

GÉNÉRALISATION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ EN ENTREPRISE

L'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 négocié par les partenaires sociaux comprend un dispositif de couverture collective à adhésion obligatoire destinée à protéger la santé des personnels. La loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 fixe les conditions de mise en œuvre du dispositif auquel doit se conformer les entreprises à partir du 1^{er} janvier 2016.

La couverture santé doit respecter le parcours de soins et les conditions relevant du contrat dit responsable et solidaire. Entre autres, le contrat ne peut pas prendre en charge le forfait d'1 € sur les consultations et actes de médecins ou de biologie ni les franchises sur les médicaments, actes paramédicaux et frais de transport. Les garanties collectives à adhésion obligatoire doivent être conformes aux garanties minimales indiquées au « panier de soins » défini par le Décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014. L'employeur peut définir un niveau supérieur de garanties.

Le contrat souscrit par l'employeur couvre le remboursement de la part complémentaire laissée à l'assuré par l'assurance maladie. Seuls les médicaments pris en charge à 65% par la sécurité sociale rentrent dans l'obligation du remboursement pharmaceutique. Les dépassements d'honoraires des médecins sont admis selon les règles relevant du contrat d'accès aux soins. La prise en charge du forfait hospitalier facturé par les établissements de santé est illimitée. Les frais résultant de la pose d'une prothèse dentaire ou d'un traitement d'orthodontie pour les enfants sont couverts à hauteur de 125% de la base de remboursement de la sécurité sociale. Les lunettes pour les adultes sont remboursées de manière forfaitaire par périodes de deux ans à hauteur minimale de 100 € pour une correction simple et 200 € pour une correction complexe. La périodicité de renouvellement de l'équipement optique peut être ramenée à un an selon l'évolution de la vue. Les accords de branches peuvent imposer des garanties plus importantes que celles prévues au panier de soins.

L'employeur doit au minimum financer 50% de la cotisation du salarié. Les contributions patronales finançant le régime collectif sont exonérées des charges sociales. Si le contrat collectif prévoit l'adhésion obligatoire des ayants droit du salarié, sauf cas de dispenses, la totalité de la contribution patronale ne sera pas soumise à charges sociales sous réserve d'un plafond fixé par la réglementation. L'entreprise de 10 salariés et plus s'acquitte du forfait social de 8% sur le montant de l'aide accordée aux salariés.

La participation patronale est intégrée dans le calcul des contributions CSG et CRDS retenues sur le salaire du salarié sans application de réduction pour frais professionnels. L'aide de l'employeur est intégrée à la rémunération nette imposable du salarié. La partie de la cotisation financée par l'employé inscrit au régime collectif de prévoyance est déductible du revenu fiscal. Pour l'employeur, les cotisations versées par l'entreprise, parts patronales et salariales, sont déductibles du bénéfice imposable.

Les entreprises sont libres de retenir l'organisme de leur choix pour couvrir le risque complémentaire santé de leurs personnels. Dans la pratique il arrive fréquemment que l'employeur confie l'assurance à l'opérateur recommandé par la branche d'activité dont il relève.

La mise en place de la généralisation de la complémentaire santé en entreprise peut résulter d'un accord collectif ou d'une Décision Unilatérale de l'Employeur (DUE). Le comité d'entreprise doit être consulté. A défaut de comité d'entreprise, l'employeur informe le délégué du personnel.

La DUE est l'acte fondateur le plus utilisé quand la convention collective ne désigne pas ou ne recommande pas un assureur. Le salarié en place au moment de la prise d'effet de la DUE peut décliner la proposition de l'employeur pour autant que l'acte fondateur prévoit des cas de dispense.

Certains salariés peuvent être dispensés, à leur demande, de l'obligation d'affiliation au contrat complémentaire santé collective à adhésion obligatoire souscrit par l'entreprise pour autant que les cas de dispenses soient expressément prévus dans la DUE. Par dérogation à son caractère obligatoire, l'affiliation au contrat « frais de santé » présente un caractère facultatif pour les salariés relevant de l'un des cas suivants, quelle que soit leur date d'embauche, sous réserve d'en faire la demande par écrit :

- 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 tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties,

- 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,
- 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,
- Salariés bénéficiaires de la CMUC ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) jusqu'à ce qu'ils cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide,
- Salariés couverts par une assurance individuelle de frais de 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,
- Salariés qui bénéficient par ailleurs, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire présentant un caractère collectif et obligatoire. Si c'est en qualité d'ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie le conjoint salarié dans une autre entreprise, le dispositif doit imposer la couverture des ayants droit. Le motif de dispense doit être conforme à un de ceux fixés par arrêté du 26 mars 2012 cités ci-après, sous condition que le salarié justifie chaque année de la couverture frais de santé dont il bénéficie au titre :
 - du contrat collectif complémentaire obligatoire d'entreprise,
 - du contrat d'assurance de groupe (Loi Madelin),
 - du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières,
 - du régime de protection sociale complémentaire des personnels de l'Etat selon les dispositions prévues par le décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007,
 - du régime de protection sociale complémentaire des agents des collectivités territoriales selon les dispositions prévues par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011,
 - du régime spécial de sécurité sociale des gens de mer ou du personnel de la SNCF.

La demande de dispense doit être formulée par écrit par les salariés auprès de l'employeur dans le délai communiqué au moment de la notification de la Décision Unilatérale de l'Employeur. Ils doivent fournir les justificatifs nécessaires. Les salariés préciseront qu'ils ont bien été informés par l'employeur des conséquences de leur choix. A défaut de satisfaire aux formalités de dispense, le salarié sera obligatoirement affilié au régime obligatoire de frais de santé de son entreprise et sa part de cotisation sera précomptée sur son salaire.

Hors des cas de dispenses prévus dans la DUE, le salarié peut faire valoir la dispense de droit prévue à l'article 11 de la loi Evin. « Aucun salarié employé dans une entreprise avant la mise en place de garanties collectives par suite d'une Décision Unilatérale de l'Employeur ne peut être contraint à cotiser contre son gré au dispositif dès lors qu'il prévoit une contribution salariale ».

L'employeur est tenu d'informer chaque salarié du contenu des dispositions contractuelles relevant de la signature d'une garantie collective obligatoire en précisant les modalités financières. Il remet à chaque salarié de l'entreprise l'acte juridique instituant le régime collectif obligatoire de couverture santé, et la notice d'information de l'assureur. L'employeur doit rapporter la preuve de la consultation des salariés.

L'assuré peut maintenir son affiliation en cas de rupture du contrat de travail pour un départ à la retraite ou à la suite d'une incapacité de travail. Il s'acquitte personnellement de sa cotisation sachant que les tarifs applicables aux salariés retraités ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

La rupture du contrat de travail ayant duré au moins un mois donnant lieu à indemnisation au titre de l'assurance chômage permet au salarié de préserver sans cotisation la garantie santé collective de l'entreprise pour une durée identique au temps passé dans l'entreprise dans la limite maximale de douze mois. L'ancien salarié a la faculté de renoncer au bénéfice du dispositif de portabilité, à condition de le faire par écrit dans les 10 jours qui suivent la date de rupture ou la fin de son contrat de travail.