

SOMMAIRE

I. Quelle couverture santé mettre en place ?

- Le cahier des charges d'un contrat responsable et solidaire
- Les garanties minimales
- Le financement par l'employeur

II. Les exceptions au principe d'adhésion obligatoire

- La dispense possible de certaines catégories de salariés
- La dispense possible des ayants-droits

III. La procédure opérationnelle à suivre

- Les délais
- Les démarches

CAP SUR 2016, ANNÉE DE LA GÉNÉRALISATION OBLIGATOIRE DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

La loi n° 2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 a transposé en droit les principales mesures de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013.

Son article premier pose le principe d'une généralisation de la couverture santé minimale à toute entreprise ayant au moins un salarié.

Les entreprises dont les salariés ne bénéficient pas d'une assurance collective complémentaire santé doivent en application de ce texte mettre en place la nouvelle couverture complémentaire santé au plus tard pour le 1er janvier 2016. L'adhésion en est en principe obligatoire pour tout salarié, le niveau de garanties à offrir et le financement minimum par l'employeur sont définis par la loi.

La réglementation fait primer la voie de la négociation pour aboutir à sa mise en place, mais si la négociation échoue, l'assurance complémentaire santé devra être mise en place le 1er janvier 2016 selon des modalités arrêtées unilatéralement par l'employeur.

I. Quelle couverture santé mettre en place ?

Le contrat d'assurance souscrit par l'employeur doit pouvoir être qualifié de contrat d'assurance responsable et solidaire, et doit comporter un niveau minimum de garanties. L'employeur est tenu de le financer pour moitié au moins.

Le cahier des charges d'un contrat responsable et solidaire

La qualification de contrat responsable et solidaire de la couverture santé à mettre en place permet à l'employeur de bénéficier de dispositions sociales et fiscales favorables. La prime versée est déductible du revenu imposable du salarié, en vertu de l'article 83 1° du CGI. Le contrat est soumis à une taxe sur les conventions d'assurance limitée, et l'entreprise peut bénéficier de l'exonération de cotisations sociales au titre de la prévoyance collective dont les modalités sont prévues à l'article L 242-1 du CSS.

Les contrats d'assurance santé « responsables » doivent répondre au cahier des charges résultant des articles L871-1 du Code de la sécurité sociale et 2-bis de l'article 1001 du Code général des impôts pour être qualifiés de contrats responsables.

La loi qualifie une complémentaire santé de « solidaire » lorsque l'organisme assureur ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des assurés, et pour les adhésions ou souscriptions individuelles ne recueille aucune information médicale.

En pratique dès avril 2015, la couverture santé souscrite devra donc comporter :

- la couverture du ticket modérateur sur l'ensemble des dépenses de santé sauf pour les frais de cure thermale ; les médicaments à service médical rendu faible ou modéré (dont le taux de remboursement actuel est de 15% et 30%) ; l'homéopathie.
- le remboursement du forfait journalier sans limitation de durée

22 rue Lafayette
31 000 TOULOUSE

Tél : 05 61 12 30 31
Fax : 05 61 12 16 74

8, rue de l'Hôtel de Ville
81000 ALBI
Tél. 05 63 38 73 04

babeau@jurisdefi.com

www.babeau-avocats.com

- le plafonnement du remboursement des dépassements d'honoraires des médecins si le contrat ou le règlement le prévoit (100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale pour les médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins) ;
- le remboursement des lunettes selon une grille évolutive à 6 niveaux de planchers et de plafonds si le contrat ou le règlement prévoit la prise en charge des dépassements du tarif de responsabilité.

A noter l'absence de plafonnement du remboursement des dépassements d'honoraires des médecins adhérents aux contrats d'accès aux soins.

Par contre, les complémentaires santé ne pourront pas prendre en charge :

- Les dépenses liées aux dépassements et majorations pour non-respect du parcours de soins ;
- la participation forfaitaire de 1 € applicable aux consultations et certains examens médicaux ;
- les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport (exemple : 0,50 € par boîte de médicament).

Les garanties minimales

L'article 1^{er} de la loi 2013-504 du 14 juin 2013 (L.911-7 du Code de la sécurité sociale) prévoit que la couverture minimale « complémentaire santé » doit comprendre la prise en charge totale ou partielle :

- du ticket modérateur,
- du forfait hospitalier journalier,
- des frais relatifs aux soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale ou à certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement dépassant la prise en charge prévue par le régime de base.

Le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 fixe le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé.

Elles constituent ce qu'on appelle le « panier de soins », qui comporte impérativement les garanties suivantes (art. D. 911-1) du Code de la sécurité sociale :

- l'intégralité du ticket modérateur,
- la prise en charge, sans limitation de durée, du forfait journalier,
- la prise en charge à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie des frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale,
- un forfait de prise en charge des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans la limite des frais exposés par l'assuré.

Ce forfait est fixé au minimum à :

- ↪ 100 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries;
- ↪ 150 euros par équipement comportant un verre décrit à l'alinéa ci-dessus et un verre décrit à l'alinéa ci-dessous,
- ↪ 200 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est inférieure à - 6,00 ou supérieure + 6,00 dioptries, ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.

S'agissant des lunettes, le forfait mentionné au présent article couvre les frais d'acquisition engagés, par période de prise en charge de deux ans, pour un équipement composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à un an pour les mineurs, ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

Le financement par l'employeur

L'employeur assure au minimum la moitié du financement de la couverture. Cependant, les modalités spécifiques de ce financement en cas d'employeurs multiples et pour les salariés à temps très partiel seront déterminés par décret.

II. Les exceptions au principe d'adhésion obligatoire

Le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 (JO en date du 10 septembre 2014) prévoit que la décision unilatérale de l'employeur instituant une couverture minimale à adhésion obligatoire peut prévoir pour des salariés relevant de certaines catégories d'être dispensés, à leur initiative de l'adhésion au dispositif.

La dispense possible de certaines catégories de salariés Les catégories susceptibles d'être dispensées d'adhésion sont définies à l'article R. 242-1-6 du Code de la sécurité sociale ; il précise l'article D. 911-2 du CSS. La dispense est prévue par l'acte fondateur du régime de complémentaire :

- les salariés embauchés avant la mise en place des garanties peuvent en être dispensés si le régime a été mis en place par décision unilatérale de l'employeur et si l'acte fondateur le prévoit ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée, ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois, à condition de justifier par écrit en produisant tout document d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle de complémentaire santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ; les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, à condition de le justifier chaque année ;

- si le régime de complémentaire santé a été mis en place par l'un des moyens visés à l'article L911-1 du Code de la Sécurité Sociale.

En pratique, l'adhésion au contrat d'assurance santé doit être proposée à tous par l'employeur.

La dispense possible des ayants-droits

Si la couverture santé mise en place couvre les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, une dispense d'adhésion est possible, au choix du salarié, au titre de cette couverture, sous réserve que les ayants-droit soient déjà couverts par ailleurs dans les conditions définies au f du 2° de l'article R. 242-1-6. (CSS. art. D. 911-3).

III- La procédure opérationnelle à suivre

Les délais

La généralisation de la couverture santé à toutes les entreprises est prévue en trois temps forts :

- Du 1^{er} juin 2013 au 1^{er} juillet 2014, chaque branche d'activité professionnelle était autorisée à ouvrir des négociations entre partenaires sociaux en vue de définir l'offre de couverture de couverture santé minimale qui serait proposée à tous les salariés de la branche concernée.
- Au 1^{er} juillet 2014, aucun accord de branche n'a pu être signé. A cette date, les entreprises et professions indépendantes employant des salariés ont dû ouvrir des négociations avec pour objectif de mettre en place une nouvelle couverture santé complémentaire minimale avant le 1^{er} janvier 2016.
- Si ces négociations n'aboutissent pas, la couverture santé minimale sera mise en place par décision unilatérale de l'employeur.

Les démarches

Chaque employeur va devoir s'interroger sur la situation de son entreprise à l'égard de l'obligation de couverture santé minimale. Si un régime complémentaire santé existe déjà, il devra s'assurer de sa conformité aux critères définis par la loi du 14 juin 2013 et en particulier que l'assurance répond à la nouvelle définition des contrats responsables qui sera applicable dès le 1^{er} avril 2015.

En cas d'écart avec le régime prévu par ces textes, une modification des régimes déjà en place en place s'imposera. Si l'employeur veut procéder à une seule et unique modification de la couverture complémentaire santé de son entreprise, il devra procéder à cette modification au plus tard le 31 décembre 2015.

Si aucune couverture santé n'existe, il est possible de résumer les étapes que l'entreprise devra suivre :

Étape 1 : vérifier ce que prévoient la convention collective et les accords de branche applicables dans l'entreprise.

Étape 2 Choisir le mode de mise en place propre à l'entreprise : accord d'entreprise ou d'établissement, référendum, décision unilatérale de l'employeur si on souhaite mettre en place le nouveau régime de couverture avant le 31 décembre 2015. Rappelons qu'après cette date, le recours à une décision unilatérale de l'employeur sera incontournable.

Étape 3 : Définir les caractéristiques des garanties et les prestations qui devront être couvertes par la complémentaire santé.

Étape 4 : Signer le contrat d'assurance en respectant les formes prévues par la législation.

Étape 5 : Informer le personnel de la souscription et de ses modalités.

Conclusion

Pour terminer, rentrons dans le détail des deux dernières étapes de la procédure.

Avant d'engager une consultation pour choisir l'organisme de prévoyance et signer le contrat, il faut, nous l'avons vu, préciser éventuellement par une négociation avec les représentants des salariés en cas d'accord d'entreprise, les principales caractéristiques du régime de prévoyance.

Quelles sont les points sur lesquels, il faut se pencher ?

- catégorie(s) de salariés affiliés et conditions éventuelles de prise en charge des ayants droit,
- modalités et conditions tarifaires,
- part employeur / part salariale,
- mode de calcul des prestations et conditions d'ouverture des droits,
- éventuels délais de carence, de résiliation et / ou de dénonciation,
- modalités de revalorisation des prestations,
- modalités selon lesquelles l'organisme de prévoyance peut maintenir la couverture à titre individuel aux salariés en cas de départ à la retraite ou de chômage,
- critères de choix de l'organisme assureur,
- périodicité de révision de l'accord et du contrat qui en résulte.

Cette action finalisée, l'employeur sera presque au bout de ses peines. Il lui restera à trouver le bon prestataire et à informer ses salariés selon les modalités prévues à l'article 12 de la loi Evin du 31 décembre 1989. L'employeur doit en effet remettre une notice d'information détaillée à tous les bénéficiaires du régime de prévoyance collectif qu'il a mis en place au sein de son entreprise. Cette notice d'information « définit notamment les garanties prévues par la convention ou le contrat et leurs modalités d'application ». L'employeur a aussi l'obligation d'informer au préalable par écrit ses salariés de toute modification du contrat.

Au terme de cette rapide présentation, nous espérons vous avoir convaincu que la généralisation de la couverture santé minimale soulève de nombreuses interrogations auxquelles l'employeur doit désormais rapidement apporter une réponse :

- comment modifier une complémentaire santé préexistante ?
- quels sont les avantages fiscaux et sociaux d'une telle souscription ?
- comment en pratique dispenser d'adhésion telle catégorie de salariés ?
- comment organiser un référendum ou rédiger un accord d'entreprise ?
- Si mes employés ont déjà accès à une assurance, frais de santé, je n'ai rien à faire ?

Nous pouvons vous aider, venez nous en parler.