LE DOSSIER : Complémentaire santé pour tous les salariés. *Obligation ou opportunité ?*

EDITO

Mesdames, Messieurs,

Vous le savez sans doute, la loi de sécurisation de l'emploi de 2013 prévoit que toutes les entreprises doivent proposer une complémentaire santé à leurs salariés au plus tard le 1er janvier 2016.

Nous avons conçu ce dossier pour répondre aux questions que vont vous poser vos clients :

> Pour quelles entreprises ?
> Quand ?
> Combien ça coûte ?
> Comment la mettre en place ?
> Quel type de contrat ?
> Quelle couverture ?

Et puis d'autres questions qui toucheront à la fiscalité et aux charges salariales :

> Quelle sera la quote-part de l'employeur ? Celle du salarié ?
> Y-aura-t-il des déductions fiscales ?
> Quels seront les avantages ?

Nous vous souhaitons une excellente lecture et restons à votre disposition pour tout complément d'information.

A très bientôt
Votre partenaire,
Groupe Sofraco

groupe sofraco

L'expert de la protection sociale.

MG courtage et experts

MG COURTAGE ET EXPERTS

Martin GIVELET
56, chemin du Rampeau
38560 Jarrie

Port : 06 43 18 14 83

LE DOSSIER :

Complémentaire santé pour tous les salariés.

Obligation ou opportunité ?

« Peu de branches professionnelles ont conclu, à ce jour, un régime de couverture complémentaire santé», constate le Ministère du Travail dans un bilan présenté en avril 2015, près de deux ans après le vote de la loi de Sécurisation professionnelle du 14 juin 2013. L'article 1er de cette loi prévoit une généralisation de la couverture complémentaire santé dans les entreprises à compter du 1er janvier 2016.
À ce titre, les entreprises doivent donc mettre en place, au plus tard le 1er janvier 2016, une couverture santé «socle», cofinancée à parts égales par l'employeur et le salarié, incluant un minimum de garanties.

Cette obligation imposée par l'article 1 de la loi du 14 juin 2013 de Sécurisation de l'emploi, est l'aboutissement d'un processus engagé par l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2013.
Le 1er janvier 2016 est donc la date limite.
Certaines entreprises doivent déjà avoir instauré une complémentaire santé au profit de leurs salariés :
- Si elles entrent dans le champ d'application d'une branche professionnelle qui a prévu une couverture santé ;
- si elles couvraient déjà une catégorie de salariés ; depuis le 1er juillet 2014 elles doivent avoir mis en place des garanties frais de santé pour l'ensemble de leur personnel afin de pouvoir continuer à bénéficier du cadre social avantageux.

Les entreprises doivent veiller à respecter un plancher de garanties minimum établi par le décret du 8 septembre 2014. Cette vérification doit être opérée, tant pour une mise en place d'une nouvelle couverture que pour un dispositif déjà établi.

Garanties : Panier de soins minimum

Le décret du 8 septembre 2014 détermine le niveau minimal de garanties que les entreprises devront ainsi mettre en place. Appelé plus communément le « panier de soins minimum », il se compose des éléments suivants :

Consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie : prise en charge de l'intégralité du ticket modérateur à la charge des assurés, sauf pour les cures thermales, l'homéopathie, et les médicaments dont le service médical a été défini comme faible ou modéré ;

Hospitalisation : prise en charge du forfait journalier, sans limitation de durée ;

Soins dentaires : le texte prévoit un plancher de prise en charge sur les soins dentaires prothétiques et sur les soins d'orthopédie dentofaciale : 125% du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale, part Sécurité Sociale incluse. A titre d'exemple, ceci correspond à un remboursement total de l'ordre de 135€ pour une prothèse dentaire classique.

Optique : prise en charge forfaitaire des dépenses, par période de deux ans, à hauteur de 100€ minimum pour les corrections simples, 150€ minimum pour une correction mixte simple et complexe et 200€ minimum pour les corrections complexes.

La période de renouvellement est ramenée à un an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue. La participation de la Sécurité Sociale est ici très faible, les forfaits supplémentaires ont donc ici toute leur importance !

Comment cette couverture complémentaire est-elle financée ?

Concernant le financement, l'article L911-7 du code de la sécurité sociale, créée par la loi de sécurisation de l'emploi (elle-même découlant de l'ANI du 11 janvier 2013), dispose que « *l'employeur assure au minimum la moitié du financement de cette couverture.*» Toute la question qui se pose dès lors, et qui resurgit depuis plusieurs mois lors des échanges entre avocats, entreprises et assureurs, est de définir ce que le législateur entendait par «*cette couverture*» : s'agit-il de la couverture totale souscrite auprès d'un assureur – qui dans certaines entreprises peut s'élever bien au-delà de ce qui est prévu par le panier de soins minimum – ou bien cette obligatoire de financement à 50 % ne s'applique-t-elle que sur un montant égal au panier de soins minimum ?
La lettre du décret instaurant ce financement vise la couverture minimale, mais pour certains commentateurs, l'esprit du texte impliquerait la prise en charge par l'employeur d'au moins la moitié du coût de tout niveau de couverture santé

Cette obligation de financement minimum par l'employeur s'applique également tant pour les nouvelles couvertures santé que pour celles déjà mises en place.

Par ailleurs, le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 a redéfini la notion de « *contrat responsable* » en précisant les limites des remboursements de certaines prestations, tant en terme de minimums que de maximums.

Contrats responsables : différentes périodes de transition existent :

En parallèle, a été publiée la nouvelle règlementation sur les contrats responsables, qui ajoute des critères à respecter et notamment des plafonds de garanties.
Le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif « *au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales* » détaille un nouveau cahier des charges redéfinissant le périmètre des contrats responsables, avec notamment la mise en place de planchers et plafonds de remboursements sur des garanties, et plus précisément sur l'optique et les dépassements d'honoraires des médecins. Un «*observatoire des prix et de la prise en charge en optique médicale*» a également été institué.
Les conséquences du non-respect des critères responsables sont la perte des

avantages fiscaux et sociaux et la taxation du contrat à 14 % au lieu de 7 %.
Le Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2014 prévoyait que ces nouveaux critères puissent s'appliquer dès le 1er janvier 2015, une date qui a finalement dû être repoussée au 1er avril 2015, les assureurs n'ayant reçu le détail définitif des nouveaux critères qu'avec la parution du décret du 18 novembre 2014. Malgré ce premier report, la date définitive d'entrée en application des nouveaux contrats ne sera pas non plus le 1er avril 2015 pour tous les contrats. Il existe plusieurs exceptions, selon le type de contrat et sa date de souscription.
Concernant les contrats individuels, la date à retenir reste le 1er avril 2015 pour tous les nouveaux contrats. Si les contrats ont été souscrits avant le 19 novembre 2014, date de parution des décrets, les assureurs ont toutefois jusqu'au renouvellement annuel pour modifier le contrat, soit au plus tard le 1er janvier 2016 pour la grande majorité des cas.
La situation est plus complexe pour les contrats collectifs, et une circulaire du 30 janvier 2015 est venue compléter le décret de novembre 2014 afin d'éclaircir la situation. **La possibilité d'une période de transition a finalement été concédée, mais assortie de conditions.**
Plusieurs cas existent donc :

- Si le contrat a été souscrit/renouvelé avant le 19 novembre 2014, les assureurs ont jusqu'au 31 décembre 2017 pour maintenir les critères existants. Mais si une modification du contrat a lieu après cette date, et qu'elle correspond à l'un des points mentionnés dans le décret de novembre 2014 et surtout dans la circulaire de janvier 2015, le contrat sort de la période transitoire et doit, dès lors, se mettre en conformité à l'échéance de son renouvellement annuel.
- Si le contrat a été modifié/souscrit après cette date, il devra normalement se mettre en conformité soit à la date du 1er avril 2015, soit lors de son renouvellement annuel, la plupart du temps là aussi le 1er janvier 2016
- Si une période transitoire (pouvant aller jusqu'au 31 décembre 2017) a été accordée, sous certaines conditions, pour la mise en conformité des contrats responsables avec les nouveaux critères responsables, il n'en est pas de même pour le panier de soin minimum qui doit être respecté dès le 1er janvier 2016.

Quelle liberté pour le choix de l'organisme assureur ?

Depuis la décision du Conseil Constitutionnel du 13 juin 2013, l'ancienne mouture de l'article L912-1 du Code de la sécurité sociale prévoyant des clauses de désignation d'organisme assureur a été déclaré contraire à la Constitution.
En conséquence, les entreprises sont libres du choix de l'organisme assureur, la Loi a simplement prévu la possibilité pour les négociateurs de branches de recommander un ou plusieurs organismes.
Toutefois, par un arrêt du 11 février 2015, la Cour de Cassation a repoussé cette liberté de choix pour les entreprises entrant dans le champ d'application d'un accord de branche qui prévoyait, avant la censure du Conseil Constitutionnel, une désignation d'organisme assureur.
En pratique, cela implique que lorsqu'un employeur entre dans le champ d'application d'un accord collectif de branche ou professionnel conclu antérieurement au 16 juin 2013, date de la publication de la décision du Conseil constitutionnel, et prévoyant une clause de désignation, il reste tenu de la respecter jusqu'à son terme normal, même s'il n'a jamais adhéré à l'organisme choisi par lui.
Ces entreprises devront donc attendre le terme de la désignation (5 ans maximum, donc fin des dernières désignations en 2018) pour retrouver leur liberté de choix.

Vers quelle protection sociale se dirige-t-on ?

La généralisation de la complémentaire santé a suscité et suscite de nombreuses questions. Certains se sont interrogés sur la légitimité d'un pilier d'assurance complémentaire obligatoire pour assurer la couverture santé. Pourquoi rendre la complémentaire santé obligatoire et prescrite dans un cadre paritaire ? Dans ces conditions qu'est-ce qui distingue le complémentaire de l'obligatoire ? Ne devrait-on pas parler d'un régime de base amélioré ?
D'autres se sont interrogés sur la légitimité des branches à faire de la solidarité dans le cadre de garanties collectives. Les partenaires sociaux doivent-ils avoir un rôle d'accompagnement des politiques de santé ? On peut considérer que oui si on tient compte des effets du travail sur la santé et du fait que les grandes actions de prévention fonctionnent mieux dans un cadre collectif plutôt qu'individuel.

Pour Jean-Marc Lamère, Vice-Président de la Cnamts : ***« les entreprises et les branches qui se voyaient jusqu'à présent surtout comme les financeurs d'une dépense de santé qui ne cessait d'augmenter vont avoir un rôle nouveau avec la généralisation de la complémentaire santé. Le fait que cela soit maîtrisé au niveau de la branche et au niveau de l'entreprise va les conduire à s'impliquer et à faire de la gestion du risque. Il est donc possible et nécessaire de sortir du tout curatif vers un système beaucoup moderne orienté sur la prévention, l'orientation et l'accompagnement. Dans ce cadre, l'entreprise ou la branche peuvent être des leviers très importants ».***

RETRAITE : Attention aux périodes indemnisées par la CFE.

L'adhésion à la Caisse des Français de l'étranger (CFE) permet aux personnes expatriées de cotiser volontairement pour les risques maladie, maternité, invalidité, accident du travail ou maladie professionnelle et vieillesse, par choix d'option pour l'un ou l'autre, ou la totalité de ces risques.
Il avait été considéré que les périodes d'indemnisation par la CFE au titre de la maladie, maternité, accident du travail, maladie professionnelle, invalidité pouvaient faire l'objet de reports au compte de l'assuré, dès lors que celui-ci avait cotisé à l'assurance volontaire vieillesse à la date de réalisation du risque. Les conditions de validation de droit commun étaient appliquées. Toutefois, aucun texte ne prévoyait les conditions de validation au régime général de ces périodes indemnisées par la CFE.
La circulaire 2015-20 du 10 avril 2015 précise désormais que, les périodes de maladie, maternité, accident du travail, maladies professionnelles, invalidité indemnisées par la Caisse des Français de l'étranger (CFE) ne doivent plus être reportées au régime général en tant que périodes assimilées à des périodes d'assurance, à compter de la validité 2014.
La validité des années antérieures est maintenue.

Quel est le montant mensuel moyen d'une pension de retraite de base du régime général pour une carrière complète ?

La CNAV a exposé le 28 avril 2015 un bilan des principaux chiffres de l'année 2014 pour le versement des retraites du régime général. 13,7 millions de retraités - d'un âge moyen de 73,6 ans - ont perçu une pension de base dont le montant mensuel moyen, pour une carrière complète dans le régime général, s'élève à 1 032 €, contre 1 028 en 2013. Toutefois, 4,9 millions de retraités sont au minimum contributif et 425 308 touchent le minimum vieillesse. Une «légère hausse» (150 281 en 2014 contre 147 208 en 2013) est à noter sur les départs en retraite anticipée au titre du dispositif des carrières longues. Les attributions de retraites personnelles sont en baisse de -7 % (635 715). Au total, 108 milliards ont été dépensés en prestations (+2,3 % par rapport à 2013).

Les efforts faits par les Français pour se constituer des droits supplémentaires demeurent modestes.

Si quelques retraites chapeaux très élevées font parler d'elles, on ne peut pas dire que les Français se précipitent sur les dispositifs de retraites supplémentaires qui leur sont proposés.
Une étude intéressante de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) constate que seuls 2 millions de retraités, soit un sur huit, ont perçu une rente viagère en 2013, au titre de l'un des différents dispositifs facultatifs.
De plus, les montants acquis au titre de ce troisième étage de la retraite restent modestes : la rente moyenne annuelle varie entre 1 950 € et 2 240 €.

La situation est cependant différente entre les retraites à prestations définies payées par l'employeur et les autres :
• La retraite à prestation définie rapporte en moyenne 6 600 € par an, contre 2 500 € pour l'article 83,
• Le PERP, ouvert à tous, est en baisse, autour de 1 500 €.
• Les produits destinés aux indépendants (contrats Madelin), aux fonctionnaires, aux élus locaux et aux anciens combattants rapportent à peu près autant (de 1 400 € à 1 600 € par an).

La rente de l'article 39 concerne 203 000 retraités.
Cela représente le même nombre que d'indépendants percevant une retraite supplémentaire (205 000).

Mais c'est ailleurs que l'on trouve le gros des bénéficiaires d'une retraite supplémentaire :
- 879 000 pensionnés parmi les ex-fonctionnaires, élus et anciens combattants,
- 637 000 ex-salariés dotés d'un contrat à cotisations définies.

STAGIAIRES RÉMUNÉRÉS : Validation des trimestres pour la retraite de base.

Le décret n°2015-284 du 11 mars 2015 permet désormais aux étudiants qui suivent une formation en milieu professionnel de cotiser pour leur retraite.
Les stages rémunérés effectués par les étudiants en milieu professionnel leur permettront donc de valider des trimestres de retraite en contrepartie d'une cotisation.
Le barème fixé par le décret est indexé sur le plafond mensuel de la sécurité sociale. Il correspond à 12 % de ce montant pour chaque trimestre racheté, soit, en 2015, 12 % de 3 170€. Cela correspond à environ 380 € par trimestre. Le versement de cette somme peut être étalé dans le temps (un an voire deux ans). Le bénéfice du dispositif n'est pas automatique, l'assuré doit en faire la demande dans un délai de deux ans à compter de la date de la fin du stage au titre duquel celle-ci est effectuée, auprès de la CARSAT à laquelle est rattachée sa résidence.

Rédaction : Factorielles - Exécution graphique : BVM Communication RCS Bx 482 073 988 - Illustration : GABS - Crédits Photos : Fotolia