

2016

DOSSIER DE PRESSE

PROJET
DE LOI DE
FINANCEMENT
DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE

24 SEPTEMBRE 2015

présenté par

MICHEL SAPIN
Ministre des Finances
et des Comptes publics

MARISOL TOURAINE
Ministre des Affaires sociales,
de la Santé et des Droits
des femmes

CHRISTIAN ECKERT
Secrétaire d'État chargé
du Budget

Sommaire

Première partie : Équilibre général : rétablir les comptes de la sécurité sociale tout en soutenant l'emploi et la croissance5

CHAPITRE 1 Rétablir l'équilibre des comptes par des efforts de maîtrise de la dépense 6

CHAPITRE 2 Mettre en œuvre la deuxième étape du pacte de responsabilité et de solidarité, conformément aux engagements du Gouvernement10

CHAPITRE 3 Recentrer les exonérations spécifiques de cotisations sociales13

CHAPITRE 4 Adapter la législation relative aux prélèvements sociaux aux besoins des entreprises.....15

Deuxième partie : Assurance maladie : poursuivre la transformation du système de santé en préservant les droits des assurés17

CHAPITRE 1 Poursuivre la maîtrise des dépenses d'assurance maladie en préservant la prise en charge des soins18

CHAPITRE 2 Promouvoir la prévention et les parcours de prise en charge22

Troisième partie : Des droits renforcés et plus effectifs27

CHAPITRE 1 Des droits mieux adaptés aux situations des personnes28

CHAPITRE 2 Généraliser l'accès à une couverture complémentaire en santé de qualité.....34

Quatrième partie : Simplifier et harmoniser la revalorisation des prestations37

Première partie :
Équilibre général : rétablir
les comptes de la sécurité sociale
tout en soutenant l'emploi
et la croissance

CHAPITRE 1

Rétablir l'équilibre des comptes par des efforts de maîtrise de la dépense

Dans le prolongement des chiffres présentés en juin 2015, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 confirme le rétablissement des comptes sociaux engagé depuis 2012.

Le déficit du régime général s'est réduit de 2,8 milliards d'euros entre 2013 et 2014 et continue à diminuer en 2015, de 700 millions d'euros, pour atteindre -9 milliards d'euros et -12,8 milliards d'euros avec le FSV. Ce résultat prouve que le Gouvernement parvient à rétablir les comptes publics, et en particulier ceux de la sécurité sociale, dans un contexte économique contraint, tout en préservant les droits et les acquis sociaux des Français d'une part et en menant une politique déterminée de baisse des prélèvements sur le travail d'autre part.

En 2015, pour la deuxième année consécutive, le déficit se réduira dans une ampleur plus importante que celle initialement prévue

En 2014, le déficit du régime général de la sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est établi à -13,2 milliards d'euros. Ce résultat s'est avéré meilleur de 2,2 milliards d'euros que celui qui était prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, qui prévoyait une stabilisation du déficit à 15,4 milliards d'euros. Le déficit du régime général, en particulier, est redescendu en-dessous de 10 milliards d'euros pour la première fois depuis 2007.

Pour l'année 2015, la loi de financement de la sécurité sociale initiale a prévu un objectif de déficit de 13,4 milliards d'euros pour le régime général et le FSV, dont 10,5 milliards d'euros pour le seul régime général.

En juin, cette prévision a d'ores et déjà été révisée à la baisse à -13 milliards d'euros dont -9,5 milliards pour le régime général.

La nouvelle prévision de déficit est encore améliorée puisqu'elle s'établit à -12,8 milliards d'euros, dont 9 milliards d'euros pour le régime général, soit 700 millions d'euros de mieux pour ce dernier.

A ce stade de l'année, les recettes encaissées sont conformes aux prévisions de la LFSS pour 2015, ce qui atteste le choix du Gouvernement, reconnu par la Cour des comptes récemment, de retenir des hypothèses prudentes pour la construction des projets de loi financiers.

Ce résultat est permis par des efforts sans précédent de maîtrise des dépenses

La prévision de déficit de 12,8 milliards d'euros pour 2015 est meilleure que l'objectif que le Gouvernement s'était fixé l'an dernier de -13,4 milliards d'euros. Plusieurs mesures contribuent à cette maîtrise des dépenses :

- **Le ralentissement de la progression de l'ONDAM en 2015.** Ces économies seront d'ailleurs pérennisées dans l'objectif fixé pour 2016 à 1,75 %. Le redressement des comptes de la branche maladie se fait sans transfert de charges vers les ménages ou les complémentaires santé.
- **La montée en charge des économies décidées sur la branche famille.** Ainsi, la modulation des allocations familiales en fonction des ressources est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2015. Le montant total des économies continuera de s'accroître en 2016.
- **L'effet de certaines mesures de la loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraite** adoptée en 2014, qui montent en charge et ont un impact en 2015, notamment les nouvelles dispositions régissant le cumul emploi retraite.
- **La maîtrise des dépenses de fonctionnement** prévue par les conventions d'objectifs et de gestion signées en 2014 pour les branches maladie, vieillesse et recouvrement.

Le déficit cumulé du régime général et du FSV atteindra -9,7 milliards d'euros en 2016 et retrouvera le niveau d'avant la crise

Le déficit du régime général sera ramené en 2016 à un niveau proche de l'équilibre, qui n'a jamais été constaté depuis 2002.

En effet, pour la première fois depuis 2004, la branche vieillesse du régime général reviendra à l'équilibre en 2016. La branche AT-MP devrait enregistrer pour sa part un excédent pour la quatrième année consécutive. Ainsi, deux branches de prestations sur les quatre que compte le régime général seront excédentaires, pour la première fois depuis 2003.

Le solde de la branche famille s'améliorera de nouveau, sous l'effet des mesures d'économie qui ont été prises au cours des deux dernières années. La branche se rapprochera de l'équilibre, avec un déficit de l'ordre de 800 millions d'euros.

Le déficit de la branche maladie, qui reste le plus significatif, continuera de se réduire sous l'effet des mesures d'économie prévues. Il s'établira à -6,2 milliards d'euros.

Enfin, le déficit du FSV commencera à diminuer en 2016.

Prévisions de solde des branches du régime général et du FSV

en Md€	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Branches	réalisé	prévision PLFSS 2016				
Maladie	-6,5	-7,5	-6,2	-4,7	-2,9	-0,3
AT-MP	0,7	0,6	0,5	0,6	1,5	1,9
Famille	-2,7	-1,6	-0,8	-0,3	0,0	0,3
Vieillesse	-1,2	-0,6	0,5	1,1	0,4	-0,1
Régime général	-9,7	-9,0	-6,0	-3,3	-1,0	1,8
FSV	-3,5	-3,8	-3,7	-3,6	-3,1	-2,8
RG + FSV	-13,2	-12,8	-9,7	-6,9	-4,1	-1,0

Ce contexte favorable permet de sécuriser la gestion de la dette sociale et la trésorerie des régimes

La réduction des déficits permet, pour la première fois depuis 2002, une réduction de la dette totale de la sécurité sociale (CADES et ACOSS) en valeur en 2015, qui s'accroîtra en 2016.

Dans ce contexte, la LFSS pour 2016 permettra de sécuriser la trésorerie de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) d'une part et de bénéficier des capacités de remboursement de la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) d'autre part.

Conformément aux recommandations de la Cour des comptes dans le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale présenté le 15 septembre 2015, la gestion de la dette des organismes de sécurité sociale est ainsi sécurisée, en évitant l'accumulation d'une dette de court terme trop importante à l'ACOSS, exposée à un risque financier, en cas de hausse des taux d'intérêt de court terme.

En 2016, la reprise de dette de la sécurité sociale qui sera réalisée par la CADES permettra de lui transférer les déficits accumulés à l'ACOSS, dans le respect du plafond de 62 milliards d'euros fixé en 2010.

Cette reprise n'allonge pas l'horizon d'amortissement de la dette sociale, qui est calculé à partir des plafonds de reprise de dette autorisés en 2010, et qui est aujourd'hui estimée à 2024, soit 1 an plus tôt que l'horizon initialement fixé, grâce aux bonnes conditions de financement de la dette sociale.

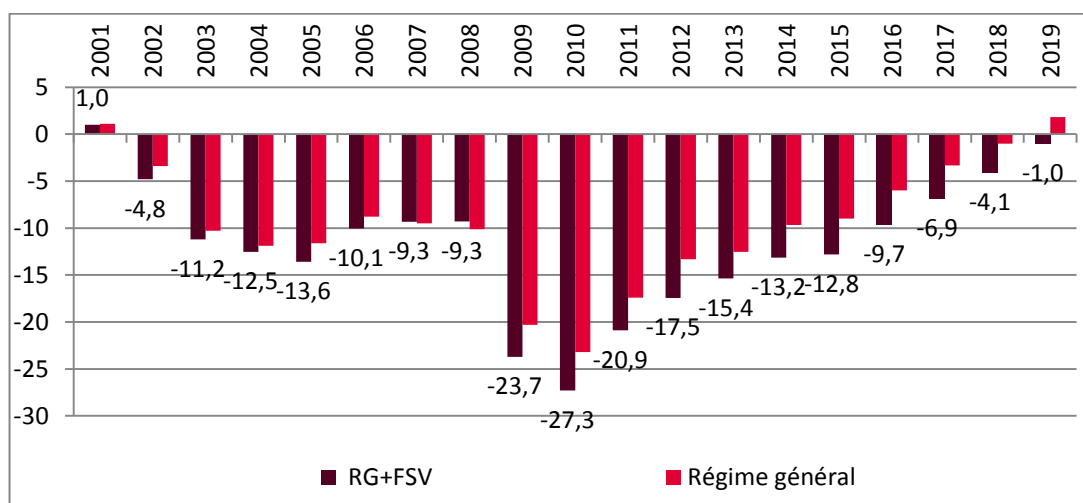
Le prochain retour à l'équilibre des régimes de retraite de base

Alors que la branche vieillesse du régime général avait atteint son niveau d'excédent le plus élevé en 2002, elle n'avait pas été à l'équilibre depuis 2004. La réforme des retraites, inscrite dans la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, continue à produire ses effets. Les régimes de retraite de base, qui relèvent de la loi, affichaient un déficit de -7,9 milliards d'euros en 2011 (dont -6 milliards d'euros pour le seul régime général) : ce déficit ne sera plus que de 200 millions d'euros en 2015 et un retour à l'excédent est prévu dès 2016.

Cet excédent permet de compenser partiellement le déficit du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) qui reste à un niveau élevé, en raison principalement des validations de trimestres d'assurance vieillesse pour les demandeurs d'emploi.

Ce rétablissement, dans la justice, des comptes des régimes de retraite de base sera consolidé par la clarification des règles de revalorisation applicables à l'ensemble des prestations sociales.

Perspectives pluriannuelles de solde du régime général et du FSV (en Md€)



CHAPITRE 2

Mettre en œuvre la deuxième étape du pacte de responsabilité et de solidarité, conformément aux engagements du Gouvernement

La poursuite du déploiement du pacte de responsabilité et de solidarité

Depuis le 1^{er} janvier 2015, les premières mesures du Pacte de responsabilité et de solidarité annoncé le 14 janvier 2014 par le Président de la République ont été mises en œuvre, au bénéfice de l'emploi, de la compétitivité et de la croissance :

- **Une diminution du coût du travail sur les bas salaires à travers des baisses de cotisations parallèlement à la montée en puissance du CICE.** Les allègements généraux de cotisations sociales ont été renforcés afin que plus aucune cotisation ou contribution de sécurité sociale ne soit due pour un salaire équivalent au SMIC. S'ajoute une baisse de 1,8 point des cotisations d'allocations familiales applicable depuis le 1^{er} janvier pour les salaires inférieurs à 1,6 SMIC.
- **Un abattement sur l'assiette de Contribution Sociale de Solidarité des Sociétés (C3S)** a permis d'exonérer toutes les TPE et un grand nombre de PME au titre de cet impôt qui pénalise l'investissement et l'activité économique. Les deux tiers des redevables ont été exonérés.

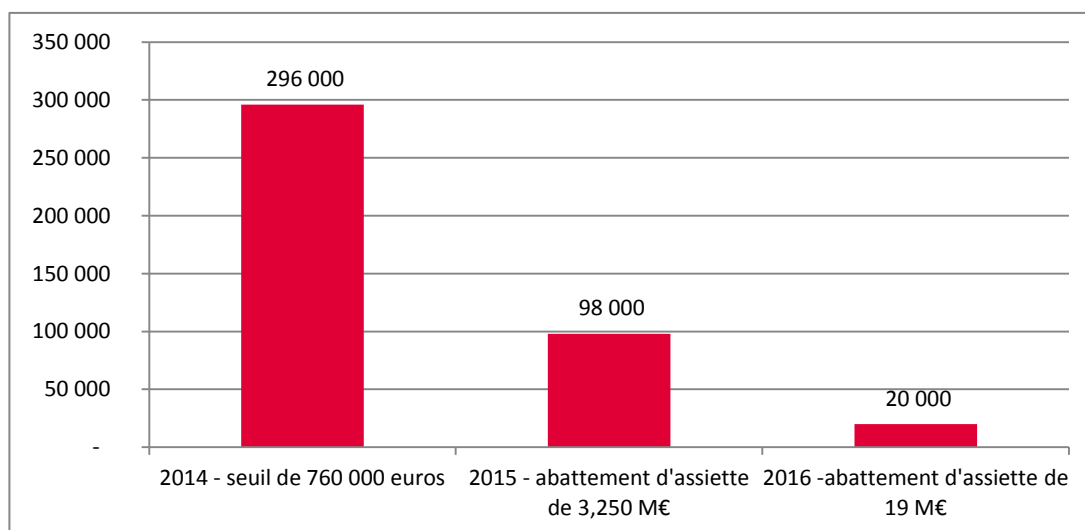
Ces mesures ciblées vers l'emploi et les PME ont été accompagnées de mesures visant à rendre davantage progressifs nos prélèvements obligatoires au bénéfice des ménages aux revenus moyens et modestes.

Dès 2014, pour donner aux entreprises la visibilité nécessaire à leur engagement en faveur de l'emploi et de la croissance, le Gouvernement avait inscrit les mesures du Pacte dans une trajectoire allant jusqu'en 2020.

Conformément à ces engagements, le PLFSS pour 2016 met en œuvre les mesures prévues dans une deuxième étape :

- **L'extension de la baisse des cotisations d'allocations familiales pour tous les salaires inférieurs à 3,5 SMIC** bénéficiera principalement aux secteurs exposés à la concurrence internationale, notamment l'industrie, dans une logique de renforcement de la compétitivité des entreprises françaises. Elle représentera une baisse du coût du travail de 4,5 milliards d'euros en année pleine et s'appliquera au 1^{er} avril.
- **La hausse de l'abattement d'assiette de C3S.** Ce montant sera porté à 19 millions d'euros, soit l'équivalent d'une baisse d'un milliard d'euros supplémentaire de la contribution due en 2016, qui bénéficiera aux entreprises restant redevables en 2015. Parmi elles, près de 80 000 petites et moyennes entreprises seront totalement exonérées. Seules les 20 000 plus grandes entreprises resteront redevables. Le gain maximal pour chaque entreprise s'élèvera à 25 000 euros.

Evolution du nombre de redevables de la C3S



Par ailleurs, depuis le 1^{er} janvier 2015, de nouvelles mesures en faveur des entreprises se sont ajoutées à celles que le Gouvernement s'était engagé à mettre en œuvre. Ces mesures répondent à de nouvelles priorités :

- d'une part, le besoin d'accroître l'incitation directe à investir,
- et d'autre part la nécessité d'un effort accru en faveur de l'emploi dans les petites entreprises.

Celles-ci se sont traduites dans le plan présenté par le Premier ministre le 8 avril 2015 pour accélérer l'investissement ainsi que dans le plan « *Tout pour l'emploi dans les TPE et PME* » du 9 juin 2015. Ces initiatives s'inscrivent à l'intérieur de l'enveloppe prévue pour le Pacte en 2016. Ainsi, afin de financer ces nouvelles priorités, les nouveaux allègements de cotisations portant sur les salaires au-delà de 1,6 smic seront mis en œuvre au 1^{er} avril 2016.

Le total des mesures de soutien aux entreprises représentera ainsi 33 milliards d'euros en 2016, soit 10 de plus qu'en 2015, et 41 milliards en 2017, comme le Président de la République l'avait annoncé.

La compensation par l'Etat du coût du pacte pour la sécurité sociale

Comme le Gouvernement s'y était engagé, les lois financières pour 2016 (projet de loi de finances et projet de loi de financement de la sécurité sociale) assurent la compensation à la sécurité sociale des différentes mesures du pacte, ainsi que les autres mesures favorables aux entreprises (action gratuite et taux de forfait social) pour un total de 5,3 milliards d'euros.

Cette compensation prend notamment en compte le caractère non pérenne du rendement lié à la mise en place du prélèvement à la source des cotisations sur les caisses de congés payés, ce qui conduit à un transfert à la sécurité sociale de 1 milliard d'euros supplémentaire.

Les modalités de cette compensation s'inscrivent dans la logique de rationalisation et de simplification des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale engagée l'an dernier.

- Ainsi, il est prévu de transférer à l'Etat le financement de l'aide au logement familiale (ALF), qui était jusqu'à présent porté par la branche famille. Ce transfert achève ainsi la budgétisation des aides personnelles au logement, la part de la branche famille dans le financement des aides personnalisées au logement (APL) ayant été transférée l'an dernier. Il conduit à une réduction de 4,7 milliards d'euros des dépenses de la branche famille en 2015. Il est sans impact sur les modalités de versement et de gestion des prestations par les CAF et sur le montant des prestations versées aux allocataires.
- De la même façon, le financement des mesures de protection juridique des majeurs est rationalisé en réduisant le nombre de financeurs et conduit à transférer à l'Etat les dépenses prises en charge par la sécurité sociale à ce titre, soit près de 400 M€ pour 2016.

Par ailleurs, les montants de TVA revenant à la sécurité sociale sont ajustés afin d'assurer la neutralité totale de ces opérations.

CHAPITRE 3

Recentrer les exonérations spécifiques de cotisations sociales

Le recentrage des exonérations applicables en outre-mer sur les secteurs exposés

Dans le cadre de la première vague de revues des dépenses lancée en 2015 (en application de la loi de programmation des finances publiques 2014-2019), une étude des dispositifs d'allègements ciblés de cotisations sociales a été conduite par l'inspection générale des finances (IGF) et l'inspection générale des affaires sociales (IGAS). Elle a notamment réalisé une évaluation du dispositif d'exonération spécifique applicable à l'outre-mer.

Elle préconise de mieux centrer ce dispositif d'exonération sur les plus bas salaires afin d'en améliorer l'efficacité. En effet, alors que les allègements généraux sont largement ciblés sur les bas salaires, le régime applicable à l'outre-mer s'en éloigne actuellement de manière significative avec des points de sortie particulièrement élevés, jusqu'à 4,5 SMIC (6 560 € brut), nettement supérieurs à ceux retenus pour les allègements généraux (1,6 SMIC) et le CICE (2,5 SMIC), et donc à des niveaux de salaires où l'effet sur l'emploi est peu prononcé, voire inexistant.

Aussi, les seuils de sortie d'exonération totale et les niveaux de rémunération à partir desquels l'exonération cesse pour les entreprises ne faisant pas partie des secteurs et des zones prioritaires seront diminués, sans altérer l'équilibre général entre les différents barèmes (entreprises de moins de 11 salariés, de 11 salariés ou plus, entreprises du secteur dit « renforcé »).

Par ailleurs, pour les secteurs définis par la loi pour le développement économique des outre-mer (LODEOM) comme étant à fort potentiel de développement (la recherche et le développement, les technologies de l'information et de la communication, le tourisme, y compris les activités s'y rapportant, l'environnement, l'agro-nutrition, les énergies renouvelables), **le régime renforcé sera intensifié** pour les entreprises qui bénéficient du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE). La mesure conduit à renforcer l'avantage accordé à ces entreprises, les plus soumises à la concurrence.

Ces mesures s'inscrivent donc en cohérence avec la politique menée par l'Etat en faveur de la compétitivité et de l'emploi dans les entreprises ultramarines au moyen du relèvement du taux de crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi à 9 % au 1er janvier 2016 contre un taux de 6 % au niveau du droit commun.

La rationalisation des dispositifs d'exonération zonée au bénéfice des allègements généraux de cotisation

Par ailleurs, la même mission a porté une appréciation critique, au regard de leur pertinence et de leur efficacité, sur les exonérations de cotisations patronales zonées applicables aux bassins d'emploi à redynamiser (BER), aux zones de restructuration de la défense (ZRD) et aux zones de revitalisation rurale (ZRR).

Cette appréciation résulte de plusieurs constats cumulatifs :

- le manque d'efficacité de ces dispositifs dont l'objectif était de favoriser l'emploi dans les territoires ciblés, mais dont l'effet économique s'est avéré limité voire inexistant ;
- le coût élevé pour les finances publiques au regard du nombre de bénéficiaires ;
- la complexité de ces dispositifs, source d'une insécurité juridique notable et de nombreuses erreurs relevées par les URSSAF.

L'avantage différentiel déclinant par rapport aux exonérations de droit commun qui, grâce au Pacte de responsabilité et de solidarité, sont désormais étendues jusqu'à 3,5 SMIC, il paraît d'autant plus justifié de revenir sur les dispositifs particuliers qui avaient été conçus antérieurement. Au niveau du SMIC, ces dispositifs spécifiques sont même devenus, depuis 2015, moins avantageux que les exonérations de droit commun.

Le PLFSS prévoit la mise en extinction progressive de ces dispositifs d'exonération.

Ces entreprises bénéficieront du renforcement des allègements généraux de cotisations patronales de droit commun prévues dans le cadre du Pacte de responsabilité et de solidarité, au titre des rémunérations versées jusqu'à 3,5 SMIC.

CHAPITRE 4

Adapter la législation relative aux prélèvements sociaux aux besoins des entreprises

Mieux proportionner les redressements faisant suite à une mauvaise application de la législation relative à la prévoyance collective

Le rapport parlementaire sur les relations entre les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) et les entreprises d'avril 2015 de MM. Bernard GÉRARD et Marc GOUA a souligné la nécessité d'appliquer, à l'issue des contrôles, des redressements qui soient mieux proportionnés aux manquements réels.

Le problème concerne tout particulièrement les redressements opérés au titre des cotisations versées par les employeurs à des régimes d'entreprise devant respecter un caractère collectif et obligatoire.

Ces redressements, qui peuvent représenter des montants très significatifs, résultent d'erreurs de nature différente allant du défaut de fourniture de pièces justificatives à l'irrégularité ou à l'erreur de droit.

Le PLFSS propose un meilleur équilibre entre, d'une part, le respect des conditions ouvrant droit aux exonérations liées à la mise en place d'une couverture collective et obligatoire et, d'autre part, les conséquences financières liées au non-respect de certaines règles de droit.

Prendre en compte la situation des micro-entreprises qui n'ont pas encore opté pour le régime micro-social

La loi du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises (loi ACTPE) prévoit qu'à compter du 1er janvier 2016 tout travailleur indépendant non agricole imposé selon le régime micro-fiscal devra relever automatiquement du régime micro-social.

Toutefois, certains travailleurs indépendants relevant du régime micro-fiscal avaient fait le choix de rester au régime social de droit commun, fondé sur une déclaration au réel des revenus d'activité, selon les modalités de recouvrement habituellement applicables aux travailleurs indépendants et caractérisées par l'application de cotisations minimales obligatoires en-deçà d'un certain revenu d'activité.

Afin de respecter le choix fait par ces travailleurs indépendants et par souci de simplicité en gestion, les personnes qui relevaient du régime micro-fiscal au 31 décembre 2015 pourront rester dans le régime social de droit commun jusqu'au 31 décembre 2019.

Bien entendu, ces travailleurs indépendants pourront à tout moment demander à opter pour le nouveau régime micro social s'ils le souhaitent.

Deuxième partie :

Assurance maladie : poursuivre la transformation du système de santé en préservant les droits des assurés

CHAPITRE 1

Poursuivre la maîtrise des dépenses d'assurance maladie en préservant la prise en charge des soins

L'ONDAM 2015 sera respecté

L'ONDAM 2014 a été exécuté en-deçà de l'objectif voté en LFSS 2014. Les objectifs de dépenses pour 2015 ont donc été revus à la baisse à due concurrence, soit 400 millions d'euros.

	ONDAM 2015 (en Md€)	
	LFSS 2015	PLFSS 2016
Soins de ville	83,0	82,9
Établissements de santé	76,8	76,6
Établissements et services médicosociaux	17,9	17,8
Fonds d'intervention régional	3,1	3,0
Autres prises en charge	1,6	1,6
TOTAL	182,3	181,9

L'ONDAM 2016 progresse de 1,75% grâce à des efforts partagés

En 2016, avant économies, les dépenses dans le champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie progresseraient de 3,6%. Pour atteindre un taux de progression des dépenses de 1,75%, un montant global d'économies de 3,4 milliards d'euros est attendu en 2016.

Cet effort est réparti entre l'ensemble des secteurs : tous les sous-objectifs de l'ONDAM voient leur taux d'évolution diminuer par rapport à 2015.

En termes comptables, le sous-objectif des soins de ville progressera de 1,7%.

Afin de donner aux soins de ville les moyens nécessaires pour renforcer les soins primaires et réaliser le virage ambulatoire, le taux de cotisation maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) sera abaissé pour être progressivement aligné sur celui des autres professionnels indépendants.

En tenant compte de cette mesure, les ressources allouées aux soins de ville progressent, en termes économiques, de 2%.

Pour la première fois depuis plusieurs années, les ressources allouées aux établissements de santé progresseront comme l'ONDAM général.

Les économies reposent sur les orientations présentées par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes :

- baisser les prix des produits de santé et développer les génériques ;
- lutter contre les prescriptions non pertinentes ;
- engager le virage ambulatoire pour prendre en charge les patients en proximité ;
- améliorer l'efficacité de la dépense hospitalière.

Evolution de l'ONDAM par sous-objectifs

	Niveau de dépenses par sous-objectifs (en Md€)	Taux de progression	Pour mémoire : taux de progression voté en LFSS 2015
Soins de ville	84,3	2% (1,7% en tenant compte de l'alignement des cotisations des PAMC)	2,2%
Établissements de santé	77,9	1,75%	2,0%
Établissements et services médicosociaux	18,2	1,9%	2,2%
Fonds d'intervention régional	3,1	1,0%	2,1%
Autres prises en charge	1,7	4,6%	5,1%
TOTAL	185,2	1,75%	2,1%

Mesures d'économies (en M€)

Efficacité de la dépense hospitalière	690
Optimisation des dépenses des établissements	65
Optimisation des achats et fonctions logistiques	420
Liste en sus (dont radiations partielles)	205
Virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement	465
Développement de la chirurgie ambulatoire	160
Réduction des inadéquations hospitalières	145
Rééquilibrage de la contribution de l'ONDAM à l'OGD	160
Produits de santé et promotion des génériques	1045
Baisse de prix des médicaments	550
Promotion et développement des génériques	395
Tarifs des dispositifs médicaux	70
Biosimilaires	30
Pertinence et bon usage des soins	1210
Baisse des tarifs des professionnels libéraux	125
Actions de maîtrise des volumes et de la structure de prescription des médicaments	400
Lutte contre les iatrogénies médicamenteuses	100
Maîtrise médicalisée hors médicament	315
Réforme des cotisations des professionnels de santé	270
TOTAL	3410

Poursuivre l'effort en faveur de la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées

En 2016, 19,5 milliards d'euros seront consacrés aux établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées dépendantes ou des personnes handicapées. Les dépenses dévolues au soutien à l'autonomie des personnes connaissent donc une progression de 2,1%. Cela représente une augmentation des moyens de 405 millions d'euros, à champ constant.

Ces 19,5 milliards d'euros, dont l'essentiel est délégué aux agences régionales de santé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), constituent l'objectif global de dépenses (OGD) pour le secteur médico-social. Il est financé au moyen des recettes suivantes :

- 18,2 milliards d'euros de l'assurance maladie ; il s'agit de l'ONDAM médico-social. En 2016, l'ONDAM médico-social progressera de 1,9%.
- 1,2 milliard d'euros, issus d'une fraction du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) et de 113 millions de droit tabac.
- pour 2016, un prélèvement de 160 millions d'euros sur les réserves de la CNSA.

Les 405 millions d'euros de mesures nouvelles permettront notamment :

- de revaloriser de 0,8% les moyens dévolus au titre des places et des services existants ;
- de soutenir les plans de création de places pour les établissements et services pour personnes handicapées à hauteur de 45 millions d'euros et de poursuivre le déploiement du plan autisme 2013-2017 pour 60,4 millions d'euros. Les crédits dédiés au déploiement du plan autisme sont en forte hausse par rapport au montant prévu en 2015. Ces moyens permettront de poursuivre les créations de places ;
- de mettre en œuvre les engagements au titre des plans « Grand âge » et Alzheimer à hauteur de 40 millions et d'engager la réalisation du Plan « maladies neuro-dégénératives », à hauteur de 8,1 millions d'euros ;
- enfin, de renforcer l'encadrement en soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à hauteur de 100 millions d'euros (médicalisation). La réouverture du tarif global des EHPAD est poursuivie, de nouveau dans le cadre d'une enveloppe de 10 millions d'euros.

L'année 2016 sera marquée par ailleurs par l'entrée en vigueur de la loi d'adaptation de la société au vieillissement au 1^{er} janvier. La CASA, destinée à financer cette réforme, reste définitivement affectée à la CNSA.

CHAPITRE 2

Promouvoir la prévention et les parcours de prise en charge

Soutenir l'accès aux soins de proximité

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 propose de nouvelles mesures, qui viennent renforcer les actions entreprises pour garantir une médecine de proximité et contribuer au « virage ambulatoire ».

Soutenir la permanence des soins ambulatoires

L'enjeu est de répondre aux besoins de soins non programmés et sans urgences vitales qui se présentent aux heures de fermeture habituelles des cabinets libéraux et des centres de santé.

Le projet de loi de modernisation du système de santé apporte une première avancée en créant un numéro national dédié à la permanence des soins ambulatoires, qui assure une meilleure lisibilité du numéro de PDSA, un meilleur usage par la population.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale modernise les outils, qui sont à la main des agences régionales de santé pour renforcer la mobilisation des médecins libéraux. Alors que les agences régionales de santé ont la responsabilité d'organiser la PDSA, elles ne disposent pas nécessairement des différents leviers financiers.

En tirant les fruits d'expérimentations mises en place en Pays de la Loire, qui ont permis une augmentation du nombre de médecins volontaires, le projet de loi permet d'unifier le pilotage financier et de davantage rémunérer les médecins en fonction de leurs contraintes et du service rendu au patient (meilleur usage de la « régulation » médicale, mise en place de médecins mobiles).

En Pays-de-la-Loire, le dispositif, qui est pérennisé dans le projet de loi, a contribué à une augmentation de près de 10 % du nombre de médecins volontaires.

Améliorer l'accès aux soins ophtalmologiques

Afin de réduire les délais de rendez-vous chez un ophtalmologiste, à la suite des recommandations de l'inspection générale des affaires sociales, le projet de loi de santé comporte plusieurs mesures, qui renforcent la complémentarité des ophtalmologistes, des orthoptistes et des opticiens dans la prise en charge des patients et la délivrance des produits d'optique.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale complète cette approche en favorisant le développement de l'offre de soins ophtalmologiques sans dépassement d'honoraires. Elle crée ainsi une aide destinée à soutenir la modernisation des cabinets d'ophtalmologistes, qui augmentent l'accueil de nouveaux patients grâce la mise en place d'un binôme composé d'un orthoptiste pour la pré-consultation et d'un médecin. Ce type d'organisation permet en moyenne d'augmenter de 35 % le nombre de patients accueillis par cabinet.

Poursuivre la réforme du financement des établissements de santé

Le Gouvernement a souhaité engager dès 2012 une réforme en profondeur du modèle de financement des établissements de santé. De premières évolutions importantes ont été mises en œuvre à travers les lois de financement de la sécurité sociale pour 2014 et 2015, notamment sous la forme d'un financement spécifique des activités isolées, le financement de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ou encore la réforme sur le financement de la médecine hospitalière de proximité qui sera effective à compter de 2016.

Réformer le financement des soins de suite et de réadaptation

Le PLFSS pour 2016 prévoit une nouvelle étape avec la mise en œuvre d'un nouveau modèle de financement pour les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR). Il s'agit de mettre en œuvre un modèle de financement innovant de **dotation modulée à l'activité**, qui articule de manière équilibrée des financements par dotations, permettant aux établissements de disposer d'un socle de ressources garanties et de mettre en œuvre des stratégies pluriannuelles, et des financements tenant compte des prises en charge réalisées par les établissements et de leurs spécificités. Ce nouveau modèle, qui permettra d'allouer de manière plus efficiente et équitable les ressources tout en favorisant le développement des prises en charge ambulatoires, entrera en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017.

Afin d'accompagner la mise en œuvre progressive de ce modèle, il a été décidé dès 2016 :

- de soutenir les établissements de santé, en particulier en ce qui concerne la mise à niveau de leurs systèmes d'information mais également la formation de leurs personnels ;
- de financer dès 2016, en anticipation du modèle cible, certaines missions d'intérêt général, telles que la scolarisation des enfants accueillis au sein des établissements SSR, ainsi que la réinsertion professionnelle des patients adultes.

Accompagner les établissements dans leurs missions et leur transformation

De manière plus globale, l'évolution des ressources des établissements de santé proposée dans le cadre du PLFSS pour 2016 permettra d'accompagner les établissements de santé afin qu'ils puissent relever dans les meilleures conditions les défis qui les attendent dans les années à venir, avec plus de 100 millions destinés à :

- **La mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire** inscrits dans le projet de loi de santé : un accompagnement est prévu en 2016 afin d'aider les établissements pour l'élaboration du projet médical partagé et que pour la mise en place de systèmes d'information convergents entre les établissements de chaque GHT ;
- **Le développement de l'innovation** : 2016 verra la montée en charge du financement de l'innovation via le développement des forfaits innovation, qui rémunèrent l'activité liée aux actes et dispositifs médicaux innovants, et le soutien à l'investissement des établissements en faveur des équipements innovants ;

- **La prise en charge des populations précaires** : les ressources dédiées à la prise en charge de ces populations seront sensiblement renforcées en 2016, de manière ciblée sur les établissements de santé les plus mobilisés sur ces prises en charge.

Transformer l'offre des établissements sociaux et médico-sociaux pour permettre un meilleur accompagnement des situations complexes de handicap

Contractualiser avec les établissements sociaux et médico-sociaux pour transformer l'offre médico-sociale

La conclusion de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) constitue un outil essentiel de transformation de l'offre et d'évolution des pratiques pour permettre un meilleur accompagnement des personnes en situation de handicap centré sur l'inclusion mais également mieux répondre aux situations complexes de handicap. Cet objectif se situe dans la continuité des décisions prises par le Président de la République lors de la conférence nationale du handicap de décembre 2014 de mettre en œuvre la feuille de route « Une réponse accompagnée pour tous ».

La généralisation des CPOM, étalée sur une durée de 6 ans, permettra de contractualiser avec l'ensemble des gestionnaires d'établissements sur des objectifs qualitatifs relatifs à l'accompagnement des personnes handicapées, la capacité d'innovation et de coopération territoriale. Elle permettra également de réaliser un changement de modèle de financement des établissements en passant d'une tarification au prix de journée à un financement par dotation globale. L'allocation des ressources sera ainsi en relation plus étroite avec l'accompagnement des parcours individuels des personnes handicapées. Ce processus de généralisation des CPOM constitue donc l'un des leviers essentiels de la future réforme de la tarification des ESMS qui est en cours d'élaboration dans le cadre du projet SERAFIN-PH.

Faciliter les parcours des personnes handicapées en transférant le financement des dépenses de fonctionnement des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) vers l'assurance maladie

La mesure vise à faciliter les passerelles pour les personnes handicapées accueillies entre différents types d'établissements. Elle permettra aux établissements et services d'aide par le travail (ESAT) de mieux soutenir l'accès et le maintien en emploi ordinaire notamment pour les jeunes adultes et de poursuivre l'évolution engagée en faveur du temps partiel pour les travailleurs handicapés vieillissants.

Les ESAT sont actuellement financés par le budget de l'Etat alors que l'ensemble des autres établissements ou services d'accueil et accompagnement des personnes handicapées sont financés par l'assurance maladie. Permettre aux différents types d'établissements gérés par un même organisme de bénéficier d'un seul financeur permettra de mieux adapter les ressources aux seins des établissements en fonction des parcours des personnes handicapées au cours de leur vie.

Les crédits seront transférés de l'État à l'assurance maladie en 2017 et feront l'objet d'une compensation de l'État à l'assurance maladie : cette mesure est donc neutre financièrement pour les établissements, comme pour l'État et pour l'assurance maladie.

Prévenir l'obésité en accompagnant mieux les enfants en risque

L'obésité et le surpoids sont des problèmes graves de santé publique. Ils peuvent notamment être responsables de l'apparition de maladies chroniques, qui handicapent la vie des personnes en souffrant et sont également responsables de fortes dépenses d'assurance maladie.

C'est un domaine de santé où les inégalités de santé sont très fortes : ainsi, l'obésité touche 7 fois plus les enfants d'ouvriers que les enfants de cadres. La mesure proposée met donc en place une expérimentation à compter du 1^{er} juillet 2016 visant à prévenir au plus tôt et à accompagner les jeunes enfants (3 à 8 ans) et leurs familles, dès lors que l'enfant a été repéré par son médecin traitant comme présentant un risque d'obésité.

A cette fin, des consultations diététiques et psychologiques ainsi qu'un bilan d'activité physique seront dispensés, sur prescription du médecin traitant de l'enfant, par des professionnels de santé exerçant dans des structures sélectionnées au terme d'un appel à projets.

Ces consultations et bilans seront financés par le biais d'un forfait annuel par enfant versé par la caisse primaire d'assurance maladie.

Cette action accompagne la création du médecin traitant de l'enfant de moins de seize ans par le projet de loi de modernisation de notre système de santé.

Elle vient également compléter la mesure de prévention prévue en population générale consistant à améliorer l'information nutritionnelle (article 5 du projet de loi de modernisation du système de santé) pour aider les consommateurs à faire un choix éclairé pour leur santé et celle de leurs enfants.

Garantir l'accès gratuit et confidentiel à la contraception pour les mineures

L'amélioration de l'accès à la contraception doit concerner en priorité les mineures, compte tenu de leur besoin plus prononcé de confidentialité et de leur absence d'autonomie financière vis-à-vis de leurs parents.

Depuis 2012, le Gouvernement a pris différentes mesures visant à faciliter le parcours d'accès à la contraception des mineures : gratuité des moyens de contraception, mise en place d'une procédure de secret de la délivrance, tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par les régimes de base sur les consultations réalisées par le médecin ou la sage-femme.

Afin d'offrir aux adolescentes les meilleures conditions d'entrée dans la vie sexuelle et affective, il est donc proposé de compléter les avancées précédemment réalisées en garantissant le secret et la gratuité des actes en lien avec la prescription d'un contraceptif.

Ainsi, seront intégralement pris en charge dans la limite des tarifs de la sécurité sociale :

- les frais d'examens de biologie médicale ordonnés en vue d'une prescription contraceptive,
- la consultation médicale par un médecin ou une sage femme donnant lieu à la prescription d'un contraceptif ou d'examen de biologie médicale ordonné en vue d'une prescription contraceptive.

En parallèle, sera introduite la confidentialité de la réalisation de ces consultations et actes par les professionnels de santé ainsi que de leur prise en charge par l'assurance maladie.

Avec cette mesure, toute assurée mineure bénéficiera de la gratuité et d'une confidentialité totale pour l'intégralité de son parcours vers la contraception (mise en place et suivi).

Troisième partie :
Des droits renforcés
et plus effectifs

CHAPITRE 1

Des droits mieux adaptés aux situations des personnes

Mettre en place une protection universelle maladie

L'universalisation de la prise en charge des frais de santé : des droits ouverts à tous ceux qui résident de manière stable et régulière sur le territoire français

Depuis la création de la couverture maladie universelle de base (CMUb¹) en 1999, toute personne résidant sur le territoire de façon stable et régulière a droit à une couverture maladie.

Toutefois, dans la situation actuelle, pour bénéficier de la prise en charge par l'assurance maladie de ses frais de santé, un assuré doit remplir certaines conditions et notamment justifier du respect de certains critères : activité professionnelle, rattachement à un assuré (statut d'« ayant droit »), prolongation d'un de ces statuts...

Le contrôle du respect de ces critères entraîne la sollicitation par les caisses de sécurité sociale d'un nombre très significatif d'assurés (environ 1 million de personnes chaque année).

Dans les cas où les assurés ne remplissent pas ou ne remplissent plus ces conditions, ils doivent effectuer des démarches pour bénéficier de la CMUb auprès de la caisse primaire d'assurance maladie de leur lieu de résidence. Les personnes qui relèvent d'autres régimes que le régime général sont obligées, pour en bénéficier, de changer de régime et de caisse d'assurance maladie.

Ces règles imposent donc aux assurés des démarches qui n'ont d'autre but que de contrôler à quel titre les assurés ont droit à la couverture maladie, alors qu'ils y ont droit *in fine* dès lors qu'ils résident en France de façon régulière. Cela peut se traduire par des ruptures de droit lors de changements de situation professionnelle ou familiale.

La Protection universelle maladie est l'aboutissement de 70 ans d'évolution de l'assurance maladie : 15 ans après la CMU, elle crée un droit universel à la prise en charge des frais de santé. Avec cette réforme, tous les assurés qui travaillent ou résident en France de manière stable et régulière bénéficieront désormais pleinement du droit à la prise en charge de leurs frais de soins.

En pratique, les conditions requises pour ouvrir droit au remboursement des frais de soins seront simplifiées.

¹ La CMUb permet d'accorder une couverture de base à des personnes qui ne sont couvertes à aucun autre titre, c'est-à-dire si elles ne travaillent pas, ne perçoivent pas de pensions, ne sont pas conjoints d'un assuré social, ne sont pas en « maintien de droit » après avoir été assuré. Elle ne doit pas être confondue avec la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), qui accorde une complémentaire santé gratuite pour des personnes ayant des ressources très modestes.

- **Exemples** : *Un salarié agricole qui perd son emploi peut être amené, s'il n'a pas retrouvé d'emploi au bout d'une période de « maintien de droit », à devoir demander la CMU de base pour obtenir une couverture maladie. Il doit alors changer de caisse pour passer au régime général. Il en va de même pour un artisan ou un exploitant agricole qui doit arrêter son activité sans retrouver d'emploi.*
- **Avec la réforme de la protection universelle maladie, ces personnes conserveront leurs droits à la couverture maladie, sans démarche de leur part, sans changement de caisse et sans rupture de droits.**

Cette réforme n'étend pas le champ des personnes couvertes par l'assurance maladie : demain comme aujourd'hui, il faudra avoir résidé en France de façon régulière pendant six mois pour bénéficier de l'assurance maladie.

La réforme permettra de réorienter un contrôle des droits aujourd'hui concentré sur la vérification de conditions administratives vers un contrôle renforcé de la résidence des personnes bénéficiaires de l'assurance maladie.

La suppression progressive du statut d'ayant droit : l'individualisation et l'autonomisation de la gestion des droits

Le statut d'ayant droit renvoie au modèle initial de la sécurité sociale et à la structure de la société de l'après-guerre : l'assuré est la personne qui a une activité et procure des droits aux personnes vivant avec elle.

Avec la Protection universelle maladie, **tous les adultes deviendront des assurés à part entière**. Pour les plus de 18 ans, la notion d'ayant droit disparaît. Chaque assuré majeur aura donc **son propre compte d'assuré social (de type Améli), son propre décompte de remboursement** et pourra percevoir ses remboursements sur **son propre compte bancaire**.

Les changements de situation personnelle n'auront donc plus d'incidence sur les droits des assurés sans activité professionnelle. En cas de mariage, de séparation ou de deuil, l'assuré continuera à avoir des droits en propre, indépendamment de son conjoint ou ex-conjoint.

- **Par exemple** : *aujourd'hui, après un divorce ou une séparation, une femme au foyer qui ne reprend pas d'emploi doit, pour continuer à bénéficier de la prise en charge de ses frais de santé, demander la CMU de base un an après sa séparation. Cela peut la conduire à devoir changer de régime si son conjoint était agriculteur ou commerçant par exemple.*
- **Désormais, elle sera assurée de façon autonome. Sa séparation ne changera rien sur ses droits à maladie, qu'elle conservera sans démarche ni changement de régime.**

Cette mesure permettra aux femmes, qui constituent aujourd'hui la plus forte proportion d'ayants droit majeurs, une reconnaissance de leurs droits propres. **Elle renforcera également leur indépendance, notamment en matière de santé, pour gérer plus facilement les sujets de confidentialité des prises en charge qui peuvent s'avérer sensibles (IVG, contraception par exemple).**

Des dispositions transitoires sont prévues, à travers la possibilité ouverte aux ayants-droit de conserver ce statut jusqu'en 2020.

La simplification des démarches en cas de changements d'activité professionnelle, ou de déménagements

Certaines démarches devront être maintenues, lorsque les personnes déménagent ou changent de régime d'activité.

Elles seront radicalement simplifiées et leur délai sera fortement réduit. L'objectif est de réaliser ces changements « en un clic ». Par exemple, il suffira de signaler son changement d'adresse sur AMELI ou mon.service-public.fr.

Cette automatisation devrait être complète au régime général en 2016. Au 1^{er} janvier 2017, un transfert de dossier entre caisses primaires sera complètement traité en une dizaine de jours au plus, contre plus du double aujourd'hui.

Enfin, afin de faciliter leurs démarches dans la prise en charge des frais de santé, **la possibilité sera ouverte pour les parents de demander à ce que leur enfant dispose à partir de l'âge de 12 ans de sa propre carte Vitale.** Cette mesure pourrait faciliter la prise en charge des soins des enfants en cas de séparation entre les parents : en effet, il n'est pas possible aujourd'hui, lorsque les parents relèvent de deux régimes différents, de rattacher les droits des enfants sur la carte Vitale de chacun des parents, ce qui pose des difficultés en cas de garde partagée. Ce dispositif sera mis en oeuvre au sein du régime général à compter du 1^{er} janvier 2016, sur la base d'une demande en ligne.

Améliorer la situation des parents isolés

Le gouvernement prolonge son engagement en faveur des familles fragiles, en poursuivant le plan quinquennal de revalorisation de l'allocation de soutien familial (ASF) à destination des parents isolés et de la majoration du complément familial, en faveur des familles nombreuses les plus modestes. Deux revalorisations exceptionnelles sont déjà intervenues (2014 et 2015) : elles se prolongeront en 2016. **Au terme de leur mise en œuvre, les familles modestes auront en moyenne bénéficié de gains moyens de pouvoir d'achat évalués à 67 euros par enfant et par mois, soit plus de 800 euros par an.**

Le PLFSS 2016 est l'occasion d'amplifier cette mobilisation, **en renforçant la politique familiale en faveur des parents isolés** – qui sont des femmes dans 85% des cas. Le soutien à ces familles est d'autant plus important que le risque pour leurs enfants de connaître une situation de pauvreté est très élevé.

Il est donc proposé de généraliser la garantie des pensions alimentaires actuellement expérimentée dans 20 départements. Ce dispositif permet de **garantir une pension alimentaire minimale de plus de 100 € par mois et par enfant.**

Cette garantie, sans aucune condition de ressources, sera étendue à l'ensemble du territoire, au cours du premier semestre 2016. Elle s'accompagne d'actions de soutien concret aux parents isolés, mises en œuvre par les CAF et les MSA.

Elle devrait bénéficier à terme à 90 000 familles.

Améliorer durablement la protection sociale des travailleurs indépendants

Le Gouvernement est mobilisé pour améliorer la situation des travailleurs indépendants.

Les députés Sylviane BULTEAU et Fabrice VERDIER ont formulé le 8 juin dernier des propositions afin d'améliorer le fonctionnement et la qualité de service du RSI. Ces propositions ont été suivies de mesures concrètes présentées par les Ministres Marisol TOURAINE, Christian ECKERT et Martine PINVILLE le 25 juin. Ces actions sont en cours de déploiement et feront l'objet d'un suivi attentif de la part du Gouvernement, en lien avec les parlementaires.

Les députés ont poursuivi leur mission pour remettre un rapport le 21 septembre au Premier ministre, afin de proposer un ensemble de mesures structurelles pour rendre la protection sociale des indépendants plus juste et plus lisible. Il s'agit de renforcer les droits apportés par le Régime social des indépendants (RSI) à des travailleurs qui peuvent avoir la perception de ne pas bénéficier de droits en rapport avec ce qu'ils cotisent.

Rendre plus équitables les prélèvements sur les revenus les plus faibles

Le rapport propose de réformer le barème des cotisations « minimales », c'est-à-dire les cotisations qui sont dues lorsque les bénéficiaires dégagés par un travailleur indépendant sont très faibles ou nuls.

L'objectif de cette réforme est d'améliorer la couverture sociale des travailleurs indépendants et de simplifier le calcul de leurs cotisations.

Ainsi, **les cotisations minimales d'assurance maladie seront totalement supprimées. Cela permet, à prélèvement global constant, de relever la cotisation minimale d'assurance vieillesse de base pour garantir aux indépendants la validation de 3 trimestres de retraite par an**, alors qu'aujourd'hui, un indépendant qui n'a dégagé qu'un faible bénéfice même en travaillant une année entière ne valide que 2 trimestres. Pour les revenus les plus faibles, le montant des cotisations minimales s'en trouvera diminué.

Mieux remplacer la perte de revenu en cas de maladie

Si les travailleurs indépendants ont les mêmes droits que les salariés pour la prise en charge des soins, ils ne bénéficient pas des mêmes prestations pour compenser leur perte de revenu en cas de maladie. Ainsi, un délai de carence de 7 jours leur est applicable en cas d'arrêt maladie.

Il est donc envisagé de ramener le délai de carence à 3 jours pour les arrêts de plus de 7 jours, et de mettre en place un temps partiel thérapeutique pour les travailleurs indépendants, à l'image de ce qui existe pour les salariés. Ces mesures seraient prises par voie réglementaire.

Par ces propositions, le gouvernement poursuit la démarche initiée dès 2012 à l'égard des travailleurs indépendants aux revenus faibles :

- la LFSS pour 2013, puis la loi pour l'artisanat, le commerce et les très petites entreprises (ACTPE) en 2014, ont permis de diviser par 4 le montant de la cotisation minimale d'assurance maladie, passée de 980 à 247 euros.

- La loi ACTPE a par ailleurs permis aux travailleurs indépendants dont les revenus sont les plus faibles de valider automatiquement 2 trimestres de retraite au lieu d'un seul auparavant.
- Enfin, depuis le 1^{er} janvier 2015 est entrée en vigueur la baisse de 3,1 points des cotisations familiales, pour un coût d'un milliard d'euros.

Au global, ces mesures ont conduit à une baisse de cotisations pouvant aller jusqu'à 700 euros pour les indépendants dont le revenu annuel est inférieur à 10 000 euros.

CHAPITRE 2

Généraliser l'accès à une couverture complémentaire en santé de qualité

Garantir l'accès des salariés précaires à une couverture complémentaire en santé

La loi de sécurisation de l'emploi prévoit une couverture complémentaire en matière de frais de santé prise en charge par l'employeur à hauteur d'au moins 50% pour l'ensemble des salariés à compter du 1^{er} janvier 2016.

Toutefois, pour des salariés en contrat à durée déterminée (CDD) très court, ou qui travaillent simultanément chez plusieurs employeurs en réalisant une faible quotité horaire auprès de chaque employeur, ou qui travaillent à temps très partiel, une couverture complémentaire attachée à un seul employeur est peu praticable, du point de vue du salarié comme de l'employeur :

- s'agissant des CDD courts, la quasi-totalité des contrats de complémentaire sont annuels, et par ailleurs il ne serait pas dans l'intérêt du salarié de changer de contrat à chaque changement d'employeur ;
- s'agissant des salariés travaillant pour plusieurs employeurs, ils pourraient être conduits à cotiser plusieurs fois, si la couverture collective de chacun de leurs employeurs n'a pas prévu qu'ils puissent être dispensés de cotiser ;
- les salariés peuvent demander à être dispensés de souscrire le contrat collectif proposé par leur employeur, notamment s'ils sont en CDD ou si le coût de leur cotisation représente une part trop élevée de leur salaire, mais dans ce cas ils n'ont aucune aide de leur employeur.

Afin de garantir une mise en œuvre effective de la participation de l'employeur à la couverture complémentaire pour les salariés précaires dans des conditions leur assurant un traitement équitable par rapport aux autres salariés, **il est proposé de créer une aide individuelle de l'employeur destinée à l'acquisition d'une complémentaire santé par les salariés ne bénéficiant pas de la couverture collective d'entreprise ou d'un dispositif d'aide publique à la complémentaire santé.**

Cette aide sera établie par référence au montant payé par l'employeur pour la couverture de ses autres salariés, en tenant compte de la durée travaillée par le salarié.

Cette aide pourra être versée aux salariés en lieu et place de leur affiliation au contrat collectif :

- **si le salarié en fait la demande.** À cette fin, les possibilités de dispense de souscription du contrat collectif ouvertes aux salariés sous certaines conditions seront simplifiées ;
- **ou si un accord de branche ou d'entreprise** le prévoit pour les salariés dont le CDD ou la quotité de travail est inférieure à un seuil.

Soutenir l'accès à la couverture complémentaire en santé des retraités

Le coût d'une couverture complémentaire santé devient particulièrement élevé lorsque les personnes partent en retraite.

En effet, les retraités sont couverts dans le cadre de contrats individuels, qui présentent en général un moins bon rapport prestations / cotisations que les contrats collectifs et qui sont tarifés en fonction de l'âge : la cotisation mensuelle moyenne pour un contrat individuel est ainsi de 50€ à 40 ans, de 75€ à 60 ans, et de 96€ à 75 ans. Le coût d'une couverture de « milieu de gamme » peut représenter 20% du revenu pour un retraité de 75 ans appartenant aux 10% des ménages les plus modestes. Même pour des retraités situés autour du niveau de vie médian, ce coût représente 8% du revenu, soit plus que pour la plupart des ménages en âge d'être actif.

La proportion de personnes sans couverture complémentaire, inférieure à 4% entre 60 et 70 ans, monte à près de 5% entre 70 et 80 ans et atteint 6% chez les plus de 80 ans.

L'absence de couverture ou la faiblesse des garanties peut être particulièrement préjudiciable à l'accès aux soins des personnes âgées alors qu'elles font face à des frais de santé qui croissent également avec l'âge.

Deux mesures sont présentées afin de généraliser l'accès des retraités à une complémentaire de qualité, ainsi que l'a annoncé le Président de la République.

D'une part, l'évolution des tarifs pour les anciens salariés souhaitant continuer à adhérer à leur ancien contrat collectif sera mieux encadrée afin de limiter la hausse de tarifs dans les années suivant le départ de l'entreprise.

La loi « Évin » de 1989 prévoit en effet que les anciens salariés peuvent continuer à adhérer au contrat collectif de leur ancien employeur. Dans ce cadre, le tarif qui leur est proposé ne doit pas dépasser 150% du tarif appliqué aux salariés en activité. Ce plafond de 150% permet toutefois une très forte hausse de tarif dès la sortie d'entreprise, alors même que le salarié perd en outre la participation de l'employeur au coût de sa complémentaire.

La hausse de tarif sera donc lissée pour n'atteindre ce plafond de 150% qu'au terme de 3 à 5 ans après la sortie de l'entreprise.

Ce dispositif bénéficiera également aux anciens salariés demandeurs d'emploi.

Cette mesure sera réalisée par décret.

D'autre part, des contrats destinés aux personnes âgées de plus de 65 ans seront sélectionnés par mise en concurrence sur la base notamment de leur rapport qualité/prix ; ils bénéficieront d'un avantage fiscal. L'objectif est d'aider les personnes âgées, qui sont confrontées à une hausse du coût de leur complémentaire avec leur âge, à choisir leur contrat et de bénéficier d'une baisse des prix grâce à la mise en concurrence, ainsi que cela a été constaté dans le cadre de la mise en concurrence réalisée en 2015 pour les contrats éligibles à l'aide à la complémentaire santé (ACS).

Quatrième partie :
Simplifier et harmoniser la
revalorisation des prestations

Créer un « bouclier » pour les prestations sociales en cas d'inflation négative et simplifier leurs dates et leur mode de revalorisation

Le projet de loi de finances prévoit une réforme des modalités de revalorisation des prestations sociales, qui s'appliquera à la fois aux prestations de sécurité sociale et aux prestations à la charge de l'Etat ou des conseils départementaux. Le PLFSS comporte également un article transcrivant cette règle aux prestations de sécurité sociale.

Actuellement, les prestations sont revalorisées en fonction de l'inflation prévue, avec une correction pour tenir compte de l'écart entre la prévision et la réalisation de l'inflation de l'année précédente.

Au 1^{er} avril 2015, le Gouvernement aurait dû diminuer les prestations familiales de 0,7 point s'il avait appliqué strictement ces règles.

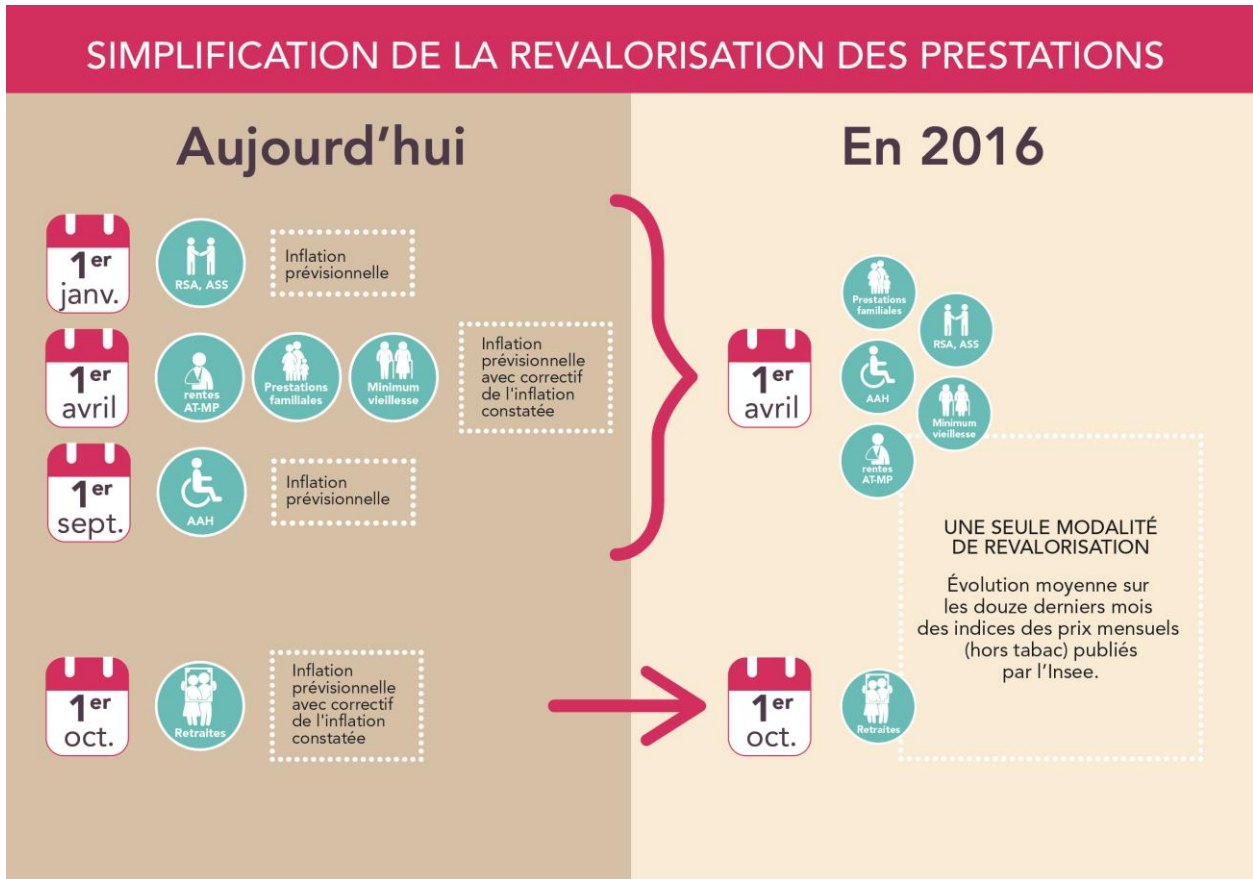
Or, le Gouvernement a choisi de ne pas diminuer le montant des prestations, dont certaines bénéficient à des familles modestes. Cependant, ce système de correction des écarts de prévision l'année suivante n'est pas satisfaisant et peu lisible pour les bénéficiaires.

En outre, coexistent pour les revalorisations des différentes prestations, cinq dates de revalorisation et plusieurs indices de référence, souvent fondée sur l'inflation prévisionnelle, avec ce dispositif de correction des écarts, ce qui rend le dispositif très complexe.

C'est pourquoi, il est proposé :

- D'une part, **de clarifier les dates de revalorisations en les regroupant sur deux dates** (1^{er} octobre pour les retraites, sans changement, et 1^{er} avril pour toutes les autres prestations). La date de revalorisation des prestations de sécurité sociale n'est pas modifiée ;
- et **d'autre part, de mettre en place une règle de « bouclier »** garantissant le maintien des prestations à leur niveau antérieur en cas d'inflation négative, **dans un cadre général où la revalorisation ne se fera plus qu'en fonction d'évolutions connues, et non prévisionnelles**, ce qui exclura en conséquence toute nécessité de correction *a posteriori*. Les prestations sociales seront donc revalorisées selon une même modalité, sur la base des dernières données d'inflation (hors tabac) publiées, et appréciées en moyenne annuelle sur les douze derniers mois disponibles.

Cette réforme est neutre à long terme, puisque l'inflation constatée et l'inflation prévisionnelle convergent sur longue période. Elle conduira à des économies temporaires dans un contexte de reprise de l'inflation. Cette mesure permettra une amélioration des finances publiques de l'ordre de 500 millions € en 2016.





Contacts presse

Téléphone : 01 53 18 45 04
www.economie.gouv.fr

Téléphone : 01 40 56 60 65
www.social-sante.gouv.fr
www.sante.gouv.fr