



PLFSS POUR 2015

SYNTHESE

La prévision de déficit de la sécurité sociale (régime général + FSV) pour l'exercice 2015 s'établit à 2,2 Md€ en deçà de la prévision de déficit au titre de 2014 :

- **C'est un effort de redressement de 5,8 Md€**, principalement en dépenses, par rapport à la projection tendancielle.
- **Poursuivre sur ce chemin de « retour à l'équilibre est nécessaire si nous voulons maintenir la confiance de nos concitoyens dans notre système social »** (M. Touraine, 29/09/14).
- **Depuis 2 ans déjà, le gouvernement s'est engagé dans une politique sans précédent de rétablissement des comptes de la sécurité sociale.**
 - o **En 2012 et 2013, des premières mesures ont permis de mettre un coup d'arrêt à la dérive financière qui menaçait la pérennité du système de sécurité sociale** (le déficit du régime général et du FSV s'est réduit de 3,4 Md€ en 2012 (à 17,5 Md€) puis de 2,1 Md€ en 2013 (à 15,4 Md€).
 - o **En 2014, cette réduction du déficit a été fortement contrariée par le moindre niveau de croissance** (+0,4% en 2014 contre les prévisions de 1%), la moindre évolution de la masse salariale (1,6% en 2014 contre les prévisions de 2,2%), et le niveau très faible d'inflation dans la zone euro. Le déficit du régime général et du FSV s'établirait à un niveau identique à celui de 2013, soit 15,4 Md€.

Ce rétablissement des comptes, le gouvernement le poursuit :

- **Dans le respect de la baisse des prélèvements engagée** : allègement du coût du travail de 4,5 Md€ sur les salaires compris entre 1 et 1,6 SMIC ; allègement d'1 Md€ des cotisations des travailleurs indépendants aux revenus modestes ; allègement de la C3S d'1 Md€ en 2015, bénéficiant d'abord aux PME et ETI, ...
- **Avec le souci des économies** : développement des soins de proximité et ambulatoires, promotion des génériques, efficacité de la dépense des hôpitaux, économies sur la gestion des organismes de protection sociale, modernisation des prestations familiales (*cf. infra*)
- **Avec le souci de la modernisation de notre modèle et de la justice sociale** : renforcement des moyens dédiés à la prévention, revalorisation du minimum vieillesse à 800€, prime annuelle de 40€ pour les retraités modestes, tiers payant intégral pour les bénéficiaires de l'ACS, indemnités journalières en cas d'accident du travail pour les conjoints et aides familiaux agricoles, meilleure indemnisation du parent survivant en cas de décès de la mère au cours du congé maternité, ...

Le gouvernement poursuit son action de rétablissement des comptes de la Sécurité sociale. La ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes Marisol Touraine, et le secrétaire d'Etat au Budget Christian Eckert ont présenté, lundi 29 septembre, le PLFSS 2015.

- **En 2012 et 2013, les mesures prises ont permis de mettre un coup d'arrêt à la dérive financière qui menaçait la pérennité du système de sécurité sociale.** Le déficit du régime général et du FSV s'est réduit de **3,4 Md€ en 2012** (à 17,5 Md€) **puis de 2,1 Md€ en 2013** (à 15,4 Md€). En 2013, ce déficit a même été inférieur de 700 M€ aux prévisions, malgré une croissance quasiment nulle.
- **En 2014, la réduction du déficit par rapport à l'année précédente se trouve fortement contrariée par le moindre niveau de croissance** (+0,4% en 2014 contre les prévisions de 1%), **la moindre évolution de la masse salariale** (1,6% en 2014 contre les prévisions de 2,2%), **et le niveau très faible d'inflation dans la zone euro.** Le déficit du régime général et du FSV s'établirait donc en 2014 à un niveau identique à celui de 2013, soit 15,4 Md€. En revanche, le déficit de l'ensemble des régimes de base et du FSV continuerait lui à se réduire, à 15,3 Md€, soit **700 M€ de moins que le niveau de 2013.**
- **En 2015 et pour les années suivantes, la reprise de la réduction des déficits constitue un engagement fort** pour assurer la contribution de la sécurité sociale au redressement global des finances publiques. La prévision de déficit du régime général et du FSV pour l'exercice 2015 s'établit donc à **2,2 Md€ en deçà de la prévision de déficit au titre de 2014.** Elle témoigne d'un effort de redressement de 5,8 Md€, principalement en dépenses, par rapport à la projection tendancielle.

-

Pour l'essentiel, la réduction du déficit à partir de 2015 repose sur les économies, sur lesquelles des efforts significatifs sont entrepris. C'est que ce projet de loi s'inscrit dans le cadre de l'engagement pris par le gouvernement d'économiser 50 milliards d'euros d'ici à 2017, dont 20 milliards d'euros portant sur les dépenses de protection sociale. Ces efforts passent par :

- **La maîtrise de la progression des dépenses d'assurance maladie** qui impose un effort de 10 Md € d'économie à horizon 2017, soit près de 3,2 Md € dès 2015.
- **Des mesures de modernisation des prestations familiales** qui doivent permettre de réaliser de nouvelles économies dès 2015 sans recourir à un gel de la revalorisation de ces prestations en 2015, pour ne pas pénaliser le pouvoir d'achat des familles.
- **Des économies sur la gestion** des organismes de protection sociale, avec un objectif de 1,2 Md € d'économies en 3 ans, dont près de 500 M€ en 2015, qui s'ajoutent au plan d'économies de 500 M€ au titre de 2013 et 2014.

En même temps que le rétablissement des comptes, l'objectif est, avec le pacte de responsabilité et de solidarité, la réduction des prélèvements pesant sur les entreprises et les ménages. C'est pourquoi :

- **Cette réduction des prélèvements a été traduite dans la loi dès l'été dernier.**

Le coût de ces baisses de recettes est 6,3 Md € pour la sécurité sociale en 2015 : allègement du coût du travail de 4,6 Md€ sur les salaires compris entre 1 et 1,6 SMIC (4,3 Md € pour la sécurité sociale) ; allègement d'1 Md€ des cotisations des travailleurs indépendants aux revenus modestes ; allègement de la C3S d'1 Md€ en 2015, bénéficiant d'abord aux PME et ETI. **Ce PLFSS prévoient les modalités de compensation à la sécurité sociale de ces différentes mesures.**

- **En cohérence avec ces orientations, les recettes supplémentaires participant au redressement des comptes sociaux sont uniquement des mesures qui ont déjà été décidées :** poursuite de la hausse des cotisations d'assurance vieillesse dues par les employeurs et les salariés (400 M€), transfert d'1,2 Md € au titre des recettes tirées de l'assujettissement des majorations de pension vieillesse à l'IR.

- **Seules quelques mesures sont proposées pour améliorer l'équité et l'efficacité** du financement de la sécurité sociale, sans accroître significativement les niveaux de prélèvement : la réforme des seuils d'exonération et de bénéfice du taux réduit de CSG pour les titulaires de revenus de remplacement (coût nul, cf. ZOOM ci-contre) ; limitation des niches sociales qui conduisent à des pertes de droits sociaux pour certaines catégories d'actifs du fait de l'application d'assiettes forfaitaires défavorables ; rationalisation du recouvrement des taxes sur les contrats d'assurance

dévolues à la sécurité sociale, dans le sens d'une clarification des compétences des réseaux des URSSAF et de la DGFIP.

ZOOM

Le calcul de la CSG sur les revenus de remplacement -1/2

Le PLSS va rendre équitable le calcul de la CSG sur les revenus de remplacement (pensions de retraites, allocations chômage), pour qu'à revenu égal, le taux applicable soit le même.

Actuellement, c'est le montant d'impôt payé qui détermine le taux de CSG : les personnes appartenant à des foyers non imposables à l'impôt sur le revenu sont assujetties à un taux réduit de 3,8%, tandis que les personnes imposables paient le taux normal de CSG.

Ce critère permet à des personnes ayant des revenus élevés mais des réductions d'impôt importantes de bénéficier d'un taux de CSG inférieur à celui applicable à des personnes aux revenus plus modestes mais qui n'ont pas de réductions d'impôts .../...

ZOOM

Le calcul de la CSG sur les revenus de remplacement -2/2

.../... A compter de 2015, un critère de niveau de revenu sera retenu, plus équitable et cohérent avec la logique de progressivité : un seuil sera fixé à un niveau légèrement supérieur à celui correspondant à l'imposabilité à l'impôt sur le revenu en 2014, soit 13 900 € pour une personne seule sans demi-part supplémentaire.

Il permettra aux personnes qui ont été concernées par la réduction d'impôt créée en 2014 de bénéficier d'une baisse de leur taux de CSG en 2015, soit environ 700 000 personnes. En revanche, 460 000 personnes dont le revenu est supérieur à ce seuil et qui bénéficiaient antérieurement d'un taux réduit de CSG uniquement grâce à des réductions d'impôt verront leur taux de CSG augmenter.

La mesure permettra de limiter les mouvements qui conduisent des centaines de milliers de personnes à passer chaque année du taux réduit au taux plein de CSG et vice versa, en raison de la perte d'une réduction d'impôt ou, de manière générale, d'une variation même minime de leur situation fiscale.

* * *

1. Assurance maladie: transformer notre système de santé et assurer sa pérennité par la maîtrise des dépenses

2.1. Renforcer l'accès aux soins et aux droits

L'accès aux soins est au cœur de la stratégie nationale de santé. L'accessibilité financière des soins est un des éléments de l'excellence du système de santé français. **C'est pourquoi le Gouvernement, depuis 2012, a fait le choix d'écarter toute mesure de désengagement de l'assurance maladie** – remboursements, franchises, forfaits – car ces mesures ne réduisent pas la dépense de santé mais la transfèrent vers les malades, et fragilisent le caractère universel de la prise en charge par l'assurance maladie qui constitue un élément essentiel de notre pacte républicain.

Les chiffres traduisent d'ores et déjà les résultats de cette politique :

- **La part des dépenses de soins à la charge des ménages a reculé depuis 2011**, passant de 9,2% des dépenses de soins à 9% en 2012 puis 8,8% en 2013.
- **De façon symétrique, la part prise en charge par la solidarité a progressé** (assurance maladie, État, CMU-C), passant de 77% en 2011 à 77,2% en 2012 puis 77,4% en 2013.

Avec le PLFSS pour 2015, le gouvernement entend poursuivre cette démarche :

- **Mise en place du tiers payant intégral pour les bénéficiaires de l'ACS** à compter du 1^{er} juillet 2015, en anticipation de la généralisation du tiers payant intégral pour tous ;

Amélioration de la prise en charge des personnes détenues, en simplifiant les circuits de financement entre l'Etat et l'Assurance maladie ;

- **Amélioration de la couverture des 45 000 conjoints et aides familiaux des exploitants agricoles** en matière d'accidents du travail, qui verront leur droit aux indemnités journalières ouvert ;
- **Indemnisation du parent survivant améliorée** en cas de décès de la mère au cours du congé maternité.

2.2. Soutenir la prévention et la démocratie sanitaire

La Stratégie Nationale de Santé fait de la prévention sa priorité en articulant les actions sur les déterminants sociaux, les environnements, les comportements et les pratiques cliniques préventives.

La création du Fonds d'Intervention Régional (FIR) en 2012 a permis de renforcer les moyens des agences régionales de santé en matière de prévention : son enveloppe a régulièrement progressé, en passant notamment de 239,2M€ en 2013 à 247,7M€ en 2014. **Les financements dédiés par les régimes d'assurance maladie à la prévention progressent également** : le Fonds dédié du régime général voit ainsi ses crédits progresser, à champ constant, de 437 à 455,4 M€ entre 2013 et 2017.

Avec le PLFSS pour 2015, le gouvernement entend poursuivre cette démarche :

- **En confortant l'action des centres de vaccination**, qui permettent l'accès à la vaccination des populations les plus fragiles : l'Assurance maladie y prendra en charge l'acquisition des vaccins par les centres dans les mêmes conditions que les vaccins réalisés chez le médecin traitant, soit à 65% - le reste du prix continuera d'être à la charge des centres, afin d'assurer la gratuité de la vaccination réalisée dans ces centres ;
- **Par la création des centres d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit des infections (CIDDDGI)**, fusion des différentes structures existantes, pour rendre plus lisible l'offre de dépistage des infections sexuellement transmissibles ;
- **En confortant le financement de la démocratie sanitaire : des financements nationaux, et non plus seulement régionaux, pourront être octroyés à des associations ou organismes représentant les droits des usagers.**

2.3. Un système de soins orienté vers la proximité, la qualité et l'innovation

La stratégie nationale de santé vise à la fois à réussir la révolution du premier recours, qui repose sur une offre de soins ambulatoire organisée à partir du médecin traitant, **et à assurer l'accès de tous à la qualité et à l'excellence.**

Avec le PLFSS pour 2015, le gouvernement entend poursuivre cette démarche :

- **Poursuite et amplification du virage ambulatoire** : 19,5 M€ seront consacrés au développement de l'offre ambulatoire dans les établissements en 2015 ; 100 M€ d'économies sont attendus ;
- **Des soins de proximité accessibles sur le territoire, avec le Pacte territoire santé** : en soutenant la continuité de l'activité des cabinets médicaux, l'activité des médecins de montagne ;
- **Poursuite de la réforme du financement des établissements de santé** : incitation à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pour les établissements de santé financés à l'activité ; contrat d'amélioration des pratiques en établissement de santé ; reconnaissance des hôpitaux de proximité et mise en place d'un financement plus adapté à la spécificité de leurs missions ;
- **Simplification de l'accès à l'innovation**, suite au contrat de filière des industries de santé : accélérer l'inscription au remboursement des actes résultant d'expérimentation, ...
- **Réforme du fonds d'intervention régional** et extension de ses missions, en phase avec les priorités de la Stratégie nationale de santé.

2.4. Promouvoir la pertinence

L'amélioration de la pertinence des pratiques se traduit par des gains de qualité dans la prise en charge des patients mais permet également d'éviter des interventions supplémentaires. Ainsi, une vigilance accrue dans les prescriptions médicamenteuses reçues par les personnes présentant plusieurs troubles de santé – notamment les personnes âgées – permet de prévenir des iatrogénies résultant d'interactions indésirables entre médicaments, qui peuvent entraîner des hospitalisations évitables.

La maîtrise médicalisée mise en œuvre par l'assurance maladie, qui repose des actions auprès des professionnels (promotion des bonnes pratiques, information et aide au suivi de la pratique, programmes d'accompagnement ciblés et contrôles) concourt à cet objectif.

Le développement de l'échange d'information entre les professionnels de santé doit concourir à la prévention

des redondances d'actes et des interactions négatives.

Le programme d'économies sur 2015-2017 repose sur une amplification de ces actions.

- **Promotion de la pertinence des soins dans les établissements de santé**, avec un plan annuel d'actions régional d'amélioration de la pertinence des soins ; le ciblage des établissements les plus concernés par la non pertinence ;
- **Création d'un nouveau mode d'inscription** de certains dispositifs médicaux sur la liste des produits remboursables ;
- **Accès des entreprises de taxis au conventionnement** : il sera désormais lié à l'appréciation de critères démographiques, géographiques, d'équipement sanitaire du territoire ainsi que du nombre de véhicules déjà affectés au transport de patients.

2.5. Payer les produits de santé à leur juste prix et promouvoir les génériques

Le respect de l'objectif de stabilité des dépenses de remboursement que s'est fixé le gouvernement pour la période 2015-2017 nécessite de prendre des mesures fortes, sans remettre en cause une politique favorable à l'innovation.

Il n'y aura pas de rupture mais une accélération des mesures déjà engagées : baisses de prix, promotion des génériques, bon usage du médicament.

2 mesures législatives visent à adapter les mécanismes de régulation applicables aux dépenses de médicament :

- La première mesure réforme le mécanisme de régulation dédié à **l'ensemble des dépenses** de médicaments remboursés ;
- La deuxième tient compte du poids prépondérant des médicaments destinés à la prise en charge de **l'hépatite C** dans l'évolution des dépenses et de la nécessité de garantir l'accès de chaque patient aux nouveaux médicaments destinés au traitement. Elle propose donc la mise en œuvre d'un dispositif de régulation spécifique à ces produits.

2.6. Améliorer l'efficience de la dépense des hôpitaux

Les établissements de santé contribueront aux économies par l'optimisation de leurs dépenses, à niveau de qualité identique. Plusieurs actions seront conduites en ce sens, qui ne relèvent pas toutes du PLFSS pour 2015 :

- **La mutualisation de certaines fonctions supports ou transversales** ;
- **La poursuite du développement du programme PHARE**, pour optimiser l'organisation de la fonction achat dans les établissements et, à terme, de la chaîne d'approvisionnement. - **Le renforcement de la supervision financière des établissements en difficulté** ;

Une gestion dynamique et pertinente de la liste « en sus », c'est-à-dire les produits de santé qui du fait de leur coût donnent lieu à un remboursement intégral aux établissements de santé par l'assurance maladie.

ZOOM

La prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées

En 2015, 19,2 Md€ sont consacrés aux établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées dépendantes ou des personnes handicapées : c'est une progression de 2,5%, soit 476M€.

Ces 476 M€ de mesures nouvelles permettront notamment de :

- **Soutenir les plans de créations de places pour les établissements et services pour personnes handicapées** à hauteur de 145 M€
- **Poursuivre le déploiement du Plan Autisme 2013-2017** pour 21,4 M€ ;
- **Revaloriser de 0,8% les moyens dévolus au titre des places et des services existants**, dans un contexte de très faible inflation ;
- **Mettre en œuvre les engagements au titre des plans « Grand âge » et Alzheimer et d'engager la réalisation du Plan « maladies neuro-dégénératives »**, à hauteur de 47,4 M€ ;
- **Renforcer l'encadrement en soins des EHPAD** à hauteur de 100 M€ (médicalisation). La réouverture du tarif global des EHPAD est poursuivie, de nouveau dans le cadre d'une enveloppe de 10 M€.

ZOOM

Rendre plus équitable le capital décès

Le capital décès est une somme ponctuelle versée aux proches du défunt par les régimes d'assurance maladie lors du décès d'un salarié bénéficiant de droits ouverts à l'assurance maladie. Son montant dépend du salaire du défunt, et peut donc très fortement varier selon les bénéficiaires.

La mesure consiste à remplacer, à partir de 2015, la référence au salaire du défunt par un montant forfaitaire, fixé par référence au SMIC. Le montant sera donc plus faible que dans le droit actuel dans les cas où le salarié décédé gagnait plus que le SMIC, mais il sera plus élevé dans les cas où le salarié travaillait à temps partiel ou était au chômage.

Cette mesure devrait produire une économie de 160 M€.

2. Poursuivre la modernisation de la politique familiale

La politique familiale est et demeure une priorité du gouvernement. Depuis 2012, une démarche de modernisation de la politique familiale est engagée, reposant sur 4 orientations : promouvoir l'articulation entre la vie familiale et la vie professionnelle ; recentrer les prestations vers les besoins prioritaires ; maintenir l'universalité de la politique familiale, rétablir l'équilibre de la branche famille.

La branche famille de la sécurité sociale est fragilisée par un déficit proche de 3 Mds € par an depuis 2010 : environ 8% de ses dépenses ne sont pas couvertes par des recettes.

Il n'est ni souhaitable, ni envisageable, de maintenir durablement un déficit qui fragiliserait la légitimité de cette branche. C'est pourquoi le Premier ministre a annoncé que les prestations familiales participeraient aux efforts d'économies.

Ces prestations familiales continueront à être revalorisées selon l'inflation. Aucune famille ne verra diminuer le montant des prestations qu'elle reçoit aujourd'hui. L'ensemble des mesures d'économies ne portera que sur des prestations ou majorations de prestations que les familles ne perçoivent pas aujourd'hui.

- **Modulation de la prime à la naissance en fonction du rang de l'enfant.**
 - o **La prime versée pour chaque naissance (923,08 € au 01/04/14) n'est aujourd'hui pas modulée** : elle est identique quel que soit le rang de l'enfant. Or, l'arrivée du 2^{ème} enfant et des suivants se traduit par le versement des allocations familiales (129,35 € pour 2 enfants, 295,05 € pour 3 enfants), et par la possibilité de réutiliser le matériel acheté pour le premier enfant.
 - o **Pour les enfants nés à compter du 1^{er} janvier 2015, la prime à la naissance sera modulée : inchangée pour le premier enfant, elle sera servie à taux réduit (308€) pour les deuxièmes naissances et les suivantes.** Le recentrage de la prime à la naissance sur le premier enfant permet donc d'apporter une aide financière importante pour l'équipement de familles qui n'ont pas droit, en parallèle, aux allocations familiales.

- **Promotion de l'articulation entre vie familiale et vie professionnelle, réorientation des interventions vers des services en faveur de l'emploi des femmes.** La démarche du gouvernement repose sur deux actions :
 - o **Offrir 275 000 nouvelles places d'accueil des jeunes enfants aux familles à l'horizon 2017.** Pour cela, les ressources du fonds national d'action sociale de la branche famille progresseront de 7,5% par an entre 2012 et 2017 ;
 - o **Pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1er janvier 2015, le complément de libre choix d'activité (CLCA),** prestation versée au parent qui cesse ou réduit son activité professionnelle pour s'occuper de son enfant, **sera remplacé par la Prepaee, partagée entre les parents** : une période de congé est réservée à chaque parent, et est perdue s'il n'en demande pas le bénéficiaire. **La durée du congé parental sera portée à un an (contre 6 mois aujourd'hui) pour le 1^{er} enfant, et sera maintenue à 3 ans au total pour le couple pour les enfants suivants,** si chaque parent recourt intégralement au congé. L'effet attendu est une augmentation de la proportion de pères prenant un congé et un raccourcissement de la durée moyenne d'éloignement du marché du travail des mères.

- **Décalage de la majoration des prestations familiales pour mieux l'articuler au coût de l'enfant :**
 - o **L'âge auquel le montant des allocations familiales est majoré sera décalé de 14 à 16 ans afin de correspondre à la première année du lycée,** année charnière en termes d'augmentation des frais liés à la scolarité et à l'entretien des adolescents notamment. Cette réforme s'appliquera aux enfants nés à compter du 1er janvier 2001, dont la majoration due à 14 ans n'a pas été encore ouverte. Par conséquent, **elle ne modifiera pas les droits actuels des familles percevant cette majoration.**

- **Alignement de la date de versement de l'allocation de base de la PAJE sur celle des autres prestations familiales :**
 - o Pour les enfants nés à compter du 1^{er} janvier 2015, **le versement de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) débutera au début du mois suivant la naissance** de l'enfant, à l'instar de la majorité des prestations familiales. Actuellement, à la différence par exemple des allocations familiales, cette allocation est versée dès le mois de naissance de l'enfant : le montant versé, pour le mois de la naissance, est donc proratisé en fonction du nombre de jours séparant la date de naissance et la fin du mois. Ce mode de calcul induit de la complexité en gestion pour les caisses, tout en privant les parents d'une visibilité, dès le premier mois, sur l'allocation qu'ils percevront.

Plus grande progressivité des aides à la garde du jeune enfant :

- **La réforme modulera plus fortement le complément de libre choix du mode de garde (CMG)**, en créant une tranche supplémentaire de revenus visant les familles les plus aisées : les familles de cette 4e tranche percevront un CMG réduit.
- **La création de cette tranche supplémentaire préserve le principe d'universalité de la prestation et la rend plus progressive. La Cour des comptes a en effet récemment souligné le caractère anti-redistributif des aides à la garde**, qui profitent plus aux familles aisées qu'aux familles modestes. Actuellement, le montant du CMG perçu varie en fonction des revenus, mais les familles dont les revenus sont supérieurs à 4 000 € mensuels reçoivent le même montant que les familles dont les revenus sont bien supérieurs. Et en plus du CMG, les parents qui font garder leur enfant bénéficient d'une aide fiscale, sous la forme d'un crédit d'impôt sur le revenu.

3. Rétablir l'équilibre des retraites tout en améliorant le pouvoir d'achat des retraités modestes

La loi de janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites commence à produire ses effets. Le régime général d'assurance vieillesse, qui couvre près des trois quarts des actifs, sera à l'équilibre en 2017 : malgré la conjoncture difficile, le déficit, qui atteignait presque 9 Md€ en 2010, a déjà été divisé par 5 (- 1,7 Md€ en 2014).

Ce redressement structurel s'est accompagné d'un renforcement des mécanismes de solidarité. 3 mesures, complémentaires l'une de l'autre, permettront d'améliorer le pouvoir d'achat des retraités les plus modestes – ceux pour qui la stabilité des prix, et donc de leur retraite, n'empêche pas les fins de mois difficiles :

- **Une revalorisation exceptionnelle de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)**, portée à 800 € pour une personne seule et à 1 242 € par mois pour un couple, à compter du 1er octobre ;
- **Une autorisation de cumul entre l'ASPA et les revenus d'activité**, dans la limite de 0,3 SMIC (personne seule) : un retraité modeste pourra ainsi cumuler, s'il le souhaite, son minimum vieillesse avec un petit complément de revenu, pour atteindre des ressources au niveau du SMIC ;
- **Une prime annuelle exceptionnelle de 40 €** servie, début 2015, aux assurés dont les retraites totales sont inférieures à 1 200 € mensuels.

Les retraités les plus modestes, bénéficiaires de l'ASPA, pourront ouvrir droit aux trois mesures de façon cumulative.

ANNEXE - ASSURANCE MALADIE - ECONOMIES

Efficacité de la dépense hospitalière	520
Optimisation des dépenses des établissements	55
Optimisation des achats et fonctions logistiques	350
Liste en sus	105
Tarification des plasmas thérapeutiques	10
Virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement	370
Développement de la chirurgie ambulatoire	100
Réduction des inadéquations hospitalières	110
Rééquilibrage de la contribution de l'ONDAM à l'OGD	160
Produits de santé et promotion des génériques	1065
Baisse de prix des médicaments	550
Promotion et développement des génériques	435
Biosimilaires	30
Tarifs des dispositifs médicaux	50
Pertinence et bon usage des soins	1155
Baisse des tarifs des professionnels libéraux	150
Actions de maîtrise des volumes et de la structure de prescription des médicaments	400
Lutte contre les iatrogénies médicamenteuses	100
Maîtrise médicalisée hors médicament	375
Mise en œuvre des réévaluations de la HAS	130
Lutte contre la fraude	75
Total	3185
