

# Généralisation de la couverture complémentaire santé : **une Mutuelle pour tous dès janvier 2016 !**

A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016, tout salarié aura le droit d'être couvert par une mutuelle, qu'il soit en CDI ou en CDD. Encore une des nombreuses dispositions prévues par la LSE, la fameuse loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013. Reprenant certaines dispositions de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008, l'article premier de la LSE répond à deux objectifs principaux : la généralisation de la couverture complémentaire santé et l'amélioration de la portabilité de la couverture santé et prévoyance pour les demandeurs d'emploi.

Avancée incontournable dans la protection santé de tous les salariés pour certains, ou nouvel alourdissement des responsabilités et charges des entreprises pour d'autres, la loi de sécurisation de l'emploi de juin 2013 impose aux employeurs la mise en place de mutuelles à adhésion obligatoire dès le début de l'année prochaine. Ainsi, tous les salariés devront se voir proposer par leur employeur, au plus tard au 1<sup>er</sup> janvier 2016, le bénéfice d'un contrat frais de santé, dont les garanties doivent être au moins égales au « panier de soins » minimum défini par le décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 et financées à hauteur d'au moins 50 % par l'employeur.



En pratique, le niveau des garanties peut être renforcé par une obligation liée à la convention collective. Pour les entreprises qui se situent dans une branche professionnelle et qui ne disposent pas d'une couverture complémentaire santé minimale, des négociations devront être engagées entre juillet 2015 et décembre 2015.

## **Quelle prise en charge par l'employeur ?**

Si aucune des négociations ne permet la conclusion d'un accord, les entreprises seront alors tenues, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, de mettre en place une couverture au moins égale à la couverture socle définie par le décret de septembre 2014, conformément à l'article L. 911-7 du Code de la Sécurité sociale. Cet article oblige en fait l'employeur à prendre en charge un minimum de 50 % du coût du panier de soins minimal, soit, d'après les assureurs, une prise en charge patronale estimée entre 6,50 et 12,50 euros par salarié.

Dans les faits, si la mutuelle déjà souscrite par l'employeur offre des garanties plus larges que le panier de soins, ce dernier n'a pas d'obligation de prendre forcément en charge 50 % du coût de la mutuelle, son obligation se limitant finalement à la prise en charge de l'équivalent de 50 % du panier de soins.

## **Tous les salariés sont-ils concernés ?**

Tous les salariés titulaires d'un CDI ou d'un CDD doivent normalement souscrire à la mutuelle proposée par l'employeur, sauf s'ils ne le souhaitent pas et rentrent dans un des principaux cas de figure prévus par la loi : salariés présents dans l'entreprise avant la mise en place du contrat de mutuelle ; salariés déjà couverts à titre obligatoire par la mutuelle de leur conjoint et salariés en CDD déjà couverts par une mutuelle obligatoire.



A noter que si un employeur peut décider d'exclure du bénéfice de la mutuelle certains nouveaux salariés de son entreprise, en prévoyant une condition d'ancienneté (avant d'avoir droit à la mutuelle), cette dernière ne pourra toutefois pas dépasser six mois. Passé ce délai maximum, tout salarié devra donc se voir proposer la mutuelle.

### **Amélioration de la portabilité santé et prévoyance pour les demandeurs d'emploi**

Autre progrès notable, l'article 1er de la LSE prévoit également de généraliser la portabilité de la couverture mutuelle et prévoyance, instaurée au départ par l'ANI de janvier 2008 (à titre onéreux et seulement pour la partie prévoyance). Concrètement, la durée maximale de la portabilité est désormais allongée de 9 à 12 mois, et celle-ci devient totalement gratuite pour les demandeurs d'emploi.

### **Le Conseil constitutionnel élargit le choix de l'organisme d'assurance**

Le Conseil constitutionnel ayant censuré, dans sa décision du 13 juin 2013, l'article L. 912-1 du Code de la Sécurité sociale qui prévoyait une clause de désignation d'un seul organisme d'assurance, au motif qu'elle portait atteinte à la liberté contractuelle, les branches professionnelles ont maintenant la possibilité de recommander, à l'issue d'une procédure d'appel d'offres, un ou plusieurs organismes assureurs de leur choix pour gérer le régime de protection sociale complémentaire des salariés. Dans ce cas, les accords collectifs doivent prévoir des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité et les organismes recommandés ne

peuvent refuser l'adhésion d'une entreprise relevant du champ d'application de l'accord. Ils sont aussi tenus d'appliquer un tarif unique (et compétitif) et d'offrir des garanties identiques pour toutes les entreprises et pour tous les salariés concernés.

### **Quel premier bilan ?**

Côté employeurs, la nouvelle réglementation devra conduire à une évolution des politiques de frais de santé au sein des entreprises, une évolution qui aura un coût tant administratif, au niveau des services RH, que salarial, sur le bulletin de paye. Pour l'heure, seulement sept accords de branches professionnelles ont été conclus en ce qui concerne la généralisation de la couverture complémentaire santé. Sur ces sept accords, aucun n'a encore fait l'objet d'un avenant sur la portabilité.



### **Mémo Actualité Juridique**

- A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016, la **couverture prévoyance et frais de santé des salariés** (CDI et CDD) devient **obligatoire** pour toutes les entreprises ; elle est financée à hauteur d'au moins 50 % par l'employeur.
- Depuis le 1<sup>er</sup> juin 2015, la **portabilité de la mutuelle et de la prévoyance est passée de 9 à 12 mois** ; elle est devenue gratuite pour les demandeurs d'emploi.
- Pour la protection sociale complémentaire, les entreprises ont la possibilité d'effectuer un **appel d'offres pour mettre en concurrence les organismes d'assurance**.

*Article rédigé par AB Report.*

*Source principale : Bilan de la loi de sécurisation de l'emploi, Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle.*

# Quel sens donner aux évolutions législatives sur la généralisation des mutuelles ?

Influence CE a posé la question à Rémy Testard, dirigeant de la société DSPayes, spécialiste de la paye des TPE/PME, de l'audit, du droit social et de l'optimisation des rémunérations

Concrètement, l'obligation de la généralisation d'une mutuelle ne va pas bouleverser les organisations, car un grand nombre d'entreprises faisaient déjà bénéficier certaines catégories de salariés (souvent les cadres) d'une mutuelle. Et pour ces sociétés, l'obligation de la mise en place d'une mutuelle était au 1er juillet 2014. Les entreprises concernées au 1er janvier 2016 sont donc celles qui n'avaient aucune mutuelle auparavant.

Du côté de l'entreprise, deux visions existent. Certaines vont faire de cette obligation un avantage en rémunération. A la suite d'une enquête auprès de leurs salariés, l'entreprise décidera le type de mutuelle le plus attendu en termes de remboursements de base mais aussi d'options possibles. Autre possibilité, subir la législation et opter pour le panier minimum. C'est ce qu'ont décidé certaines entreprises dans des secteurs d'activité avec de faibles marges ou dans des domaines où les salariés effectuent peu d'heures de travail.



Mais attention, le changement ne se limite pas à la généralisation de la mutuelle pour tous les salariés. Il y a une modification substantielle du sens même des contrats, qui doivent devenir « responsables et solidaires » afin de bénéficier de déductibilités fiscales. Concrètement, l'Etat souhaite ainsi instaurer le plafonnement de certains remboursements. Les assureurs vont donc adapter les contrats et les garanties. Certains cadres verront leurs soins de santé moins bien remboursés que précédemment.

La mutuelle étant un usage au sein de l'entreprise, celle-ci devra être dénoncée si besoin, dans les mêmes conditions que ce qu'elle a été mise en place. Des négociations sont donc à prévoir.

Concrètement, le marché est face à une libéralisation des mutuelles. Alors qu'elles étaient auparavant négociées par branche, les syndicats pourront toujours effectuer des préconisations, mais celles-ci ne seront plus obligatoirement suivies au sein des entreprises. Les syndicats ont donc perdu par cette loi les clauses de désignation des conventions de mutuelles. Le seul impératif étant que les salariés soient garantis au niveau du panier de soin prévu par la loi, les compagnies d'assurance sont entrées dans une course effrénée qui tend à faire baisser les prix des mutuelles.

Côté salariés, ceux-ci sont obligés d'accepter la mutuelle sauf s'ils étaient déjà dans l'entreprise et que celle-ci ne proposait pas de mutuelle auparavant. Pour séduire l'ensemble des salariés, les compagnies d'assurance et les mutuelles vont sans doute proposer des dispositifs alléchants en termes d'option pour les salariés. L'entreprise et le CE peuvent profiter de ce climat pour faire bénéficier les salariés de cette aubaine conjoncturelle.





Si certains salariés vont sans doute, par réflexe sécuritaire, conserver leur mutuelle individuelle dans un premier temps, il est à prévoir qu'ils l'abandonnent bientôt au profit de celle proposée par l'entreprise.

Si elle a déjà pu être discutée au sein des CE, la mutuelle reste une question importante dans la vie de l'entreprise, puisqu'il faut la considérer comme une rémunération, imposable au titre de la part patronale en plus de la CSG et la CRDS. Finalement, il s'agit directement, de la part de l'Etat, d'un nouveau prélèvement obligatoire...

**Que risque court l'entreprise à ne pas mettre en place de mutuelle ?** En réalité, bien peu. Les salariés pourront lui reprocher le non-remboursement du panier de soins, dont les montants sont très faibles...

La généralisation de la mutuelle pour tous les salariés augure certainement, à terme, d'une privatisation de l'assurance maladie. Sous couvert d'une mesure « sociale », le Gouvernement a donc posé la première pierre d'une complète libéralisation du système de remboursement des soins, tout en s'octroyant un impôt complémentaire.

*Département Social et Paye est une société d'externalisation de la paye qui travaille depuis 10 ans en sous-traitance des cabinets comptables, en direct avec des entreprises et des comités d'entreprise. Basée dans l'Ain, elle a des clients dans toute la France. Compte tenu des évolutions permanentes de la législation, la paye devient de plus en plus complexe à établir et, en-deçà de 50 salariés, les structures, privées ou publiques, n'ont pas intérêt à éditer elles-mêmes les fiches de paye de leurs salariés...*

## **De quoi est constitué le panier de soins ANI ?**

Le panier de soins doit comprendre au minimum :

- l'intégralité de la prise en charge du ticket modérateur pour tous les actes à l'exclusion :
    - des médicaments dont le service médical rendu est considéré comme faible ou modéré, sont remboursés respectivement à hauteur de 15% et de 30% par l'Assurance maladie,
    - de l'homéopathie,
    - des cures thermales.
  - la prise en charge de l'intégralité du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée,
  - les soins dentaires prothétiques et soins d'orthopédie dontofaciale à hauteur d'au moins 125% du tarif de la Sécurité sociale,
  - en optique, un forfait minimum suivant le degré de correction devra être proposé. Ce forfait vaut pour deux années par assuré et par équipement (une monture + deux verres) sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la correction. Les forfaits minimaux (y compris prise en charge du ticket modérateur) sont les suivants :
    - Verres simples et monture : 100 €,
    - Verres complexes et monture : 200 €,
    - Combinaison verre simple + verre complexe et monture : 150 €.
- Il n'existe aucune obligation concernant les lentilles.*

## **Mutuelles : un contrat responsable**

La protection santé collective mise en place par l'entreprise devra, pour respecter le décret du 18 novembre 2014, être responsable. Elle pourra ainsi bénéficier d'un taux de taxe sur les conventions d'assurance de 7% (au lieu de 14%) et des exonérations de charges sociales.

Le nouveau contrat responsable impose désormais les garanties suivantes :

- la prise en charge du ticket modérateur pour tous les actes à l'exclusion :
  - des médicaments remboursés à hauteur de 30% ou 15% par l'Assurance maladie
  - de l'homéopathie,
  - des cures thermales.
- la prise en charge de l'intégralité des forfaits journaliers sans limitation de durée,
- un encadrement des dépassements d'honoraires quand ils sont prévus dans le contrat,
- un plafond et un plancher sur les frais d'optique.

*Les contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1er avril 2015 devront appliquer la nouvelle législation. Les autres contrats ont jusqu'en décembre 2017 pour remplir ses nouvelles conditions.*



**Infos & contact**

[www.dspayes.com](http://www.dspayes.com)

tel. 04 26 69 08 49 - [info@dspayes.com](mailto:info@dspayes.com)