.

Améliorer l'accès aux soins et la prise en charge des personnes précaires au sein des établissements de santé

En 2018, près de 50 millions d'euros seront consacrés au renforcement des dispositifs facilitant l'accès aux soins et la prise en charge des patients précaires au sein des établissements de santé.

Ces financements permettront notamment d'accompagner l'accroissement de l'activité des permanences d'accès aux soins en santé (PASS) suite à l'émergence de nouvelles problématiques sociales et en particulier, l'importance accrue de la prise en charge de personnes migrantes.

Il s'agit donc de conforter le rôle de ces dispositifs dans certains territoires afin de faciliter l'accès au système de santé de ces populations dans le cadre de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Les crédits alloués aux établissements pour la prise en charge des patients précaires (MIG accueil des populations précaires) seront également revus à la hausse afin d'accompagner la forte croissance du nombre de patients précaires (CMU, CMUC et AME) et de répondre aux besoins spécifiques de certains territoires particulièrement confrontés à ce phénomène (outre-mer notamment).

Conforter l'expertise et la qualité au bénéfice des établissements médico sociaux

Le PLFSS 2018 prévoit le transfert de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (ANESM) au sein de la Haute autorité de santé au 1er avril 2018. Cette réforme permettra de favoriser une politique d'évaluation de la qualité transversale aux champs sanitaire, social et médico-social tout en préservant les spécificités de ce secteur. Les évolutions du dispositif d'évaluation des établissements de santé médico-sociaux, préconisées par le rapport de la mission IGAS relative au dispositif d'évaluation interne et externe de ces établissements de juin 2017, seront ainsi portées par cet acteur institutionnel reconnu.

CHAPITRE IV-II

Des mesures fortes en faveur des plus modestes

Un soutien aux retraités les plus modestes

Le PLFSS pour 2018 traduit l'engagement présidentiel de **revaloriser le minimum vieillesse de 100 € par mois.**

Ainsi les montants de l'allocation de solidarité pour les personnes âgées et de l'allocation supplémentaire vieillesse seront portés à 903€ par mois en 2020, contre 803 € actuellement. **Le minimum vieillesse augmentera de 30 € au 1^{er} avril 2018**, puis de 35 € au 1^{er} janvier 2019 et 35 € au 1^{er} janvier 2020.

Cette mesure forte de solidarité, représentant un effort estimé à **525 millions d'euros sur 3 ans**, bénéficiera aux 550 000 retraités percevant déjà le minimum vieillesse et devrait contribuer à majorer la pension de 46 000 retraités supplémentaires.

Afin de rendre notre système de retraite plus simple et plus lisible, les dates de revalorisation des pensions de retraite et du minimum vieillesse, fixées depuis 2014 au 1^{er} octobre et 1^{er} avril, **seront alignées au 1^{er} janvier**, à compter de 2019. Cette mesure du PLFSS conduira à **avancer de 3 mois la date de revalorisation du minimum vieillesse** et à décaler de 3 mois la date de revalorisation des pensions de retraite, du 1^{er} octobre 2018 au 1^{er} janvier 2019.

Des dispositions qui s'ajoutent à celles prévues dans le cadre du projet de loi de finances au bénéfice des personnes handicapées

Pour mémoire, le PLF 2018 traduit l'engagement présidentiel de porter à **900 € le montant de l'allocation adulte handicapée, afin de lutter contre la pauvreté subie des personnes du fait de leur handicap.**

Les montants de l'allocation adulte handicapé seront portés à 900 € par mois dès 2019. Le montant actuellement de 810 € sera porté à 860 € dès le mois de novembre 2018 puis à 900 € au 1^{er} novembre 2019.

Cette mesure forte de solidarité représente un effort estimé à plus de 2 milliards d'euros cumulé d'ici à 2022. Elle bénéficiera à plus de 900 000 allocataires.

Parallèlement, un rapprochement des règles de prise en compte de la situation familiale des bénéficiaires de l'AAH avec celles applicables aux bénéficiaires d'autres minima va être engagé. En effet, le niveau de ressources garanti à un couple comptant un bénéficiaire de l'AAH s'établit aujourd'hui à 2 fois celui d'une personne isolée, alors qu'il s'établit à 1,5 fois pour les bénéficiaires du RSA ; le coefficient sera progressivement porté à 1,8 pour les bénéficiaires de l'AAH. L'impact de cette mesure sera neutralisé par la revalorisation parallèle de la prestation.

CHAPITRE IV-III

Soutenir les besoins des familles

Le PLFSS pour 2018 engage une trajectoire ambitieuse, responsable, et solidaire pour la politique familiale du Gouvernement, qui fera du soutien aux familles les plus fragiles l'une de ses grandes priorités.

Le soutien aux familles monoparentales

Certaines familles fragiles doivent être davantage aidées : c'est le cas des familles monoparentales, qui éprouvent des difficultés à concilier vie familiale et vie professionnelle, et qui sont plus souvent que les autres frappées par la pauvreté. Les femmes sont plus particulièrement touchées par cette situation.

Le PLFSS pour 2018 cible l'enjeu de la garde d'enfant qui est, pour ces familles déjà fragilisées sur le plan financier, particulièrement susceptible de freiner l'activité professionnelle ou d'empêcher la reprise d'un emploi. **Le montant plafond du complément de libre choix du mode de garde (CMG) sera ainsi majoré de 30%** pour les familles monoparentales. Cette mesure permettra à tous les parents qui élèvent seuls leur(s) enfant(s) en bas âge d'être mieux aidés financièrement lorsqu'ils recourent à un assistant maternel, une garde à domicile ou une micro-crèche. Selon les configurations familiales, le nombre d'heures de garde et le montant des revenus de la famille, l'aide mensuelle pourra augmenter jusqu'à 250 € par mois.

Exemple

Une femme gagnant 1 500 € par mois et élevant seule son enfant de 2 ans, verra l'aide maximale à laquelle elle peut prétendre pour recourir à un assistant maternel passer de 463 € à 601 € par mois, soit une augmentation de 138 € par mois. Si le coût de la garde s'élève à 750 € par mois, seuls 149 € resteront ainsi mensuellement à sa charge, soit moitié moins qu'avant.

Les parents isolés qui ne perçoivent pas de pension alimentaire (ou une pension inférieure à 104,1 € par mois) bénéficieront également d'un soutien exceptionnel en 2018. Le montant de l'**allocation de soutien familial** (109,7 € par mois) sera ainsi revalorisé de 6 € le 1^{er} avril 2018. Au total, le montant de l'ASF aura été revalorisé de 25 % par rapport à 2013, en sus de l'inflation.

Enfin en 2018, l'**Agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaires** (ARIPA) sera pleinement effective. Elle facilitera les démarches des couples se séparant à l'amiable, qui n'auront plus à recourir au juge pour obtenir un titre exécutoire entérinant le montant de la pension alimentaire.

Un appui aux familles les plus modestes

La lutte contre la pauvreté des enfants est l'une des priorités du Gouvernement. A ce titre sera lancée le 17 octobre *la Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes*, qui sera conçue et mise en œuvre avec tous les acteurs engagés dans la lutte contre l'exclusion.

Les familles nombreuses les plus modestes bénéficieront également d'une aide exceptionnelle en 2018. Le montant majoré du complément familial (CF 236,7 € par mois) sera ainsi revalorisé au 1^{er} avril 2018 de 16,8 € par mois. Au total, le montant du CF majoré aura été revalorisé de 50 % en sus de l'inflation depuis 2013.

Une simplification du système de prestations familiales

La PLFSS pour 2018 prévoit l'alignement des conditions de ressources et des montants de l'allocation de base de la PAJE et du complément familial. Il s'agit de procéder dès le 1^{er} juillet 2018 à une mise en cohérence de ces deux prestations qui sont amenées à se succéder dans le temps (avant et après les 3 ans du dernier enfant) et qui améliorera la lisibilité de l'architecture des prestations familiales. Les droits en cours ou acquis au titre des enfants nés ou adoptés avant le 30 juin 2018 ne seront pas modifiés par la réforme. Autrement dit, les familles qui touchent actuellement l'allocation de base de la PAJE ne sont pas concernées.

Pour leur part, les montants de la prime à la naissance et de la prime à l'adoption seront à nouveau revalorisés en fonction de l'inflation. Ce « dégel » permettra à ces prestations d'être revalorisées en 2018 pour la 1^{ère} fois depuis 2013.

Un nouveau cadre pour améliorer l'accueil des jeunes enfants et renforcer le soutien à la parentalité

Au début de l'année 2018, une nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG) sera signée avec la CNAF pour la période 2018-2021. Elle sera l'occasion de porter, sur des bases renouvelées, une stratégie d'amélioration de la couverture des besoins de garde d'enfant et des services aux familles au plus près des besoins des territoires, notamment dans le domaine de la parentalité. Une réflexion sur les normes appliquées dans le secteur sera engagée pour libérer les initiatives, et les modes de financement des établissements seront réformés, pour plus de simplicité et d'efficacité. La COG portera également une ambition forte en matière d'accueil du jeune enfant en situation de handicap ainsi qu'en termes d'efficience de gestion et de qualité de service.

CHAPITRE IV-IV

Améliorer la prise en charge des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles

La situation financière de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) est désormais redressée : après quatre années de déficit, elle a retrouvé depuis 2013 une situation excédentaire lui permettant de résorber totalement son déficit cumulé.

L'ordonnance du 22 septembre 2017 relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention a simplifié et pérennisé le dispositif du compte personnel de prévention de la pénibilité, devenu **compte professionnel de prévention**, afin de prendre en compte l'exposition à certains facteurs de risques professionnels avant la survenance de ses effets sur la santé des travailleurs. Ce dispositif permet aux salariés l'acquisition de droits à des heures de formation professionnelle, à du temps partiel ou à des trimestres de majoration de la durée d'assurance retraite en cas d'exposition aux facteurs de risques professionnels concernés.

L'ordonnance a par ailleurs élargi le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente institué par la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, en assouplissant les conditions d'accès au dispositif pour les victimes de maladies professionnelles liées aux facteurs de pénibilité qui ne sont plus dans le périmètre du compte professionnel de prévention.

Afin d'assurer l'équilibre entre recettes et dépenses du compte professionnel de prévention, son financement a été transféré à la branche accidents du travail et maladies professionnelles, par le biais d'une majoration de cotisation mutualisée dédiée aux dispositifs de prise en compte de la pénibilité. Cette majoration sera neutralisée en 2018 par une baisse de la cotisation AT/MP.

Enfin, dans une perspective d'amélioration des politiques de maintien en emploi, l'ordonnance pose le principe d'un droit nouveau à une formation qualifiante pour les victimes d'AT-MP présentant un risque de désinsertion professionnelle.

Le PLFSS pour 2018 améliore l'indemnisation des victimes de maladies professionnelles : à partir du 1^{er} juillet 2018, la victime d'une maladie professionnelle sera ainsi indemnisée dès l'apparition des premiers symptômes de la maladie alors que jusqu'à présent cette indemnisation débutait au moment où un médecin établissait un lien possible entre la pathologie et l'exposition professionnelle. Cette mesure d'équité et de justice permettra une nette amélioration de la prise en charge des victimes de maladies professionnelles.

Au début de l'année 2018, une nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG) sera signée. Elle permettra, en articulation étroite avec le plan Santé au travail n°3, de poursuivre et d'approfondir les actions de la branche en matière de prévention des risques professionnels et de maintien dans l'emploi des victimes d'ATMP.

solidarites-sante.gouv.fr
economie.gouv.fr

#PLFSS2018



Contacts presse :

Ministère des Solidarités et de la Santé :
Lise Arduin 01 40 56 78 82 – lise.arduin@sg.social.gouv.fr

Cabinet de Gérald DARMANIN : 01 53 18 45 03
presse.macp@cabinets.finances.gouv.fr