La Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016

Pour rappel, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) est une catégorie de loi créée par la révision de la Constitution du 22 février 1996. Elle vise **à maîtriser les dépenses sociales** et détermine les conditions nécessaires à l'équilibre financier de la Sécurité sociale en fixant les objectifs de dépenses en fonction des prévisions de recettes.

Il faut bien souligner qu'il s'agit d'une loi de financement et non de finances, ce qui indique clairement que la LFSS **n'est pas de la même nature que les lois de finances de l'État ;** notamment, elles n'ont pas de portée budgétaire.

Parmi les éléments clés figurant dans une LFSS, il faut citer l'**ONDAM (objectif national de dépenses d'assurance-maladie)**. Comme son nom l'indique, il s'agit d'une simple norme d'évolution de la dépense, et non d'une enveloppe budgétaire limitative (dont on comprend aisément l'impossibilité, puisqu'elle impliquerait de cesser les remboursements aux assurés une fois le plafond de l'enveloppe atteint).

La LFSS est **votée par le Parlement** tous les ans, en même temps que la loi de finances (LF), déterminant le budget de l'État, ce qui explique souvent les confusions faites entre ces dernières. Elle doit être déposée sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le 15 octobre. Le Parlement doit se prononcer dans les 50 jours, sinon le projet de LFSS (PLFSS) peut être adopté par voie d'ordonnance. Elle peut aussi être modifiée en cours d'année par une LFSS rectificative.

Publiée au Journal Officiel du 22 décembre 2015, la LFSS pour 2016 comprend ou clarifie des évolutions sociales importantes dont il convient de faire le tour : mise en place de la complémentaire santé généralisée, confirmation du dispositif de protection universelle maladie (PUMA). Cet article est donc l'occasion de revenir sur l'une des lois les plus structurantes et complexes de notre pays. Il sera le premier d'une série de 3 articles vous exposant dans le détail les mesures adoptées dans le PLFSS pour 2016 : mesures sur la retraite, la branche famille, la déclaration sociale nominative (DSN), la fraude aux prestations de sécurité sociale…

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

La généralisation de la complémentaire santé, issu de l'ANI de janvier 2013 a été précisée dans la LFSS pour 2016, son application dans les textes étant prévu dès ce début d'année. Ainsi, le montant du financement patronal, les cas de dispenses d'adhérer ou encore les chèques santé sont précisés dans ce texte.

- **Financement patronal minimal :** depuis le 1er janvier 2016, chaque employeur doit faire bénéficier l'ensemble de ses salariés d'une couverture complémentaire santé minimale. L'article 34 de la LFSS apporte des précisions à ce dispositif (ajout d'un paragraphe à l'article L. 911-7) : « l'employeur assure au minimum la moitié du financement de la couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident » laquelle peut s'avérer plus favorable que la couverture minimale.
- **Dispense d'adhésion de droit :** tous les salariés de l'entreprise doivent en principe être couverts par le régime frais de santé, mais la LFSS pour 2016 et le décret du 30 décembre 2015 instaurent de nouveaux cas de dispense d'affiliation de plein droit. En cas de contrat court, la loi instaure la faculté pour les salariés précaires, d'être dispensés d'adhérer à la couverture collective (pour les contrats précaires de moins de 3 mois).

Par ailleurs, d'autres types de salariés peuvent être dispensés de plein droit : salariés bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), salariés déjà couverts par une assurance individuelle, les salariés qui bénéficient d'une couverture de ces risques du fait d'un autre emploi.

- **Chèque santé pour les salariés précaires (salariés en CDD de moins de 3 mois et temps partiel) :** l'article 34 de la LFSS instaure, à partir du 1er janvier 2016, un versement santé pour les salariés précaires ayant fait valoir leur dispense d'obligation d'adhésion. Ce versement sera représentatif du financement de la complémentaire santé ainsi que de la portabilité de ses garanties. Le montant du versement doit être égal à la contribution mensuelle de l'employeur à la complémentaire santé (pour ce salarié et cette catégorie d'emploi) multiplié par un coefficient de 105 % pour les temps partiels et 125 % pour les salariés en CDD.
- **Complémentaire santé des séniors :** la LFSS pour 2016 introduit des dispositions relatives à la couverture complémentaire santé des personnes âgées de 65 ans et plus. Ces mesures, qui visent à offrir des garanties adaptées à un prix avantageux pour les personnes âgées, s'appliqueront aux contrats prenants effets à compter du 1er janvier 2017. Ces personnes devront donc souscrire à un contrat individuel ou à un contrat collectif facultatif pour avoir accès à ces couvertures « labellisées ». L'octroi du label visera à identifier des contrats qui répondent à ces critères d'accessibilité des prix et de garanties adaptées au besoin des séniors. Pour ce faire, il faudra en premier lieu que le contrat propose des garanties au moins équivalentes à des niveaux déterminés pour un prix, hors taxe, inférieur à des seuils fixés par décret, en fonction de l'âge des assurés et du niveau des garanties proposées. En second lieu, il faudra que le contrat réponde aux critères des contrats responsables (article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale). La liste des contrats labellisés sera ensuite rendue publique dans des conditions et délais fixés par décret.

LA PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE (PUMA)

A l'origine présentée en 2015 par le Haut conseil du financement de la protection sociale, le schéma d'une PUMA trouve sa traduction concrète dans la LFSS pour 2016. En effet, les articles 32 et 59 de la loi organisent cette protection universelle à effet du 1er janvier 2016. Cette réforme qui vise à « universaliser la prise en charge des frais de santé, afin de simplifier les démarches pour les assurés comme pour les organismes gestionnaires et de garantir ainsi la continuité des droits ». Cette dernière permet donc la prise en charge des frais de santé (prestations en nature) du fait de l'activité professionnelle, ou à défaut, de la résidence régulière et stable en France. Là où auparavant l'organisation de la sécurité sociale était fondée sur l'assurance par le travail, la LFSS pour 2016 est venue préciser que toute personne résidant en France de manière stable et régulière bénéficierait de la couverture des charges de maladie, de maternité et de paternité, ainsi que des charges de famille.

Les conséquences pour les assurés sont multiples :

- l'absorption par le nouveau dispositif de la couverture maladie universelle de base, créée en 2000,
- pour les salariés, la suppression de conditions d'ouverture du droit aux prestations en nature (niveau de rémunération et nombre d'heures de travail réalisées).
- la future disparition de la notion d'ayants droits majeurs (d'ici 2020), puisque ces derniers seront désormais affiliés soit parce qu'ils travaillent, soit parce qu'ils résident de manière régulière et stable en France. ■

Article réalisé par Clémence CHUMIATCHER