

Regards croisés

SUR LA PROTECTION SOCIALE



N° 45 - 20 mars 2014



Serge Lavagna
Secrétaire national de la CFE-CGC
Protection sociale

ÉDITO

La généralisation de la complémentaire santé à tous les salariés du secteur privé négociée dans le cadre de l'Accord National Interprofessionnel sur la sécurisation de l'emploi et intégrée dans la loi du 14 juin 2013 a été présentée comme une avancée sociale importante. Celle-ci devra être en place dans toutes les entreprises au plus tard le 1^{er} janvier 2016.

Reste à définir le contenu du panier de soins et services des contrats dits « responsables » (qui bénéficient d'un régime fiscal plus favorable). Ce sera l'objet d'un Décret dont la promulgation interviendra prochainement.

Quelles sont les perspectives ? Un premier cadrage communiqué par Marisol Touraine aux partenaires sociaux fait apparaître des orientations inquiétantes. Le projet comporte la mise en place d'un encadrement très restrictif des remboursements avec un plafonnement de ceux-ci à un niveau inacceptable !

Si cette approche devait se confirmer, elle aurait des conséquences très lourdes sur la couverture des salariés qui devraient faire face à la hausse de leurs restes à charge maladie. Pour être mieux remboursés, les salariés seraient contraints de souscrire une « sur complémentaire » onéreuse (ne bénéficiant pas d'une fiscalité réduite).

La situation est paradoxale. La généralisation de la complémentaire santé à un petit nombre de salariés non couverts se traduirait par un recul pour tous les salariés du secteur privé !

Ceux-ci subissent déjà la réforme fiscale qui leur fait obligation d'intégrer dans leur revenu imposable la part de cotisations payée par leur employeur pour cette couverture santé complémentaire.

La CFE-CGC n'acceptera pas que l'on porte maintenant atteinte au niveau de prise en charge

Serge Lavagna

Secrétaire national de la CFE-CGC
Protection sociale



Contact : Mireille Dispot
Expert protection sociale
✉ mireille.dispot@cfecgc.fr
☎ 01 55 30 12 06

La complémentaire santé

Des règles de fonctionnement attendues

L'ANI (Accord national interprofessionnel sur la sécurisation de l'emploi) du 11 janvier 2013 a porté en tête des priorités le droit de tous salariés du secteur privé à bénéficier et conserver une couverture complémentaire.

Le Conseil Constitutionnel a censuré par deux fois les projets de lois proposés dans le cadre de cette réforme (les 13 juin et 19 décembre)

Trois lois sont maintenant promulguées.

Elles modifient les règles s'appliquant aux complémentaires santé :

- Loi du 14 juin 2014 sur la sécurisation de l'emploi
- Loi de finances pour 2014
- Loi de financement de la sécurité sociale pour 2014

De nombreux décrets d'application sont en attente. Ils ont pour but de préciser ce cadre législatif sur :

- Les modalités de négociation des branches professionnelles

D'autres décrets sont prévus ou à prévoir sur :

- Les dispenses d'affiliation
- L'adaptation des règles pour le régime local Alsace-Moselle
- Le co-financement employeur /employé.

La réforme des contrats solidaires et responsables renvoie enfin à un décret pour la fixation du panier de soins et services.

Négociateurs de branche

Journée d'information

Le secteur Protection sociale organise à destination des négociateurs de branche une journée d'information sur le thème :

L'actualité de la prévoyance (complémentaire santé - prévoyance)

Cette rencontre sera pilotée par Serge Lavagna secrétaire national.

Les négociateurs de branche vont recevoir une invitation individuelle.

Deux nouvelles journées d'informations et d'échanges avec les administrateurs des Caisses de sécurité sociale sont programmées :

- Le 14 Mai à Lyon pour les régions Rhône Alpes et Auvergne
- Le 17 juin à Dijon pour les régions Bourgogne, Champagne Ardenne, Lorraine, Franche-Comté et Alsace.

Un grand merci à Laurent Caruana et à Jean-Marc Icard, respectivement présidents des UR Rhône-Alpes et Bourgogne pour leur contribution à l'organisation de ces journées.



13 mai 2014
9 h 30 / 17 h 30
Maison de la CFE-CGC
à Paris



La complémentaire santé

Avant la réforme		Après la réforme
La Complémentaire Santé Collective favorise l'accès aux soins des salariés des entreprises couvertes et de leur famille.		La loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi généralise la complémentaire santé Collective à tous les salariés du secteur privé.
Grace à la mutualisation des risques la complémentaire Santé collective met en place une couverture des risques au meilleur rapport : qualité / prix.		Le conseil constitutionnel avait censuré dans cette loi les « clauses de désignation » par les partenaires sociaux des branches professionnelles d'un ou plusieurs organismes d'assurance pour la protection Complémentaire Santé Collective. Les « clauses de recommandation » s'y substituent, mais elles ne constituent pas une obligation pour les entreprises de contracter avec le ou les organismes recommandés. La mise en œuvre de la recommandation s'inscrit dans une procédure préalable de mise en concurrence avec réexamen au moins tous les 5 ans.
L'employeur prend en charge en moyenne 50 à 60 % du montant total des cotisations de la complémentaire.		
L'entreprise se charge de toutes les formalités et assure le suivi du contrat d'assurance. Le salarié n'a aucune prospection ni démarche à effectuer.		Plusieurs obligations incombent aux organismes recommandés : <ul style="list-style-type: none"> • ne refuser l'adhésion d'aucune entreprise relevant du champ de l'accord • leur appliquer un tarif unique • leur offrir des garanties identiques.
La totalité des cotisations (part employeur, part salariée) est déductible du revenu imposable du salarié.		La loi de finances pour 2014 rend obligatoire la réintégration par les salariés dans leur base imposable IRPP, de la participation de l'employeur à la complémentaire santé, jusqu'à présent, exonérée.
La Complémentaire Santé collective s'adresse à tous les salariés de l'entreprise ou à une catégorie d'entre eux, quels que soient, la nature de leur contrat de travail, leur âge ou leur état de santé.		La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit la refonte par décret du cahier des charges des contrats de complémentaires santé collectifs dits « solidaires et responsables ». <p>Les premières pistes de cadrage s'orientent vers un encadrement des plafonds de garanties notamment en médecine de ville et en optique.</p>

Remboursement de l'assurance maladie obligatoire
 =
 Base de remboursement X Taux de remboursement
 - éventuelle franchise ou participation forfaitaire

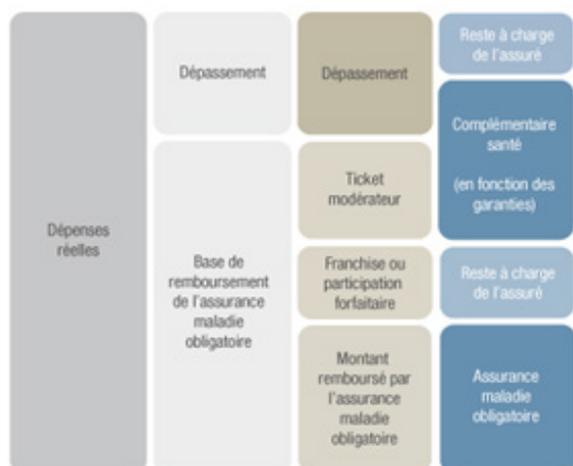
La prise en charge des complémentaires santé

La sécurité sociale ne rembourse pas la totalité des dépenses de santé.

La complémentaire santé intervient au-delà des remboursements de l'assurance maladie obligatoire en couvrant les dépenses qui restent à charge (RAC).

Elles peuvent concerner une maladie, un accident ou une maternité. Ce RAC est constitué du ticket modérateur, des dépassements par rapport aux tarifs de convention de l'assurance maladie, du forfait hospitalier...

Le contrat complémentaire (collectif ou individuel) prend en charge tout ou partie des dépenses restant à payer par l'assuré et ses ayants droits après déduction des remboursements de la sécurité sociale.



Les remboursements de la complémentaire santé sont calculés en général :

- En fonction d'un **pourcentage du ticket modérateur** dans la limite de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire, exemple : consultation remboursée à hauteur de 100 % du ticket modérateur.
- En fonction d'un **pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire** ; exemple : radio remboursée à hauteur de 150 % de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (remboursement de l'assurance maladie obligatoire inclus). Dans ce cas, le remboursement total (assurance maladie obligatoire + complémentaire santé) pourra atteindre jusqu'à 50 % de plus que la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.
- En fonction d'un **forfait**, qui peut être exprimé en euros ; exemple : remboursement d'une paire de lunettes jusqu'à 250 €.
- ou en pourcentage du plafond de la Sécurité Sociale ; exemple : remboursement d'une paire de lunettes jusqu'à 10 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Le remboursement par les complémentaires santé dites « Solidaires et Responsables »

Règles avant la réforme en cours

Tous les contrats collectifs de complémentaire santé gérés par les institutions de prévoyance sont « solidaires et responsables ».

Les obligations liées aux contrats « solidaires et responsables » instaurées par la réforme de l'assurance maladie en 2004, ont pour objectif d'encourager le respect du « parcours de soins coordonnés » par les patients.

→ Remboursement dans le cadre du parcours de soins

Remboursement d'**au moins** :

- 30 % de la base remboursement de l'assurance maladie obligatoire pour les consultations du médecin traitant et du médecin correspondant ;
- 30 % des médicaments à vignette blanche remboursés à 65 % par l'assurance maladie obligatoire ;
- 35 % du tarif servant de base aux remboursements de l'assurance maladie obligatoire pour les analyses et actes de laboratoire.

→ Remboursements hors du parcours de soins

Interdiction de rembourser :

- la partie correspondant à la baisse du remboursement de l'assurance maladie obligatoire pour non-respect du parcours de soins (majoration de 40 % du ticket modérateur dans la limite de 10 € par acte pour ceux supérieurs à 25 €) ;
- un forfait plafonné à 8 € (règle générale) sur les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques des spécialistes consultés.

→ Forfait d'1 € et franchises

Dans tous les cas, les contrats responsables ne prennent pas en charge le forfait d'1 € sur les consultations, les actes de médecins et les actes de biologie. De la même manière, ils ne remboursent pas les 3 nouvelles franchises médicales mises en place depuis le 1^{er} janvier 2008

- 0,5 € par boîte de médicaments ;
- 0,5 € par acte paramédical à l'exception de ceux pratiqués au cours d'une hospitalisation ;
- 2 € par recours au transport sanitaire, à l'exception des transports d'urgence.

Enfin, les contrats responsables doivent **prendre en charge 100 % du ticket modérateur** de deux prestations de prévention à choisir sur la liste établie par le ministère des affaires sociales et de la santé.