



*Ministère de la santé
et de la protection sociale*

Commission des comptes de la sécurité sociale :

Présentation des grandes lignes du PLFSS 2005

21 septembre 2004

Contacts presse :

- Cabinet de Philippe Douste-Blazy : Marie-Charlotte Guichet – Tél. : 01 40 56 40 14
- Cabinet de Xavier Bertrand : Muriel Hoyaux – tél. : 01 40 56 70 46

Sommaire

I) 2005 : un premier redressement des comptes du régime général

- Fiche n°1 Les comptes du régime général en 2005
- Fiche n°2 Principales mesures de la réforme de l'Assurance maladie : la loi du 13 août 2004
- Fiche n°3 La mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie
- Fiche n°4 Le plan médicament
- Fiche n°5 Un soutien à l'innovation réaffirmé
- Fiche n°6 Le remboursement continue de progresser

II) Des moyens nouveaux pour la santé en 2005

- Fiche 7 : 2 milliards d'euros pour l'hôpital en 2005
- Fiche 8 : La modernisation de l'hôpital : hôpital 2007
- Fiche 9 : Le déploiement du plan cancer
- Fiche 10 : Une meilleure prise en charge des personnes âgées
- Fiche 11 : Réussir l'intégration des personnes handicapées

III) Des réformes transversales pour consolider la sécurité sociale

- Fiche n°12 La mise en œuvre de la réforme des retraites
- Fiche n°13 La politique familiale

➤ Annexes : les principales mesures du PLFSS pour 2005

- Fiche n°14 La réforme du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante
- Fiche n°15 La certification des comptes de l'assurance maladie
- Fiche n°16 La réforme du régime de retraite des IEG

Fiche n° 1

Les comptes prévisionnels du régime général en 2005

➤ Les comptes du régime général amorcent leur redressement en 2005

Evolution des comptes du régime général 2004-2005

(en Milliards d'euros)	2004	2005 ¹
Maladie	- 13,2	- 8
Accidents du travail	- 0,5	- 0,7
Vieillesse	0	- 1,4
Famille	- 0,2	0
Total Régime Général	- 14	- 10,2

Entre 2004 et 2005, les comptes du régime général devraient se redresser à hauteur de 4 milliards d'euros avec un déficit résiduel qui devrait s'établir autour de 10 milliards d'euros. Cette amélioration est essentiellement due à la mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie.

S'agissant des autres branches, la dégradation des comptes de la branche vieillesse traduit la montée en charge de la mesure relative au départ anticipé des travailleurs âgés. Cette mesure, prévue dans le cadre de la réforme des retraites, est une mesure d'équité et de justice sociale. Elle pèse néanmoins sur les comptes de la CNAV dans l'attente que les autres mesures liées à la réforme des retraites produisent leurs effets.

Les comptes des deux autres branches famille et accidents du travail restent globalement stables, la branche accidents du travail supportant cependant la croissance forte du coût lié à l'indemnisation des victimes de l'amiante.

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

➤ **L'impact de la réforme de l'assurance maladie sur les comptes de la CNAMTS**

Le volet financier de la réforme de l'assurance maladie représente sur un effort global de 15 milliards d'euros à l'horizon 2007 permettant un retour progressif vers l'équilibre de la branche maladie.

A coté du volet recettes de ce plan (évolution de l'assiette de la CSG, augmentation de la CSG sur les retraités, les revenus financiers et les jeux, taxes sur l'industrie pharmaceutiques), l'année 2005 voit la mise en place de l'ensemble des mesures d'économies prévues par la réforme, notamment :

Effets sur l'ONDAM 2005 des mesures d'économies

Mesures	Impact 2005
Maîtrise médicalisée	1 Md€
Indemnités journalières	0,3 Md€
Plan médicament	0,7 Md€
Contribution forfaitaire de 1€	0,6 Md€
Modernisation de la gestion hospitalière	0,2 Md€
Forfait journalier	0,1 Md€
Total mesures d'économies	2,9 M€

Ces mesures se traduisent par une inflexion importante de l'ONDAM qui devrait être fixé en 2005 à 3,2 %.

Fiche n° 2

Principales mesures de la réforme de l'Assurance maladie : la loi du 13 août 2004

Confronté à un déficit supérieur à 13 milliards d'euros en 2004, le Gouvernement a engagé une réforme structurelle de l'assurance maladie qui a abouti à la loi du 13 août 2004.

Cette réforme a fait l'objet d'une large concertation avec l'ensemble des acteurs. Elle vise à sauvegarder notre régime d'assurance maladie en préservant et en consolidant les principes fondamentaux auxquels le Gouvernement et les Français sont attachés:

- l'égalité d'accès aux soins,
- la qualité des soins,
- la solidarité. Chacun doit contribuer à l'assurance maladie selon ses moyens et recevoir en fonction de ses besoins.

La maîtrise médicalisée constitue l'objectif principal poursuivi par le Gouvernement. Il s'agit de soigner mieux en dépensant mieux. Ce ne sera possible qu'avec un changement profond des comportements de tous les acteurs.

La réforme repose sur trois axes :

1° un nouveau pilotage plus efficace et plus responsable de l'assurance maladie

2° une meilleure organisation de l'offre de soins

3° une augmentation limitée et équitablement partagée des recettes afin de conforter la viabilité financière du système.

Un nouveau pilotage :

Le gouvernement va mettre en place avant la fin de l'année la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie au travers d'une délégation de gestion élargie. L'Etat reste le garant des principes fondamentaux de notre système de soins et d'assurance maladie, en particulier dans le domaine de la santé publique et des équilibres économiques.

- Création de l'UNCAM

Afin de permettre à l'assurance maladie d'exercer pleinement l'ensemble de ses nouvelles responsabilités, l'Union Nationale des Caisses d'Assurance maladie (UNCAM), formée des caisses nationales des trois principaux régimes (CNAMTS, MSA, CANAM), sera créée dans les meilleurs délais.

L'UNCAM a pour rôle de coordonner l'action des caisses nationales dans le pilotage de l'assurance maladie et de nouer un partenariat avec les professionnels de santé et les organismes de protection sociale complémentaire.

Elle aura la responsabilité de négocier les accords et conventions régissant les relations avec les professionnels de santé, de fixer les taux de remboursement, de même que le montant de la participation forfaitaire par acte, dans les limites et conditions fixées par l'Etat.

L'union aura également pour rôle de proposer à l'Etat les actes et prestations à admettre au remboursement.

- Création de la Haute Autorité de Santé

Elle a pour mission :

- d'évaluer et de hiérarchiser le service attendu ou rendu des actes, prestations et produits de santé ;
- d'élaborer des recommandations sur les conditions de prise en charge de processus de soins globaux dans le cadre du traitement de certaines pathologies, notamment les affections de longue durée ;
- de contribuer par son expertise médicale et de santé publique au bien fondé et à la pertinence des décisions dans le domaine du remboursement ;
- de veiller à la diffusion de référentiels de bonnes pratiques et bon usage des soins auprès des professionnels de santé et à l'information du public dans ces domaines.

Par ailleurs, le Gouvernement souhaite renforcer les liens entre médecins de ville et hôpitaux au travers d'un pilotage cohérent au niveau régional grâce au rapprochement des agences régionales de l'hospitalisation et des unions régionales des caisses d'assurance maladie.

La maîtrise médicalisée :

Le Gouvernement souhaite favoriser une coordination des soins effective avec la mise en place du dossier médical personnel et le développement de parcours de soins coordonnés autour d'un médecin traitant ou dans le cadre des réseaux de soins.

- Le dossier médical personnel :

Il permettra d'améliorer la qualité des soins et l'efficacité du système de santé par la mise en commun d'informations qui peuvent provenir des structures hospitalières ou de la médecine de ville.

Il jouera un rôle important dans la maîtrise médicalisée des dépenses de santé en évitant les examens redondants et les consultations qui ne seraient pas nécessaires.

Il veillera à 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.

- le médecin traitant :

Le gouvernement souhaite promouvoir le choix par les Français d'un médecin traitant qui sera à même de les orienter dans leur parcours de soins. Librement choisi par le patient, il pourra être un généraliste ou un spécialiste. Le patient pourra en changer librement en informant son médecin et sa caisse primaire d'assurance maladie.

- **la politique du médicament :**

Elle reposera notamment sur le développement des médicaments génériques, un meilleur conditionnement des boîtes de médicaments... (cf fiche 4)

- **la lutte contre les abus et gaspillages :**

La réforme de l'assurance maladie prévoit de renforcer du contrôle des indemnités journalières :

A travers un renforcement du contrôle médical et un encadrement des pratiques des prescripteurs, le gouvernement souhaite parvenir à une inflexion sensible de la progression des indemnités journalières.

La carte vitale 2:

Elle a pour but de devenir une véritable carte d'identité santé.

Une photo d'identité sera apposée sur la carte et dans la puce afin d'éviter les possibilités de fraudes. Elle contiendra des données d'urgence et elle sera également la clé d'accès au dossier médical personnel. Elle sera disponible dès 2006.

- **Aide à la complémentaire**

La loi a mis en place un dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. Le montant du crédit d'impôt sera de 75 euros par an pour les moins de 25 ans, de 150 euros pour les 25-60 ans et de 250 euros pour les plus de 60 ans.

Cette mesure mise en application dès janvier 2006 représente une avancée sociale qui concerne 2 millions de Français.

Une meilleure organisation des soins, une plus grande responsabilisation des acteurs et un meilleur pilotage du système de santé permettront d'améliorer l'utilisation des ressources consacrées à la santé. Cela est primordial pour assurer la pérennité de notre système de protection sociale mais insuffisant pour réduire le déficit actuel. C'est pourquoi, un certain nombre de mesures de financement apparaissent indispensables. Ces mesures sont supportées par l'ensemble des acteurs : les entreprises, avec la contribution sociale de solidarité des sociétés, les assurés, avec la contribution sociale généralisée et l'industrie des produits de santé.

Le redressement financier :

Le gouvernement a souhaité associer l'ensemble des acteurs au redressement financier de l'assurance maladie.

- **Responsabilisation de l'utilisateur du système de soins : la contribution d'un euro**

Une contribution d'un euro par acte médical sera laissée à la charge du patient. Les enfants de moins de 16 ans, les femmes enceintes et les bénéficiaires de la CMU en seront exonérés. Cette contribution prendra effet dès janvier 2005.

- **Augmentation du forfait hospitalier d'un euro par an**

Le forfait hospitalier sera donc porté de 13 euros actuellement à 14 euros en 2005.

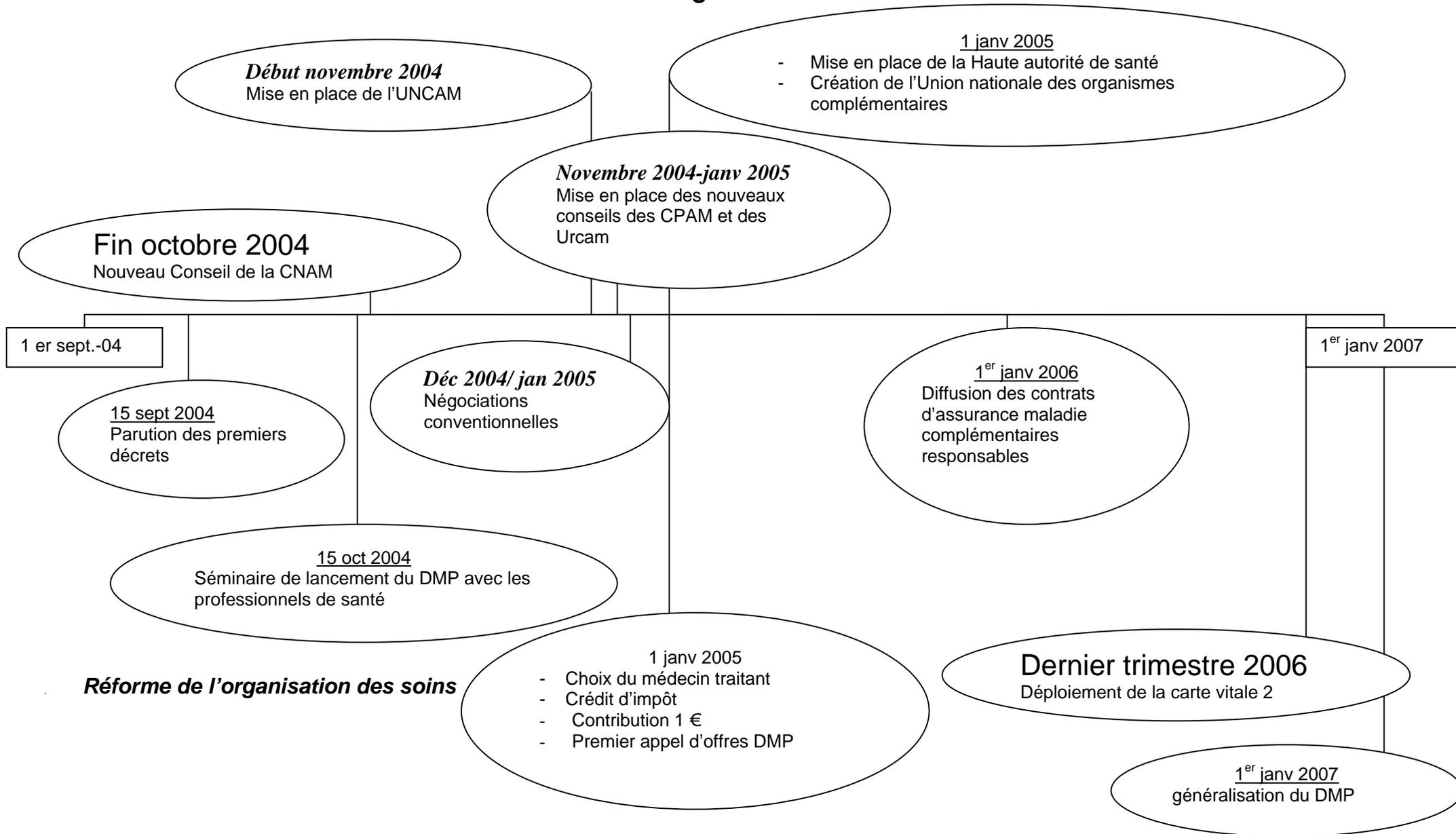
- **Contribution des ménages au financement de l'assurance maladie au travers de l'élargissement de l'assiette de la CSG et du relèvement de la contribution sur les produits financiers et les jeux.**

Pour les salariés, l'assiette de la CSG sera étendue de 95 à 97 % du salaire. Le taux de cotisation sera relevé de 6,2 à 6,6 pour les retraités imposables. Sur les revenus du patrimoine et les revenus de placements le taux de CSG sera relevé de 0.7 points. La CSG sur les produits de jeux sera relevée de 2 points et passera à 9.5% .

- **La cotisation de sécurité sociale des sociétés (C3S)**

Les entreprises seront appelées à contribuer à la résorption du déficit de l'assurance maladie par la création d'une contribution additionnelle à la C3S au taux de 0.03points. Cette mesure ne concernera pas les entreprises dont le chiffre d'affaires est inférieur à 760000 euros.

Calendrier prévisionnel de la réforme de l'Assurance maladie Nouvelle gouvernance



Fiche n° 3

Mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie

La mise en œuvre de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie nécessite la publication de près de 60 décrets² et de 9 arrêtés.

Philippe Douste-Blazy et Xavier Bertrand se sont engagés à publier la quasi totalité des décrets relatifs à la mise en place de loi sur l'Assurance maladie d'ici la fin de l'année 2004. Cette publication est prévue en 5 étapes successives, dont 4 interviendraient avant la fin de l'année 2004.

1. Décrets en cours de publication

- Décrets relatifs au volet recette de la réforme (mesures techniques CSG et C3S)
- Décret sur le respect de l'ordonnancier bizonne par les médecins
- Décret sur la reconnaissance de la maladie d'Alzheimer comme ALD spécifique
- Décret abrogeant le COTSAM du fait de la création de l'institut des données de santé
- Décret sur le recours contre tiers

Les décrets précités ont été transmis pour avis à la CNAMTS à la fin du mois d'août et sont en cours de signature. Leur publication est imminente.

2. Installation des nouvelles instances : 26 septembre/8 octobre

- Décret créant la Haute Autorité de Santé
- Décrets Gouvernance (composition des conseils et fonctionnement des différentes caisses CNAMTS, UNCAM, URCAM, CPAM)
- Décret créant le comité d'alerte et définissant ses modalités d'intervention
- Décret portant création du comité de la démographie médicale
- Décret modifiant la composition du CEPS
- Arrêté portant création du conseil de l'hospitalisation

Cette deuxième vague de décrets a été soumise pour avis au conseil d'administration de la CNAMT qui se réunira le 23 septembre prochain. Leur publication sera échelonnée entre la fin du mois de septembre et la première semaine d'octobre.

3. Dispositif de maîtrise médicalisée : 15 novembre

² La liste des décrets mentionnés ci-dessus prend en compte le regroupement de certains textes en un décret unique.

- Décret prévoyant les modalités du partenariat entre l'UNCAM et l'Union des complémentaires
- Décret précisant les conditions de fonctionnement des missions régionales de santé (ARH-URCAM)
- Décret relatif à la procédure d'opposition et d'arbitrage dans les discussions conventionnelles
- Décret relatif à l'élargissement de la convention
- Décret relatif à la composition de l'UNPS
- Décret relatif aux accords de bon usage de soins à l'hôpital
- Décret relatif au contrôle des indemnités journalières (IJ)
- Décret relatif à l'intégration des directeurs de caisses et des médecins conseils à l'IGAS
- Décret relatif à la gestion de la nomenclature
- Décret relatif à la contribution par acte (un euro par acte))
- Arrêté relatif au forfait journalier
- Arrêté sur l'usage détourné de certains médicaments
- Décret relatif au contrôle d'activité des médecins
- Décret relatif aux conditions de prolongation des arrêts de travail
- Décret sur la taxe sur le CA des entreprises
- Décret sur l'information de l'assuré lors de la délivrance de médicaments
- Décret sur le conditionnement des médicaments

4. Maîtrise médicalisée (suite) et nouvelles missions de la CNAM : 1^{ère} quinzaine de décembre

- Décret relatif au médecin traitant
- Décret relatif à la modulation des taux de remboursement
- Décret relatif à la liste d'aptitudes pour les caisses de base
- Décret relatif à la mise en place du crédit d'impôt
- Décret relatif à l'accréditation des médecins
- Décret relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles
- Arrêté portant création de l'observatoire de la sinistralité
- Décret adaptant les dispositions sur la permanence des soins
- Décret sur l'expérimentation des agences régionales de santé

5. Dernière vague de décrets : janvier 2005

- Décret relatif à l'identifiant santé
- Décret relatif aux pénalités financières
- Décret définissant la charte de la visite médicale
- Décret définissant le cahier des charges des contrats complémentaires responsables
- Décret relatif à la carte électronique
- Décret prévoyant les conditions de création de l'institut des données de santé.

Fiche n° 4

Le plan médicament

Depuis 1994, l'État signe par le biais du Comité Économique des Produits de Santé des conventions avec les représentants de l'industrie pharmaceutique en France. La dernière, convention en date du 13 juin 2003 rappelle l'engagement de la France à valoriser l'innovation thérapeutique majeure par des niveaux de prix comparables à ceux pratiqués par nos voisins européens.

Dans un contexte où la France souhaite préserver et améliorer l'attractivité de son territoire en faveur des entreprises de haute technologie, le Gouvernement a souhaité engager la réforme de l'assurance maladie dans le respect de cet accord cadre.

➤ **La politique du médicament générique, levier stratégique de la réforme de l'assurance maladie.**

Le médicament générique s'est développé très récemment en France : sa définition n'a été inscrite qu'en 1996 dans le code de la santé publique. Son développement permet de dégager en 2005 près de 330 millions d'euros d'économies pour l'assurance maladie.

Les actions entreprises pour la mise en œuvre du plan de développement du générique.

1. L'article 17 de la loi de réforme de l'assurance maladie va permettre d'élargir la définition des groupes génériques à certains produits de marques (produits dits de contournements, formes chimiques proches mais effet thérapeutique similaire).
2. Un décret examiné en section sociale du Conseil d'État le 28 septembre prochain, va dynamiser la mise sur le marché des médicaments génériques. Grâce à l'adoption de textes européens sur la définition de l'autorisation de mise sur le marché, les règles de la protection intellectuelle de ces produits seront homogénéisées sur le territoire européen. La protection des données cliniques, une des formes de la protection intellectuelle des médicaments, sera alors au maximum de dix ans par produit et non plus par dosage ou par forme galénique.
3. Le Ministre de la santé et de la protection sociale a demandé aux professionnels de la filière du générique (officinaux, fabricants de génériques et de princeps) de s'engager à développer l'utilisation de ces médicaments moins onéreux pour la collectivité.

Des objectifs en termes de diffusion des génériques ont été fixés en partenariat avec les professionnels de santé concernés. Si la part de marché de ces produits n'atteint pas 60% pour les molécules onéreuses et autour de 50% pour les autres, au bout d'une période de montée en charge d'une année, des tarifs de remboursement (TFR) seront alors appliqués à la fin 2004.

Dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie (article 25), le suivi de ces mesures sera effectué sous la responsabilité du Comité Économique des Produits de Santé (CEPS) au sein d'un comité de suivi du médicament générique. Les professionnels de la filière du médicament participeront à ce comité de suivi.

Le suivi statistique de la montée en charge du médicament générique sera effectué entre septembre et novembre 2004 pour une première application des tarifs de remboursement en décembre pour les groupes insuffisamment génériqués et inscrits au répertoire des médicaments de l'AFSSAPS depuis plus d'un an, avec des indicateurs qui permettront de suivre mois par mois la diffusion de ces produits.

4. Enfin, les prix des médicaments génériques non soumis aux tarifs de remboursement (TFR) seront révisés pour tenir compte de la progression des volumes de ventes.

➤ Une gestion dynamique du prix des médicaments en fonction du cycle de vie des produits.

Le prix des médicaments et des dispositifs médicaux ne peut ignorer le cycle de vie des produits et l'environnement international ; il appartient au comité économique rénové d'en tirer les conséquences, dans le respect de ses engagements. Ces économies sont estimées à 100 millions d'euros pour la gestion conventionnelle individuelle des prix des médicaments commercialisés en ville et à 50 millions d'euros pour la gestion des tarifs des dispositifs médicaux.

➤ Le médicament à l'hôpital remboursé par l'assurance maladie (rétrocession).

Un grand nombre de médicaments dispensés uniquement à l'hôpital pour des patients non hospitalisés sortira d'ici 2007 de la réserve hospitalière vers l'officine de ville. A cette occasion, ces médicaments verront leur prix réévalués par le CEPS, ce qui devrait permettre de dégager une économie de 50 millions d'euros dès 2005.

La sortie de la réserve hospitalière permettra par ailleurs aux pharmaciens des réseaux hospitaliers et officinaux de travailler conjointement, améliorant ainsi le lien ville hôpital, notamment sur le suivi de dispensation de produits très innovants. Ce travail en commun s'effectuera notamment par des actions de formation continue qui associeront les pharmaciens officinaux et hospitaliers, ce qui ne s'était jamais fait.

➤ L'optimisation des conditionnements.

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie donne les outils juridiques pour mieux adapter les conditionnements des médicaments aux réalités des traitements. La Commission de la Transparence, voyant ainsi son champ d'action élargi, pourra définir en étroite concertation avec les industriels, le conditionnement le mieux adapté à la pathologie traitée et à la durée du traitement.

Dès la fin 2004, un premier programme sera débuté en partenariat avec l'industrie pour des médicaments largement prescrits dans le traitement chronique des affections cardiovasculaires (statines, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, sartans). L'amélioration du conditionnement devrait permettre une économie de 80 millions d'euros en 2005.

➤ **La promotion du bon usage du médicament**

Les français consomment une fois et demi plus de médicaments que les hollandais. Il est donc nécessaire de sensibiliser et responsabiliser les usagers du système de Santé.

Contrairement à certaines idées reçues, les Français ont déjà montré leur sens des responsabilités, leur prise de conscience et leur capacité à se remettre intelligemment en question en ce qui concerne leur utilisation des médicaments.

La campagne sur les antibiotiques « Les antibiotiques c'est pas automatique » a d'ores et déjà permis une diminution de 25% de leur consommation en deux ans (2001-2003) et 20M€ d'économies annuelles. Une prochaine campagne est déjà à l'étude concernant l'amélioration de l'usage des psychotropes, à la fois pour améliorer le traitement des patients dont l'état de santé le nécessite et à l'inverse pour éviter une surconsommation néfaste pour les autres.

La mise en place de la Haute autorité de santé s'accompagnera par ailleurs d'une accélération de l'élaboration de référentiels de bon usage du médicament et de la diffusion d'une information neutre sur le médicament vis à vis des professionnels de santé.

Fiche n° 5

Un soutien à l'innovation réaffirmé

Permettre le remboursement de médicaments innovants et faciliter la prise en charge de nouvelles prothèses ou de nouveaux appareillages, telles sont les priorités pour améliorer la qualité et l'efficacité des soins prodigués aux malades.

➤ **De nouveaux médicaments remboursés par l'assurance maladie**

Depuis le début de l'année 2002, près de 600 spécialités pharmaceutiques ont été inscrites au remboursement. Sont ici listées, à titre d'exemple, les indications pour lesquelles des médicaments ont été inscrits sur la liste des médicaments remboursables en 2004 et dont le niveau d'amélioration du service médical rendu a été jugé modéré ou plus.

2004
Traitement de l'insuffisance rénale chez les patients diabétiques de type II
Traitement des accès douloureux paroxystiques chez les patients recevant déjà un traitement de fond morphinique pour des douleurs chroniques d'origine cancéreuse
Traitement d'urgence du choc anaphylactique pour les enfants de moins de 15kg
Traitement de l'ostéoporose post-ménopausique avérée
Traitement de l'acromégalie chez des patients qui ont eu une réponse insuffisante à la chirurgie et/ou la radiothérapie.

➤ **De nouveaux produits et de nouvelles prestations remboursés**

De même, en 2004, de nombreux produits et prestations ont été admis au remboursement via l'inscription sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables. Ce renouvellement permanent des produits et des prestations est consubstantiel du secteur de la santé, bénéficiaire direct du progrès scientifique. Parmi on compte parmi ces nouveaux produits de nombreux dispositifs implantables pour le traitements des maladies cardiovasculaires :

- Implants endovasculaires dits "Stents" coronariens
- Endoprothèses aortiques pour le traitement des anévrismes de l'aorte abdominale sous-rénale
- Défibrillateur cardiaque implantable
- Stimulateur cardiaque, double chambre

- Stimulateur cardiaque, double chambre à fréquence asservie
- Stimulateurs cardiaques implantables avec stimulation atrio-bi-ventriculaire pour resynchronisation, dits « triple chambre »
- Neurostimulateur du nerf vague gauche
- Valve cardiaque, tissu animal non valvulaire

➤ **Des médicaments innovants et coûteux soustraits à la contrainte budgétaire des établissements**

Afin de ne pas restreindre l'accès des patients aux traitements innovants et coûteux, pour la première fois en 2004, dans le cadre de la mise en place de la Tarification à l'Activité, 90 médicaments et certains dispositifs cardiologiques implantables, ont été soustraits à la dotation globale des établissements, et seront remboursés à l'euro l'euro. Ils ne seront pas inclus dans les tarifs des groupes homogènes de séjour (GHS).

Il s'agit, par exemple, des médicaments anticancéreux innovants, des médicaments pour pathologies « orphelines », ou des facteurs de la coagulation.

En 2005, cette liste sera révisée par arrêté avant fin 2004, pour envisager son évolution en fonction de l'évaluation de la première année de mise en œuvre.

Un contrat de bon usage signé entre l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et les établissements complètera le dispositif. Sa définition est en cours de concertation avec les professionnels.

Ce système géré conjointement par le ministère et les Agences Régionales de l'Hospitalisation permettra d'assurer à tous un égal accès aux traitements innovants les plus coûteux.

Fiche n° 6

Le remboursement continue de progresser

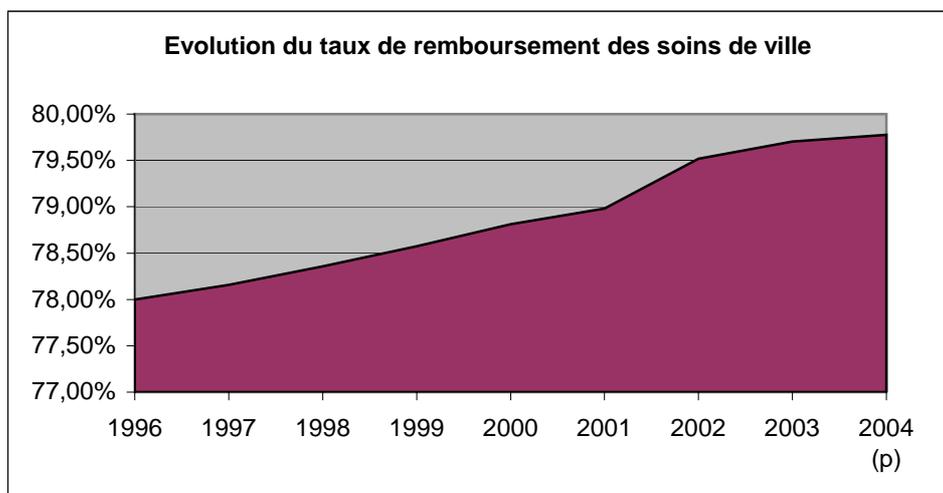
➤ Un taux de remboursement en progression constante

Au cours des dix dernières années, la dépense à la charge de l'assurance maladie a augmenté plus vite que la consommation de soins.

Le taux de remboursement augmente sous l'effet de plusieurs facteurs :

- la croissance du nombre d'assurés exonérés de ticket modérateur, notamment les ALD. Depuis 1999, l'augmentation annuelle du nombre d'admissions en ALD est de près de 10 %. Les plus fortes augmentations s'observent pour les maladies de l'appareil circulatoire et le diabète. Le vieillissement de la population, l'augmentation épidémiologique de certaines pathologies, l'élargissement des critères d'admissions mais peut être aussi la sous-déclaration des personnes potentiellement en ALD au cours des années précédentes expliquent cette forte augmentation du nombre d'admissions en ALD.
- une déformation générale de la consommation au profit des soins les mieux remboursés liée notamment à l'augmentation des prix des médicaments et des prises en charge qui accompagne le progrès technologique.

Le taux moyen de remboursement des dépenses de soins de ville est ainsi passé de 78 % en 1996 à 79,8 % en 2004 (sur les huit premiers mois).



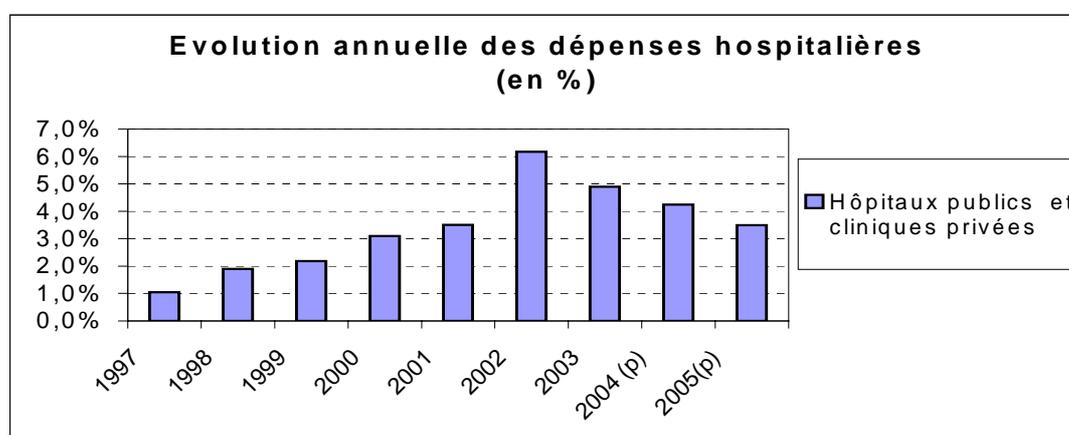
Fiche n° 7

2 milliards d'euros pour l'hôpital

➤ Un effort de plus de 7 milliards d'euros entre 2002 et 2005

Depuis 2002, les dépenses consacrées au secteur hospitalier augmentent fortement. Ces dépenses supplémentaires représentent un effort de plus **de 7 milliards d'euros sur 4 ans** (2002-2005) pour les établissements de santé.

En 2005, ces dépenses devraient être supérieures à celles de 2004 à hauteur de **2 milliards d'euros**.



➤ La réduction du temps de travail

Depuis 2002, une part très importante de ces financements supplémentaires a été mobilisée pour absorber le coût des 35 heures à l'hôpital. A la fin de la période de mise en œuvre de la RTT (2002-2005), le coût de la réduction du temps de travail se montera ainsi à près de **3,3 milliards d'euros**.

Le financement de cet effort représente un montant supérieur aux dépenses de médicaments à l'hôpital sur une année.

A la réduction du temps de travail stricto sensu est venue s'ajouter l'intégration des gardes dans le temps de travail, du fait de l'application des directives européennes de 1993 et 2000 dès 2003 aux médecins hospitaliers.

Fiche n° 8

La modernisation de l'hôpital : Hôpital 2007

La modernisation de l'hôpital se poursuit sur deux chantiers majeurs l'investissement et le mode de financement.

➤ Un plan de relance exceptionnelle de l'investissement

2005 sera la troisième année de la relance de l'investissement hospitalier engagée et accompagnée par la Mission nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier. En dégagant à nouveau plus d'1 milliard d'euros pour l'année 2003 pour un programme général qui portera sur un financement de 6 milliards d'euros d'ici 2007, le Gouvernement s'est donné les moyens d'amplifier de près de 30% le rythme naturel des investissements hospitaliers.

Le calendrier initial des opérations est respecté, et les premiers résultats encourageants, d'ores et déjà visibles sur le terrain, grâce à la forte mobilisation et à la réactivité de tous les acteurs hospitaliers, feront l'objet d'un point d'étape pour la fin de l'année.

A partir de cette enveloppe d'aides prévisionnelles de 6 milliards d'euros sur 5 ans, les agences régionales de l'hospitalisation, accompagnent localement des plans d'investissement portant sur **10,1 milliards d'euros pour 1424 opérations**. Le taux moyen de subventionnement des opérations de plus de 60%, représente une progression exceptionnelle au regard du soutien apporté antérieurement aux opérations d'investissement hospitalier (environ 15 % dans le cadre du FIMHO). Ce plan permet d'accompagner les priorités sanitaires nationales (cancer, urgences et périnatalité), et toutes les autres priorités de santé publique, telles que la prise en charge des personnes âgées ou la psychiatrie.

Il bénéficie, enfin, pour sa réalisation, des nouvelles modalités d'investissement (comme les marchés globaux ou l'externalisation de la maîtrise d'ouvrage) prévues dans l'ordonnance de simplification du 6 septembre 2003, permettant ainsi des réalisations plus rapides et plus simples.

➤ Une allocation efficiente des ressources - La Tarification à l'activité (T2A)

La réforme du mode de financement des structures hospitalières, par une tarification à l'activité, vise à libérer les énergies des établissements de santé et leur potentiel d'adaptation dans un environnement en mutation.

La dotation globale avait montré ses limites et il devient nécessaire de mettre en œuvre un mécanisme de financement plus incitatif des établissements de santé, qui prenne davantage en compte l'activité médicale et le service rendu.

De plus, la disparité des règles de financement entre les secteurs public et privé freine les coopérations indispensables entre les établissements. Cette volonté se traduit par la poursuite de la mise en œuvre progressive de la tarification à l'activité en 2005.

Si la Tarification à l'Activité a pour objectif la convergence des modalités de financement et des tarifs à une échéance de 8 ans, les différences actuelles des modes de financement imposent une certaine progressivité de la réforme.

Cette progressivité se traduit par :

- Un champ limité aux activités MCO (médecine, Chirurgien Obstétrique) en 2005,
- Un impact limité à 20% sur les budgets hospitaliers (pour les établissements publics et Participant au Service Public Hospitalier) en 2005,
- La mise en œuvre à partir du 1^{er} décembre 2004 dans les établissements privés pour 100% de leur activité, mais avec l'application d'un coefficient correcteur permettant de tenir compte des différences tarifaires antérieures qui seront aplanies dans le même calendrier que pour les établissements publics.

Par ailleurs, l'entrée en vigueur de la tarification à l'activité permet la reconnaissance à leur juste valeur des missions d'intérêt général (recherche, enseignement, innovations et recours) qui seront financées forfaitairement et contractualisées entre les établissements et les ARH. Il en ira de même pour certaines activités particulières (comme les urgences par exemple) qui bénéficieront d'un financement adapté.

Enfin, la mise en œuvre de la tarification à l'activité conduira à une harmonisation des règles de financement des médicaments innovants et coûteux entre les deux secteurs d'hospitalisation. Cette harmonisation favorisera, ainsi, l'accès des patients au progrès médical dans le respect des bonnes pratiques de prescription.

Le PLFSS 2005 comporte certain aménagements de prises en charge spécifiques et des améliorations de procédures pour une meilleure application de la T2A.

Concernant les prises en charge spécifiques, plusieurs aménagements sont envisagés, en favorisant tout d'abord, les prélèvements d'organes en établissement, avec, dès 2005, un financement à 100% de cette activité, en appliquant, ensuite, aux consultations externes des hôpitaux publics, un régime identique aux consultations de ville, dans un double souci d'équité vis à vis des patients et des établissements, et en étendant, enfin, les possibilités de majorations applicables aux DOM, aux médicaments et dispositifs qui sont rémunérés en sus des tarifs de la Tarification à l'Activité, ainsi qu'aux médicaments rétrocédés par les établissements.

Concernant certaines procédures, les principales améliorations proposées consiste d'une part, en un accompagnement du passage à la Tarification à l'Activité dans les établissements privés sous OQN en permettant aux caisses d'assurance maladie de consentir aux établissements et aux professionnels de santé libéraux qui y travaillent, des avances de trésorerie pour les deux mois suivant le passage en Tarification à l'Activité, et d'autre part, en une simplification de la transmission des factures et leur liquidation par l'instauration d'une caisse pivot.

Fiche n° 9

Le déploiement du plan cancer

➤ **Le Plan Cancer : une mobilisation soutenue pour des résultats concrets**

Présenté il y a 18 mois par le Président de la République, le Plan Cancer constitue la mobilisation attendue par tous : patients, proches, et professionnels.

En 2003 et 2004, la priorité donnée à la prévention et au dépistage ont permis d'obtenir des résultats sans précédent et sera poursuivie sans relâche.

Des choix décisifs en matière de recherche et de formation ont été opérés et préparent le futur et la création de l'Institut National du Cancer permet l'existence d'une nouvelle gouvernance au service du patient

➤ **Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 centre les efforts en la matière sur les soins**

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 donne la priorité au volet « soins » du plan Cancer, et en particulier :

- **Développer des soins de qualité centrés sur le patient :**

L'ensemble des mesures proposées dans le projet de loi pour 2005 s'élève (hors enveloppe « réseaux ») à 97,45 millions d'€, qui intègrent 40 millions d'€ au titre des molécules coûteuses.

Le projet de loi prévoit sur 2005 la mise en œuvre d'un volet essentiel du Plan cancer qui est de renforcer la prise en charge concertée et pluridisciplinaire des patients (16,20 millions d'€).

Un effort important est notamment prévu pour la cancérologie pédiatrique à hauteur de 4 millions d'€ et pour le développement des soins palliatifs (équipes mobiles, créations d'unités nouvelles, reconversion en lits pour cette activité), à hauteur de 8,70 millions d'€, ainsi que pour poursuivre au titre du Plan le renforcement des TEP et de la radiothérapie, à hauteur de 12.5 millions d'€.

- **Assurer un accompagnement social plus humain et plus solidaire :**

Le développement des réseaux régionaux de cancérologie et la généralisation du dispositif d'annonce seront financés en 2005 sur la dotation nationale de développement des réseaux.

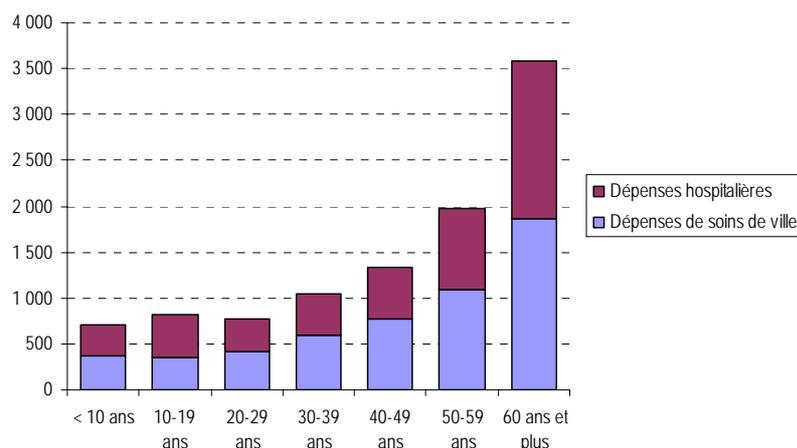
Fiche 10

Une meilleure prise en charge des personnes âgées

➤ Les personnes âgées bénéficient de l'augmentation des dépenses de santé

Dans une certaine mesure, le lien entre dépenses de santé et vieillissement est automatique. Le montant moyen des dépenses de santé des personnes de plus de 60 ans est plus de trois fois plus élevé que celui des personnes de 30 à 39 ans. Le rapport est de l'ordre de 1 à 3 pour les soins de ville et de 1 à près de 4 pour les soins hospitaliers.

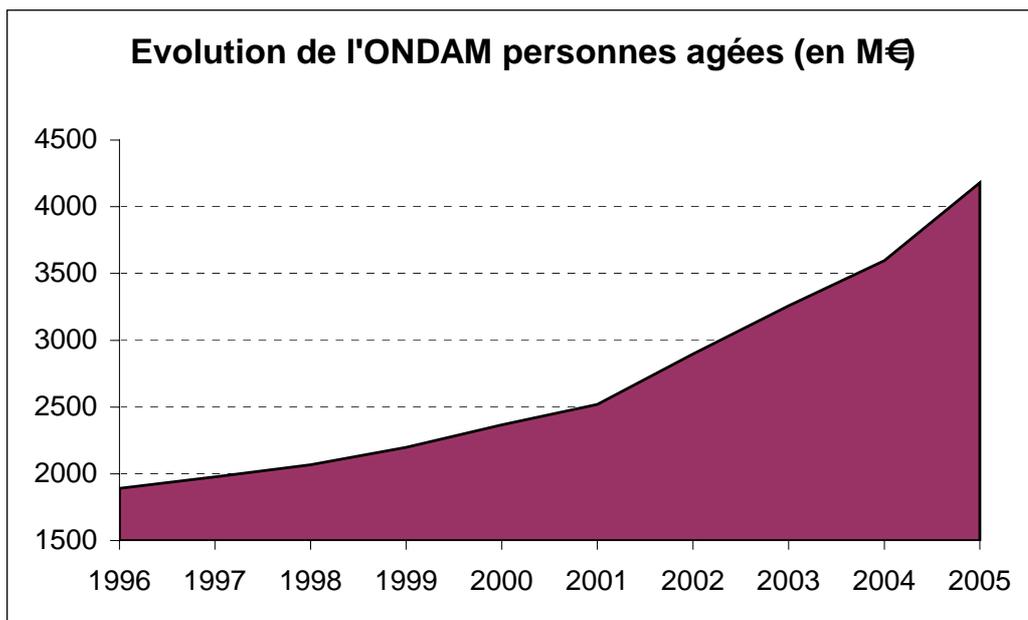
Répartition des dépenses de santé par tranche d'âge



Source : EPAS – 2000

➤ La croissance de l'enveloppe « ONDAM personnes âgées » est plus forte que celle de l'ensemble des dépenses

L'appellation « **ONDAM personnes âgées** » est trompeuse. Cette enveloppe regroupe uniquement le coût des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et le forfait de soins des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD). **Elle ne représente donc qu'une petite part des soins aux personnes âgées**, puisqu'elle ne couvre pratiquement que des dépenses de soins infirmiers ou d'aides soignantes. Les autres soins (médicaux, pharmaceutiques, hospitaliers, mais aussi infirmiers – prodigués par les infirmiers libéraux) sont exclus de cette enveloppe.



En 2004, l'ONDAM personnes âgées, qui permet notamment d'assurer la prise en charge sanitaire de la perte d'autonomie, **augmente de 9 %, alors que l'ONDAM n'augmente que de 5,2 %**. Les montants dédiés à l'ONDAM personnes âgées ont progressé de 900 millions d'euros entre 1997 et 2002 et de 1,3 milliard d'euros entre 2002 et 2005. Cet effort important vise à accompagner la réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées. Cela signifie une médicalisation plus importante de ces établissements via le recrutement de personnels soignants supplémentaires. Plus de 1500 établissements ont déjà signé une convention tripartite qui prévoit cette médicalisation supplémentaire.

L'objectif de dépenses d'assurance maladie de cette enveloppe « personnes âgées » est fixé dans le PLFSS 2005 à **4,2 milliards d'euros, soit une hausse de plus de 11 %**, ce qui représente plus du triple de la hausse de l'ONDAM total.

Fiche n° 11

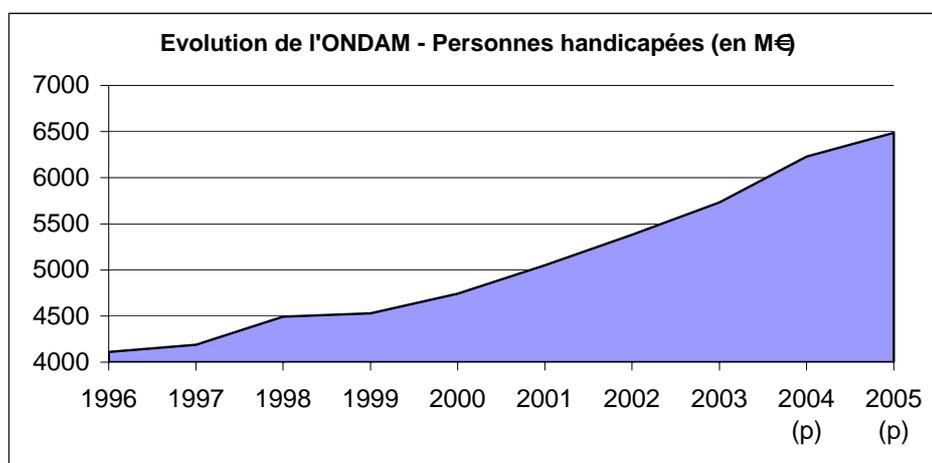
Réussir l'intégration des personnes handicapées

➤ Des moyens en constante augmentation

Les crédits d'assurance-maladie destinés aux établissements et services accueillant des personnes handicapées regroupent :

- d'une part, l'accueil et l'accompagnement des enfants handicapés (sur orientation des Commissions départementales de l'éducation spéciale -CDES),
- d'autre part, la prise en charge médicalisée des adultes handicapés (sur orientation de la COTOREP).

L'augmentation de l'enveloppe handicap est de 8,3 % en 2004. En 2005, **330 millions d'euros** de dépenses supplémentaires devrait être affectés au secteur du handicap pour un objectif total de dépenses de **6,5 milliards d'euros**. Ce niveau élevé autorise la définition d'une politique renouvelée en faveur des personnes handicapées avec la perspective prochaine de la réforme en profondeur de la loi de 1975. Il est rendu possible par la contribution de la CNSA au financement des créations de places pour 2005.



➤ La poursuite des plans de création de places

A côté des mesures liées à l'augmentation des charges de personnel qui constituent près de 75 % des dépenses, les mesures nouvelles seront d'abord destinées à accroître l'offre des places en établissements et services, au regard des besoins encore importants, définis par les schémas départementaux et régionaux.

L'effort de création de places respectera les priorités suivantes :

- **le développement de services** permettant l'intégration scolaire et l'accompagnement à domicile des enfants (Services de soins et d'éducation spéciale à domicile - SESSAD),
- **le renforcement des services de diagnostic et d'accompagnement précoce** (Centres d'action médico-social précoce – CAMSP),
- **un accueil spécifique pour les personnes autistes** adultes et enfants,
- **l'encouragement de l'accueil temporaire** qui offrira aux familles des possibilités d'alterner la prise en charge à domicile et le séjour en institution,
- **la poursuite des programmes spécifiques de rattrapage** pour les régions connaissant les plus grands déficits en termes de places (Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur),
- **l'achèvement des opérations de Maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou de Foyers d'accueil médicalisé (FAM)** n'ayant bénéficié jusqu'alors que de financements partiels.

Fiche n° 12

La mise en oeuvre de la réforme des retraites

➤ **L'année 2004 est la première année d'application des mesures de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites**

Sur un total de 83 décrets nécessités par la loi, 53 ont d'ores et déjà été publiés et 20 sont en cours de contreseing. Tous les décrets mettant en oeuvre des mesures dont l'entrée en vigueur était prévue en 2004 sont d'ores et déjà publiés. Parmi les nombreuses mesures prises au cours de cette année, on peut signaler particulièrement :

▶ Revalorisation du minimum contributif : le montant des pensions de base et complémentaires servi à un assuré ayant effectué une carrière complète au SMIC sera égal à 85% du SMIC en 2008. La première étape a été mise en oeuvre au 1er janvier 2004. Elle concerne environ 250 000 assurés du régime général.

▶ Départ à la retraite avant 60 ans pour les assurés ayant eu une longue carrière : cette mesure bénéficie, depuis le 1er janvier 2004, aux assurés qui justifient d'une durée d'assurance de 42 ans au moins, dont 40 à 42 de durée cotisée selon l'âge de départ. Plus de 150 000 attestations ont été délivrées et plus de 80 000 pensions ont déjà été liquidées par le régime général. Un dispositif de retraite anticipée a également été mis en place depuis le 1er juillet 2004 en faveur des assurés lourdement handicapés : ils peuvent bénéficier de leur retraite à partir de 55 ans.

▶ Limitation du nombre d'années prises en compte pour le calcul du salaire annuel moyen pour les pensionnés relevant de plusieurs régimes alignés (salariés, y compris agricoles, artisans, commerçants) : les meilleures années sont désormais prises en compte au prorata de la durée d'assurance dans chaque régime. Cette mesure permet d'éviter qu'à durée de carrière égale, les pensionnés relevant de plusieurs régimes soient défavorisés par rapport aux monopensionnés. En 2004 environ 150 000 personnes, soit près de 30% des assurés liquidant leur pension du régime général, sont concernées par cette mesure.

▶ Rénovation du régime des pensions de réversion. Depuis le 1er juillet 2004, les conditions pour bénéficier d'une pension de réversion servie par les régimes du secteur privé sont assouplies : les conditions de durée du mariage d'au moins 2 ans et celle de non remariage sont supprimées ; la condition d'âge (55 ans) sera abaissée à partir de juillet 2005 pour être supprimée au 1er janvier 2009. La règle relative au cumul entre une pension de réversion et des droits propres de retraite et d'invalidité est supprimée depuis le 1er juillet 2004 pour les nouvelles attributions de pensions. La nouvelle condition de ressources sera réexaminée d'ici le 1er juillet 2006. Jusqu'à cette date les pensions de réversion complémentaires ne seront pas prises en compte dans les ressources du bénéficiaire.

La réforme permet ainsi un important élargissement du champ de la réversion : à terme, plus de 200 000 veufs ou veuves âgés de moins de 55 ans pourraient en bénéficier.

A horizon 2009, la réforme devrait entraîner une dépense supplémentaire de quelque 300 millions d'euros.

➤ **Près d'1,3 Md€ sera consacré en 2005 aux mesures en faveur des départs anticipés à la retraite**

La mesure de départs anticipés a un coût estimé à 630 millions d'euros sur 2004, année pour laquelle le nombre de bénéficiaires a été plus faible que celui anticipé initialement pour deux raisons principales :

- une montée en charge plus lente que prévu : une fois les attestations produites, les départs effectifs se répartissent sur plusieurs trimestres et les possibilités d'attribution d'une date de liquidation rétroactive sont limitées par la condition de cessation d'activité. Enfin, certaines conventions collectives ont dû s'adapter à la nouvelle législation, avec les délais afférents ;

- un taux de recours limité pour les personnes âgées de 59 ans en 2004 : il semble qu'un nombre substantiel de bénéficiaires potentiels n'ait finalement pas reconsidéré la date de son départ à la retraite pour l'anticiper de seulement quelques mois.

Etant désormais bien au fait du dispositif, l'ensemble des acteurs (bénéficiaires potentiels, entreprises...) devraient l'intégrer dans leurs décisions en 2005. Les prévisions pour 2005 retiennent ainsi l'hypothèse d'un taux de recours de 75% (soit 90 000 nouveaux départs), soit un coût pour la branche vieillesse d'environ 1,3 milliard d'euros.

Inversement, deux mesures pourraient produire de moindres dépenses sur l'exercice : la proratisation poursuit sa montée en charge en passant de 152 à 154 trimestres entre 2004 et 2005, encourageant la poursuite d'activité pour les personnes ayant des durées d'assurance inférieures à 154 trimestres. Cet encouragement est renforcé grâce à la mise en place de la surcote au 1er janvier 2004.

Le coût en 2005 des mesures de la loi du 21 août peut être considéré comme un investissement pour l'avenir, l'ensemble de ses mesures ayant permis d'apporter plus d'équité et de justice sociale dans notre système de retraite.

Fiche n° 13

La politique familiale

➤ **Poursuivre le développement de l'accueil des jeunes enfants**

La mise en place de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) au 1^{er} janvier 2004 a permis non seulement de simplifier l'aide apportée aux parents de jeunes enfants mais aussi de l'améliorer significativement, tant en ce qui concerne le dispositif de base qu'en matière d'aide à la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle.

L'objectif en 2005 en matière de petite enfance est d'assurer la montée en charge de la PAJE, dont l'allocation de base et la prime de naissance doivent toucher, en régime de croisière, 200.000 familles de plus qu'avec le dispositif antérieur.

Au total, la PAJE permettra de faire bénéficier de 850 M€ supplémentaires les parents de jeunes enfants.

➤ **Développer l'offre de garde**

Le Ministère de la famille et de l'enfance mettra en œuvre en 2005 la rénovation du statut des assistants maternels et familiaux. Des moyens nouveaux seront consacrés à cette réforme.

Le plan de création de 20.000 places de crèches donnera lieu à de premières réalisations concrètes : 20 M€ sont prévus en 2005 sur les 200 millions d'euros de financement du plan crèches mis en œuvre à compter de 2004. Une partie du « plan crèches » sera dédié au financement d'entreprises de crèches.

Par ailleurs, les entreprises bénéficieront du « crédit d'impôt famille » qui entrera concrètement en vigueur cet automne et permettra de prendre en charge fiscalement 60 % des charges d'investissement et de fonctionnement de ces crèches.

➤ **Accompagner l'adolescence**

Lors de la conférence de la famille qui s'est tenue le 29 juin 2004, consacrée à l'adolescence, le Premier Ministre a annoncé douze mesures dans les domaines de l'engagement personnel, de la santé et des loisirs. Ainsi, les employeurs pourront bénéficier, lorsqu'ils emploient des adolescents pour des « jobs de vacances », des exonérations de cotisations sociales prévues dans le cadre de l'emploi des jeunes. Quant aux parents des adolescents – qui leur sont fiscalement rattachés –, ils ne seront pas fiscalement imposables sur les sommes perçues dans ce cadre, dans la limite d'un plafond (celui applicable aux apprentis).

Afin de mieux prendre en compte les besoins de santé spécifiques aux adolescents, un entretien de santé personnalisé en classe de 5^{ème} sera instauré afin de repérer au plus tôt les troubles sanitaires et sociaux susceptibles d'altérer leur développement.

Par ailleurs, de nouvelles maisons de l'adolescent seront créées, grâce à des aides financières du ministère de la famille et de l'enfance pour faciliter la mise en réseau des acteurs autour des adolescents et de leur famille en matière sanitaire et pour créer des lieux d'écoute et d'information dédiés aux adolescents. 2,5 M€ sont prévus dans le PLF 2005.

Enfin, pour développer l'autonomie de l'adolescent, le Ministère de la famille et de l'enfance négociera, dans le cadre de la convention d'objectif et de gestion (COG) 2004-2007 de la CNAF, les orientations nécessaires à la mise en place d'une action sociale facilitant l'accès des adolescents aux sports, aux loisirs et à la culture.

➤ **Réformer le dispositif de l'adoption**

Aujourd'hui plus de 23.000 familles ayant un agrément sont en attente d'adoption alors qu'il y a seulement 5.000 adoptions par an. Ce déséquilibre trouve son origine dans le durcissement du contexte de l'adoption internationale mais surtout dans le défaut d'accompagnement des familles à différents stades : lors de l'agrément, lors de l'apparentement et après l'arrivée de l'enfant.

Une réforme est en cours de préparation, qui consistera notamment à refondre le dispositif de l'adoption internationale avec, en particulier, la création d'une agence française de l'adoption. Elle permettra aussi de mieux préparer et aider les candidats à l'adoption et d'améliorer la prise en charge, le suivi et la santé des enfants adoptés.

Sensible aux difficultés que vivent les parents en quête d'adoption, le Gouvernement souhaite mieux prendre en compte leurs contraintes spécifiques. C'est pourquoi le PLFSS pour 2005 prévoit de doubler la prime d'adoption à compter du 1^{er} janvier 2005.

Annexes

Fiche n° 14

La réforme du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)

➤ Le contexte : un besoin de financement en forte augmentation

Le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'Amiante (FCAATA) verse des préretraites aux salariés qui ont été exposés à l'amiante ou sont atteints d'une maladie professionnelle liée à l'amiante. Les salariés peuvent bénéficier de ce droit à cessation d'activité à partir de 50 ans. Pour les salariés qui ont été exposés à ce risque sans pour autant développer de maladie professionnelle liée à l'amiante, la durée de la préretraite est fonction de leur durée d'exposition à l'amiante.

Le nombre d'allocataires du FCAATA a connu une augmentation très sensible depuis la création de ce fonds en 1999. Les besoins de financement nouveaux ont jusqu'à présent été couverts par le biais des cotisations accidents du travail et maladies professionnelles acquittées par les entreprises. Pour 2004, une contribution de la branche accidents du travail de 500 millions d'euros et le recours aux réserves permettra de faire face à l'augmentation des prestations versées. En revanche, le besoin de financement du fonds devrait atteindre 720 millions d'euros en 2005, ce qui nécessite, d'envisager une réforme de son financement.

➤ Adapter le financement du FCAATA

A côté des contributions de la branche AT/MP, qui demeureront majoritaires, il est prévu d'instituer une contribution à la charge des entreprises dont les salariés ont été exposés à l'amiante.

La contribution sera fonction du nombre d'allocataires qui entrent dans le dispositif à compter du 5 octobre 2005. Elle ne s'appliquera en revanche pas pour les anciens salariés qui bénéficient déjà des prestations du FCAATA. Elle sera modulée en fonction du montant de la préretraite et de l'âge à l'entrée pour chaque bénéficiaire, disposition qui permet de calibrer l'effort contributif en fonction du coût total de la préretraite.

Les entreprises prendront à leur charge 15 % du coût total de la préretraite. Deux dispositifs de plafonnement sont prévus. La contribution sera d'une part, plafonnée à 2,5 % de la masse salariale et ne pourra pas dépasser deux millions d'euros par entreprise. Elle ne sera pas due pour le premier bénéficiaire admis au cours d'une année civile. Par ailleurs, les entreprises en redressement ou en liquidation judiciaire seront exemptées du paiement de la contribution.

Cette contribution devrait apporter au FCAATA un financement nouveau de 120 millions d'euros en 2005.

Fiche n° 15

La certification des comptes de l'assurance maladie

La loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances a prévu que les comptes de l'Etat devront faire l'objet d'une certification par la Cour des comptes à compter de 2006. L'article 27 prévoit que les comptes de l'Etat doivent être réguliers, sincères et donner une image fidèle de leur patrimoine et de leur situation financière.

Dans le prolongement de ces dispositions, une réflexion a été engagée pour déterminer les modalités selon lesquelles cette procédure pourrait être étendue aux comptes des organismes de sécurité sociale. Ceux-ci constituent un enjeu majeur pour la Nation. Ils représentent des masses financières plus importantes que celles de l'Etat. Depuis plus de dix ans, d'importants travaux de réforme et de modernisation de la comptabilité des organismes de sécurité sociale ont été entrepris à partir de trois objectifs principaux :

- **Un objectif de fiabilité**, qui a été atteint par la modification de la méthode de comptabilisation des opérations comptables, par l'adoption, en 1996, du principe de rattachement des opérations à leur exercice d'origine, suivant le principe dit des droits constatés, les opérations étant précédemment enregistrées dans les comptes lors de leur encaissement ou décaissement.
- **L'homogénéité des comptes** par la définition d'une nomenclature unique des comptes quel que soit le régime ou la branche concerné. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a décidé l'entrée en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2002 d'un plan comptable unique des organismes de sécurité sociale, ce deuxième objectif est désormais atteint.
- **La qualité des comptes** nécessite une amélioration des procédures d'élaboration et de contrôle des comptes tant au niveau local que national, pour assurer une totale fiabilité des comptes des organismes de sécurité sociale, préalablement à leur certification par des réviseurs externes (commissaires aux comptes).

Des travaux ont été engagés sous l'égide du Haut conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale, afin d'analyser les procédures actuelles de vérification et de contrôle de la qualité des comptes. Il en ressort que les caisses nationales n'opèrent actuellement que des contrôles de cohérence et de vraisemblance sur les comptes des organismes locaux qu'elles centralisent, procédure insuffisante pour garantir la fiabilité des comptes produits.

Des travaux complémentaires doivent donc être menés par la Cour des comptes pour ce qui concerne l'évolution des procédures de contrôle des comptes des organismes de sécurité sociale, que par les caisses nationales de sécurité sociale pour établir des règles d'élaboration, de présentation et de contrôle des comptes et la constitution de missions d'audit pour effectuer des vérifications sur place des comptes et assister les organismes locaux. L'objectif est de parvenir à validation des comptes des organismes de sécurité sociale effective à compter de l'exercice 2007.

➤ **Le PLFSS pour 2005 comporte une première étape dans la voie de la certification**, par une obligation légale pour les caisses nationales de vérifier et de valider les comptes des organismes locaux de leur réseau et d'établir des comptes combinés de branche ou de régime. La centralisation des comptes des organismes locaux par la caisse nationale n'est actuellement prévue que par un article réglementaire. Un décret viendra préciser les modalités de mise en œuvre de cette procédure, qui s'appliquera au plus tard aux comptes de l'exercice 2006.

Fiche n° 16

La réforme du régime de retraite des IEG

La loi n°2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz a posé le principe de l'adossement du régime spécial des industries électriques et gazières aux régimes de droit commun.

Tout en garantissant aux personnels le maintien de leur statut actuel, le Gouvernement a donc prévu la création d'une caisse nationale des industries électriques et gazières chargée de gérer le régime spécial de la branche.

Cette caisse est le seul interlocuteur des employeurs et des salariés de la branche. La responsabilité financière du service des droits de ce régime spécial est toutefois répartie entre le régime général, géré par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, les régimes complémentaires, gérés par l'AGIRC et l'ARRCO, chacun en proportion de leurs propres règles, et en dernier lieu, la nouvelle caisse pour la fraction des droits excédant ceux à la charge des régimes de droit commun.

La loi garantit aux régimes d'accueil que les salariés et les employeurs des industries électriques et gazières leur verseront des cotisations qu'un assujettissement aux cotisations sociales aux taux de droit commun. En contrepartie, les régimes de droit commun verseront à la nouvelle caisse des IEG, au titre de chaque retraité de la branche, le montant de pension calculé selon leurs propres règles qu'ils serviraient si cette personne avaient effectué sa carrière dans des conditions identiques au sein de leurs régimes.

Afin de garantir aux salariés du secteur privé affiliés à la CNAVTS la neutralité totale de cette opération d'adossement, la situation des régimes d'accueils est comparée avant et après l'intégration du régime des IEG. La différence entre les cotisations acquittées dans l'avenir par les IEG et les droits payés aux retraités des IEG à compter de l'entrée en vigueur de la réforme permet de définir une « contribution de maintien de droits », communément appelée « soulte ». Le paiement de cette soulte conditionne la reprise à 100% des droits du régime spécial des IEG par la CNAVTS, pour la fraction qui lui revient en fonction de ses propres règles.

A la demande des partenaires sociaux, le Gouvernement a choisi de retenir pour le régime de base la méthode garantissant la meilleure neutralité aux salariés du secteur privé. Cette méthode, dite « prospective », assurera la transparence totale de l'opération.

Le montant de la contribution de maintien de droits ainsi calculée au bénéfice de la CNAVTS sera de l'ordre de 7 milliards d'euros. Son calendrier de versement sera déterminé par arrêté interministériel, dans le respect de la neutralité actuarielle.

En ce qui concerne les régimes complémentaires, la méthode retenue et le montant de la contribution de maintien de droits à acquitter sera déterminé au terme d'une négociation entre les partenaires sociaux gestionnaires de ces régimes et les représentants de la branche des IEG.