



Santé

GUIDE PRATIQUE

LES ÉVOLUTIONS RÉGLEMENTAIRES



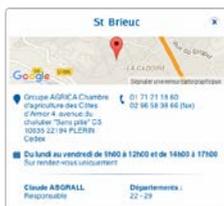
Édition août 2016



NOUS JOINDRE

Nous vous proposons plusieurs moyens pour nous contacter :

Retrouvez les adresses de nos agences sur www.groupagricra.com/contactez-nous



NOS SERVICES

Le site Internet

www.groupagricra.com

- + d'informations
- + de services

Votre compte client

Vos contrats et options
Déclaration de vos salariés (DADS)

La newsletter

- + d'actualités
 - + d'informations pratiques
- Retrouvez Agrica dans votre boîte email en vous inscrivant sur www.groupagricra.com

Les guides et fiches pratiques

- + d'infos utiles sur les évolutions réglementaires

Agrica & Vous

Si vous ne recevez pas notre magazine, retrouvez-le en téléchargement sur :

www.groupagricra.com



1. La généralisation de la complémentaire santé	6
2. Le panier de soins	7
3. Le contrat responsable	8
4. Le financement de l'employeur	9
5. Les dispenses d'affiliation	10
6. Le versement santé	11
7. La portabilité	12
8. Avantages fiscaux et sociaux des contrats collectifs frais de santé	13

INTRODUCTION

Au cours de ces 5 dernières années, le gouvernement a mis en marche un grand chantier social afin :

- d'améliorer l'accès des salariés aux complémentaires santé,
- de réduire les inégalités d'accès aux soins,
- de maîtriser le coût de la consommation des frais de santé.

Ces mesures, issues de différentes lois, modifient la structure du marché de la protection sociale complémentaire et donc impactent directement votre entreprise.

Désormais, **vous devez mettre en conformité votre contrat collectif frais de santé** avec ces nouvelles obligations réglementaires et respecter certains critères afin de continuer à prétendre aux avantages fiscaux et sociaux des contrats collectifs.



Afin de vous conseiller et de vous accompagner au mieux au quotidien, nous vous proposons ce guide. Il vous présente les grands enjeux de ces différentes réformes pour votre entreprise et la couverture complémentaire de vos salariés.

UNE PROTECTION SOCIALE CONFORME : POUR QUI ? POURQUOI ?**Avantages pour votre entreprise****Des garanties au prix le plus juste**

Le principe de mutualisation d'un contrat collectif permet de proposer des garanties frais de santé plus élevées et négociées à un tarif attractif.

Des avantages fiscaux et sociaux

Les contrats collectifs obligatoires bénéficient d'exonérations de cotisations sociales sur la part des cotisations payées par l'employeur, dans la limite d'un certain plafond.

Les cotisations versées par l'employeur sont également déductibles du résultat net avant imposition de l'entreprise.

Une politique sociale reconnue

Levier important dans le cadre de votre politique de gestion de ressources humaines permettant une motivation et une fidélisation de vos salariés.

**Avantages pour vos salariés****Une protection sociale complète**

Une couverture santé collective, financée en partie par l'employeur, couvrant les garanties essentielles telles que l'hospitalisation, les consultations de médecin, les soins dentaires et optiques, tout en offrant la possibilité de couvrir ses ayants droit.

Le maintien des garanties

Les salariés ayant une rupture du contrat de travail, pour un autre motif qu'une faute lourde, et ouvrant droit à l'assurance chômage, pourront bénéficier du maintien de leur garantie au titre de la portabilité des droits, et cela sans contrepartie financière.

Une politique sociale reconnue

Levier important dans le cadre de la politique de gestion de ressources humaines de l'entreprise permettant une motivation et une fidélisation des salariés.

1. LA GÉNÉRALISATION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

QU'EST-CE QUE LA GÉNÉRALISATION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ?

La généralisation de la complémentaire santé vous impose de **mettre en place une couverture santé obligatoire au profit de tous vos salariés**. Cette obligation est issue de la Loi de la Sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 modifiant l'ANI (Accord National Interprofessionnel).

QUELLES SONT LES OBLIGATIONS À RESPECTER DEPUIS LE 1^{ER} JANVIER 2016 ?

La généralisation de la complémentaire santé prévoit la mise en place :

- d'un panier de soins défini par décret dans le cadre de l'ANI (voir fiche panier de soins en page 7),
- d'un contrat collectif complémentaire santé responsable pour tous les salariés (voir fiche contrat responsable en page 8),
- d'un financement employeur au minimum de 50 % de la couverture. (voir fiche financement de l'employeur en page 9).

COMMENT METTRE EN PLACE LA GÉNÉRALISATION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DANS VOTRE ENTREPRISE ?

Depuis le 1^{er} janvier 2016, à défaut d'accord de branche ou d'accord d'entreprise, vous devez imposer la mise en place d'une couverture santé obligatoire via **une décision unilatérale de l'employeur**.

VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ COLLECTIVE ACTUELLE EST-ELLE CONFORME ?



Si vous vous trouvez dans l'un des cas mentionnés ci-après, nous vous invitons à contacter votre conseiller commercial dans les plus brefs délais.

Les salariés ne bénéficient d'aucune complémentaire santé collective obligatoire.

Le contrat santé ne bénéficie qu'à une catégorie de personnel et non à l'ensemble des salariés.

La couverture actuelle propose des garanties inférieures au panier de soins.

Vous financez moins de 50 % de la cotisation globale.

2. LE PANIER DE SOINS

QU'EST-CE QUE LE PANIER DE SOINS ?

Le décret du 8 septembre 2014 précise **le niveau minimal des garanties frais de santé** que vous devez mettre en place dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé.

Ainsi, les garanties doivent couvrir au minimum :

POURQUOI METTRE EN PLACE CE PANIER DE SOINS ?

La mise en place du panier de soins permet à vos salariés de **bénéficier d'une protection sociale essentielle**, en proposant des garanties minimales sur des postes indispensables tels que l'optique, le dentaire ou les frais médicaux.



L'intégralité du Ticket Modérateur* à la charge des salariés sur les consultations, actes et prescriptions remboursables par le régime de base.



Le forfait journalier quelle que soit la durée.



Les médicaments à service médical rendu majeur.



Prise en charge à hauteur de 125 % de la base de remboursement (régime de base inclus) des frais de soins dentaires prothétiques et d'orthodontie.



Les garanties optiques doivent respecter les minimums suivant :

- 100 € pour un équipement monture + 2 verres simples
- 150 € pour un équipement monture + 1 verre simple et 1 verre complexe
- 200 € pour un équipement monture + 2 verres complexes
- Le remboursement d'un équipement optique est limité à une fois tous les deux ans, sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou pour les personnes dont la vue évolue.

*Ticket modérateur TM : Somme restant à la charge du patient susceptible de varier selon certains critères. Ce ticket modérateur est égal à la différence entre la base de remboursement retenue par le régime de base obligatoire (MSA, Sécurité sociale, etc.) pour effectuer son remboursement et les prestations dues par ces organismes.

3. LE CONTRAT RESPONSABLE

QU'EST-CE QUE LE CONTRAT RESPONSABLE ?

En plus de la généralisation de la complémentaire santé, le gouvernement a modifié le cahier des charges du Contrat Responsable, qui avait été mis en place en 2005, pour **inciter les particuliers à suivre le parcours de soins coordonnés** et ainsi améliorer leur couverture complémentaire.

Ces évolutions ont pour objectif d'encadrer les dépenses de santé et de renforcer la maîtrise de l'évolution des prix des soins.

QUELLES SONT LES OBLIGATIONS DU CONTRAT RESPONSABLE ?

Afin d'être qualifié de « responsable » votre contrat **frais de santé collectif doit obligatoirement** :

- **prendre en charge le ticket modérateur** sur l'ensemble des actes remboursés par le régime obligatoire (sauf cures thermales ou médicaments à service médical rendu modéré et faible, homéopathie),
- **limiter le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins** non adhérents au contrat d'Accès aux Soins (CAS*), double limite :
 - 125 % de la BR pour 2015 et 2016, puis 100 % de la BR à partir de 2017,
 - remboursement inférieur de 20 % de la BR à celui des médecins adhérents au CAS.

- **rembourser le forfait journalier hospitalier** sans limitation de durée,
- **limiter le remboursement de l'équipement optique** (monture + 2 verres) tous les 2 ans (tous les ans pour les mineurs ou en cas de changement de la vue) en respectant les planchers et plafonds définis par le décret, et rembourser maximum 150 € pour la monture.

BON À SAVOIR

Le contrat d'accès aux soins (CAS) entré en vigueur en 2013 est signé entre le médecin et la Sécurité sociale.

En contrepartie d'un allègement de ses charges sociales, le médecin s'engage à :

- ne pas augmenter ses tarifs pendant 3 ans,
- réaliser des actes sans dépassement d'honoraires,
- stabiliser le niveau moyen de dépassement.

ET CONCRÈTEMENT ?

En respectant les critères du contrat responsable, la taxe sur les contrats d'assurance (TSCA) est **réduite à 7 %** pour les entreprises relevant du **régime général** ou **de 0 %** pour les entreprises relevant du **régime agricole**.

Si votre contrat ne respecte pas le contrat responsable, la TSCA s'élève à 14 %.

4. LE FINANCEMENT DE L'EMPLOYEUR

QUEL EST LE FINANCEMENT ?

Les cotisations frais de santé sont **cofinancées par vos salariés et votre entreprise**.

Vous devez respecter l'**obligation de financer au minimum 50 % de la cotisation afférente au contrat collectif obligatoire**. La participation de 50 % s'applique quel que soit le niveau de couverture global choisi. Tout ce qui est facultatif est à la charge exclusive du salarié.

Si votre contrat couvre le salarié et ses ayant droits à titre obligatoire : vous devez prendre en charge 50 % de la cotisation totale.

BON À SAVOIR

La contribution du CE ne rentre pas dans le financement patronal minimum à 50 %. Pour autant, cette contribution du CE est assimilée à une participation employeur pour le bénéfice des exonérations fiscales et sociales.

AMÉLIORER LES GARANTIES OU LE FINANCEMENT : C'EST POSSIBLE ?

1. Vous souhaitez vous en tenir aux obligations réglementaires :

- vous pouvez opter pour une garantie dans le respect du panier de soins et du contrat responsable
- vous ne couvrez que vos salariés : vous devez prendre en charge 50% de la cotisation.

2. Vous souhaitez apporter une couverture plus favorable à vos salariés : vous pouvez améliorer leur niveau de garanties tout en prenant en charge 50% au minimum de la cotisation.



Rapprochez vous dès à présent de votre interlocuteur commercial.

3. Vous souhaitez étendre les garanties aux ayants droit de vos salariés : vous pouvez couvrir les ayants droit de vos salariés tout en prenant en charge 50% au minimum de la cotisation.



Rapprochez vous dès à présent de votre interlocuteur commercial.

4. Votre participation pour le paiement des cotisations peut également être supérieure à 50 % soit :

- car la convention collective de branche l'impose,
- car vous avez souhaité mettre en place une politique sociale attractive au sein de votre entreprise.

Si vous souhaitez financer la cotisation à un taux plus avantageux que la loi : vous ne devez pas dépasser les limites d'exonérations des charges sociales sur les cotisations engagées (soit 6 % du Plafond Annuel de la Sécurité sociale (PASS) + 1,5 % du salaire annuel brut, le tout ne devant pas dépasser 12 % PASS).

5. LES DISPENSES D’AFFILIATION

QU’EST-CE QU’UNE DISPENSE D’AFFILIATION ?

La couverture santé est obligatoire pour tous les salariés depuis le 1^{er} janvier 2016. Néanmoins des cas de dispenses sont prévus, en particulier pour tous vos salariés déjà couverts.

Par exception au caractère obligatoire de la couverture, les **salariés peuvent choisir d’être dispensés d’affiliation** au régime frais de santé collectif, dès lors qu’ils se trouvent dans l’un des cas de dispense prévus. Il existe 2 catégories de dispenses :

- les dispenses de droit prévues par la loi,
- les dispenses conventionnelles prévues par l’acte fondateur d’un contrat.

Les dispenses de droit sont prévues par la loi. Elles sont automatiquement accordées dès que le salarié respecte certaines conditions.

Elles doivent être formulées :

- au moment de l’embauche ou,
- à la date de mise en place du régime (si le régime est mis en place après l’embauche) ou,
- à la date de prise d’effet de la couverture si elle est postérieure.

Les dispenses conventionnelles sont autorisées uniquement si elles ont été mentionnées dans l’acte de mise en place d’un contrat (accord, DUE).

Elles peuvent être formulées à tout moment.

COMMENT ÇA MARCHE ?

Le salarié qui souhaite bénéficier d’un des cas de dispense, **doit vous en faire la demande écrite.**

BON À SAVOIR

En cas de dispense d’affiliation, les cotisations ne sont dues ni par votre entreprise ni par le salarié.

ET EN PRATIQUE ?

Vous devez impérativement :

- **informer votre salarié qu’en se dispensant, il renonce au bénéfice du régime collectif et obligatoire de frais de santé, que vous avez mis en place et à la portabilité des droits,**
- conserver les justificatifs correspondants. La charge de la preuve vous incombant,
- informer l’organisme assureur ou gestionnaire des cas de dispense et de leur cessation.



La liste des cas de dispenses est disponible auprès de votre interlocuteur commercial.

6. LE VERSEMENT SANTÉ

QU'EST-CE QUE LE VERSEMENT SANTÉ ?

Depuis le 1^{er} janvier 2016, dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé, **un dispositif de « versement santé » compensatoire a été instauré pour les salariés en contrats de travail de courte durée.**

Ce dispositif prévoit « un versement santé » au salarié à la place de son affiliation au contrat collectif. Cette solution simplifie les démarches et permet au(x) salarié(s) concerné(s) de maintenir leur couverture santé responsable dont ils sont déjà bénéficiaires.

QUI PEUT EN BÉNÉFICIER ?

- Les salariés en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission dont la durée du contrat est inférieure ou égale à un seuil fixé par l'accord dans la limite de 3 mois.
- Les salariés à temps partiel dont la durée effective du travail est inférieure ou égale à un seuil fixé par l'accord dans la limite de 15 heures par semaine.

BON À SAVOIR

Le salarié demandant à bénéficier du versement santé ne doit pas être couvert au titre :

- d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ou qui intègrent le champ de la CMU-C ;
- d'une couverture collective et obligatoire y compris en tant qu'ayant droit ;
- d'une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

COMMENT ÇA MARCHE ?

- **Vous êtes tenu d'informer vos salariés concernés** par ce dispositif.
- Pour en bénéficier, ils doivent vous en faire la demande écrite et vous fournir une attestation d'ouverture de droits au titre d'un contrat frais de santé responsable.

ET EN PRATIQUE ?

- Le montant de ce dispositif est versé mensuellement sur la feuille de paie de votre salarié.
- Il se calcule par rapport au « montant de référence » sur la période concernée.

COMMENT CALCULER LE MONTANT DE CE VERSEMENT SANTÉ ?

(Montant de la contribution mensuelle pour le financement de la couverture collective **x** (la durée de travail mensuelle du salarié ($\leq 151,67$) \div durée légale de travail mensuelle ($= 151,67$)) **x** coefficient majorateur de 125 %*)
= Montant mensuel du versement santé

* Ce coefficient majorateur est représentatif de la portabilité des droits d'un salarié en CDD. Le coefficient est de 105 % pour les salariés en CDI.

EXEMPLE Si vous choisissez une couverture dont **le montant de la cotisation santé mensuelle est de 40 €**, vous devez financer cette cotisation à hauteur de 50 % soit **20 €**. Un salarié embauché en CDD pour 130 heures par mois pendant 2 mois bénéficiera d'un versement santé de 21,43€ :

$$\left(20\text{€} \times (130\text{ h} \div 151,67) \times 125\% \right) = 21,43\text{€}$$

7. LA PORTABILITÉ

QU'EST-CE QUE LA PORTABILITÉ ?

La portabilité permet à vos **salariés couverts collectivement en santé et/ou prévoyance de maintenir leurs garanties en cas de rupture de leur contrat de travail**. Tous les salariés du secteur privé peuvent bénéficier de ce dispositif.

Le maintien des garanties santé est financé par un **système de mutualisation** : le coût de la portabilité est directement intégré à la cotisation des garanties santé des actifs. Aucune cotisation n'est versée durant la période de maintien des garanties d'un ancien salarié car cette couverture a été financée pendant la période d'activité du salarié, y compris les salariés du secteur agricole.

QUI EST CONCERNÉ ?

Tous les salariés du secteur privé, dès lors que leur contrat de travail est rompu (sauf si le licenciement est dû à une faute lourde) et à condition :

- d'être affilié à un contrat santé collectif avec ouverture des droits aux garanties,
- de justifier d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage (lors de l'ouverture des droits et également durant toute la période de maintien des garanties).

COMMENT ÇA MARCHE ?

La durée de maintien des garanties santé est égale à la durée du dernier contrat de travail, dans la limite de 12 mois. Tout mois de travail commencé est arrondi au mois supérieur.

EXEMPLE Un contrat de travail d'une durée de 7 mois et 11 jours donnera lieu à une durée des garanties au maximum égale à 8 mois.

Par ailleurs, la portabilité des garanties santé est cumulable en cas de contrats de travail successifs dans la même entreprise dès lors qu'il n'y a eu aucune interruption d'activité entre les différents contrats.

EXEMPLE Un salarié ayant effectué 2 CDD de 6 mois puis 7 mois bénéficie du dispositif de portabilité pour une durée au maximum égale à 12 mois.

Les droits à portabilité sont ouverts dès la rupture du contrat de travail et cessent :

- à l'issue de la période de maintien, de 12 mois au maximum,
- dès le versement de la pension de retraite,
- dès que le bénéficiaire n'est plus indemnisé par l'assurance chômage soit :
 - qu'il retrouve un emploi (et ce qu'il bénéficie ou non d'une couverture santé dans le cadre de ce nouvel emploi),
 - en cas de radiation des listes de Pôle Emploi.
- en cas de non production auprès de l'organisme assureur des documents justifiant de la prise en charge par Pôle Emploi.

ET EN PRATIQUE ?

En tant qu'employeur, vous devez :

- **informer vos salariés de leur droit** au moment de la rupture du contrat de travail, et leur remettre la demande de maintien de garanties au moment de leur départ.
- **informer l'organisme assureur** du départ de votre salarié et du maintien des garanties au titre de la portabilité pour une durée déterminée.

8. AVANTAGES FISCAUX ET SOCIAUX DES CONTRATS COLLECTIFS FRAIS DE SANTÉ

QUELS SONT LES AVANTAGES FISCAUX ET SOCIAUX DES CONTRATS DITS « RESPONSABLES » ?

Les contrats collectifs obligatoires respectant le cahier des charges du contrat responsable bénéficient des avantages suivants :

- une taxe sur les contrats d'assurance (TSCA) **réduite à 7 %** pour les entreprises relevant du **régime général** ou **de 0 %** pour les entreprises relevant du **régime agricole**,
- **une exonération sociale des cotisations patronales**, dans la limite de certains plafonds,

- **une déductibilité des cotisations salariales** sur le revenu imposable. Les contrats individuels respectant les cahiers des charges du contrat responsable bénéficient de l'exonération ou de la réduction sur la taxe sur les contrats d'assurance.

QUELS SONT LES PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX SUPPORTÉS PAR L'EMPLOYEUR ?

Le forfait social est à la charge exclusive de l'employeur.

Il se calcule en fonction du nombre de salariés de l'entreprise et est versé au régime de base.

Forfait social	Assiette de cotisation	Cotisations
Entreprises employant moins de 11 salariés	Sur la part employeur des cotisations frais de santé	Exonération de cotisations sociales
Entreprises employant 11 salariés et plus		8 % de cotisations sociales

BON À SAVOIR

Jusqu'au 31 décembre 2015, le seuil était inférieur à 10 salariés. Si l'entreprise bénéficie de l'exonération et qu'elle a atteint ou dépassé le seuil de 11 salariés au cours des années 2016, 2017 ou 2018, elle peut continuer à bénéficier de l'exonération pendant 3 ans (cette mesure a été instaurée par la Loi de finances pour l'année 2016).

QUELS SONT LES PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX SUPPORTÉS PAR LE SALARIÉ ?

La contribution sociale généralisée (CSG) et la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) sont prélevées sur les revenus d'activité et de remplacement (indemnités de chômage, pensions de retraite, etc.).

Ces contributions sont payées à l'Urssaf dans les mêmes conditions que les cotisations de Sécurité sociale.

CSG -CRDS	Assiette de cotisation	Cotisations
Non déductibles	<ul style="list-style-type: none"> 98,25 % du salaire brut limité à 4 fois le plafond de la Sécurité sociale, 100 % au-delà 	2,9 % de cotisations sociales
Déductibles	<ul style="list-style-type: none"> 100 % de la part employeur consacrée aux cotisations frais de santé 	5,1 % de cotisations sociales

BON À SAVOIR

- Les recettes issues de la CSG financent les régimes d'assurance maladie, les prestations familiales, le fonds de solidarité vieillesse et la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.
- La contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) a été créée pour financer la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades).



AGRI PRÉVOYANCE – Institution de prévoyance régie par le Code rural et de la pêche maritime – SIRET : 423 959 295 00035

CPCEA – Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale
SIRET : 784 411 134 00033

CCPMA PRÉVOYANCE – Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale
SIRET : 401 679 840 00033

Membres du GIE AGRICA GESTION RCS Paris n°493 373 682
Siège social : 21 rue de la Bienfaisance 75008 Paris