

## Questions-Réponses sur la généralisation de la complémentaire santé aux salariés

### Où en est-on de la généralisation de la complémentaire santé dans les entreprises ?

D'après une étude Audirep réalisée au printemps 2015 à la demande de la FNMF (Fédération nationale de la Mutualité Française) et de l'AFA (Association française de l'assurance), **les entreprises sont prêtes** :

- la grande **majorité** des entreprises **proposent déjà une couverture santé** à leurs salariés, dans la perspective du 1er janvier 2016 et de la généralisation de la complémentaire santé en entreprise. 71 % des TPE et 85 % des PME/ETI/GE déclarent proposer déjà une couverture santé à leurs salariés. Ce chiffre est en nette progression pour les entreprises de plus de 10 salariés par rapport à 2010 (77%) et 2004 (65%). Le taux de couverture santé progresse avec la taille de l'entreprise de 67 % (1 à 2 salariés), à 86 % (6 à 9 salariés), et 99 % (500 salariés et plus).
- Par ailleurs, les entreprises déjà équipées **ont une bonne connaissance** du futur dispositif : 80 % des TPE et 87 % des PME/ETI/GE en ont déjà entendu parler. Ce taux est encore plus élevé chez les entreprises qui ne couvrent pas encore leurs salariés (respectivement 84 % et 96 %).

### Combien d'entreprises et de salariés sont concernés par cette réforme ?

**4 millions de salariés sont concernés** et n'avaient pas accès au contrat collectif. Parmi ceux-ci, **400.000** personnes, qui n'étaient pas couvertes jusque-là, vont pouvoir accéder à une complémentaire santé. Les autres, **3,6 millions** de salariés, vont voir leur contrat individuel transformé en contrat collectif, en partie financé par l'employeur.

Cela va avoir un **coût pour la collectivité** puisque, contrairement aux contrats individuels, les contrats collectifs bénéficient d'aides publiques diverses d'un montant moyen de 150€ par an et par contrat (soit un total de 3,5 milliards d'euros par an).

**Cette réforme**, même si elle est a priori positive pour les intéressés, **ne constitue pas une réelle généralisation** dans la mesure où elle ne vise que les salariés<sup>1</sup>. Il est prioritaire de s'intéresser aux 3,3 millions de Français qui n'ont pas de complémentaire santé. Ces personnes sont essentiellement en dehors du monde du travail comme **les jeunes en difficulté d'insertion professionnelle, les chômeurs et des retraités** (comme le montre d'ailleurs la dernière étude de l'Irdes). En France, 5% de la population n'avait pas de complémentaire santé en 2012, contre 4,2 % deux ans auparavant. Ce sont, **en 24 mois, 500.000 personnes supplémentaires qui ont dû renoncer à leur complémentaire santé...** Le paysage est donc très contrasté car si la situation s'est améliorée pour les salariés, les Français exclus de la complémentaire santé sont de plus en plus nombreux. Parallèlement, on observe un taux de renoncement aux soins croissant entre 2010 et 2013, notamment pour les chômeurs<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Et plus précisément, les salariés bénéficiant d'un contrat de travail de droit privé régi par le code du travail.

<sup>2</sup> Source : Enquêtes SILC 2010 et 2013 (Padieu Y., Roussel R. (2015), « L'inflexion des dépenses de santé dans les pays durement touchés par la crise nuit à l'accès aux soins », *France, portrait social – Insee Références* – Edition 2015)

## Où en sont les négociations de branche ?

Depuis la signature de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013, **environ 90 branches**, non pourvues d'accord collectif en santé, ont ouvert des négociations (source : Argus de l'Assurance – juillet 2015).

En cas d'accord de branche, un ou des organismes complémentaires pourront être recommandés pour couvrir les salariés du secteur. L'entreprise reste libre de suivre ou non cette recommandation. Il n'est plus possible de désigner un organisme complémentaire, c'est-à-dire d'imposer aux entreprises d'une branche de s'assurer auprès de cet organisme. En l'absence d'accord de branche, l'entreprise sélectionne l'organisme complémentaire de son choix.

## Comment la réforme s'est-elle traduite sur le marché ? Comment les acteurs, et notamment les mutuelles, s'y sont préparés ?

Les mutuelles sont prêtes :

- comme le montre l'étude Audirep, les entreprises couvrent déjà, dans leur grande majorité, leurs salariés.
- Au total, les mutuelles sont très présentes sur le marché des contrats collectifs avec **34 %** de part de marché– vs **35%** pour les Institutions de prévoyance et **31%** pour les assureurs<sup>3</sup>. Elles sont de loin les **leaders de la complémentaire** santé en France avec **53%** de part de marché en 2014 devant les assureurs privés (**28 %**) et les institutions de prévoyance (**19 %**).

Les mutuelles disposent d'au moins deux atouts majeurs :

- Elles sont des **acteurs globaux de santé**. A côté de leur activité d'assurance, elles proposent à leurs adhérents plus de 2 500 services sanitaires et sociaux (hôpitaux, centres dentaires ou optiques, pharmacies, Ehpad...) et de **nombreux programmes de prévention et d'accompagnement adaptés aux enjeux d'une entreprise** ou d'un secteur d'activité.
- Les mutuelles sont des sociétés de personnes à **but non lucratif**. Leur **gouvernance démocratique**, qui obéit au principe « un homme/une voix », est un gage de proximité et de **prise en compte des intérêts des adhérents**. Dans le cadre des travaux sur l'évolution du code de la Mutualité, il est d'ailleurs envisagé d'améliorer la représentativité des salariés couverts par un contrat d'entreprise.

## On entend parler de guerre des prix, est-ce que c'est quelque chose que vous constatez ? Est-ce que cela ne risque pas de se retourner contre les entreprises à moyen terme ?

Certains acteurs tentent effectivement de prendre des parts de marché en cassant artificiellement les prix. Les entreprises qui les choisissent pourraient le regretter, les tarifs de ces organismes assureurs risquant d'augmenter fortement dans les années qui viennent pour rattraper ce manque à gagner.

---

<sup>3</sup> Source : Rapport Drees 2014 (paru en mai 2015) sur la situation financière des Ocam.

**Dans le cas où la branche d'une entreprise a émis des recommandations d'organisme, le prix des contrats souscrits par les entreprises de cette branche avec cet organisme, est-il le même pour toutes ?**

Oui. C'est une forme de **mutualisation des risques au sein d'une branche** qui peut être intéressante, notamment pour les PME et TPE compte tenu de leur taille et du nombre limité de salariés qui y travaillent.

L'étude Audirep, citée plus haut, montre d'ailleurs que **les entreprises font confiance aux partenaires sociaux qui négocient les accords de branche**. Lorsqu'une recommandation pour la couverture santé a été émise, 61 % des TPE et 58 % des PME/ETI/GE disent l'avoir suivie. Et près d'une entreprise sur deux (respectivement 41 % et 45 %) se dit prête à suivre la future recommandation de sa branche. Ce taux est même plus important chez les entreprises qui ne sont pas encore équipées (respectivement 49 % et 57 %).

**Quelles sont les questions que doit se poser le chef d'entreprise pour choisir son contrat ? Quels conseils lui donneriez-vous ?**

Participer au financement de la complémentaire de ses employés, c'est permettre à ces derniers de ne pas renoncer à des soins. Les chefs d'entreprise doivent discuter avec leurs salariés pour **mieux identifier leurs besoins** et leurs attentes en matière de prévention et d'accompagnement car les mutuelles proposent une palette de services globale et parfaitement adaptée aux différentes branches.

**Quels sont les critères qui peuvent permettre de faire la différence entre plusieurs offres ?**

Les critères qui peuvent faire la différence :

- **l'offre de services de soins et d'accompagnement**. Comme évoqué précédemment, les mutuelles, acteur global de santé, gèrent 2 500 établissements et services.
- Les **services de prévention** adaptés aux enjeux de l'entreprise. Les mutuelles sont ainsi le premier acteur privé de prévention santé et ont mené plus de 6 000 actions en 2014.
- **Les réseaux de soins** et les accords entre les complémentaires et les professionnels de santé. Ces accords permettent de proposer aux assurés des soins de qualité à un tarif négocié. D'après une estimation de la Mutualité Française, la généralisation des réseaux de soins permettrait ainsi de réaliser une économie de **1,9 milliard d'euros (le reste à charge d'un assuré diminuant en moyenne de 140 euros en dentaire, 65 euros en optique et 390 euros en audioprothèse)**.
- La **proximité**. Les mutuelles ont une gouvernance démocratique, selon le principe « un homme/une voix », qui garantit la prise en compte des intérêts des adhérents. Elles sont à but non lucratif : leurs bénéfices sont réinvestis en faveur de leurs assurés.
- La **solidarité**. Les mutuelles sont les acteurs les plus **solidaires** du marché. Soucieuses d'accompagner les personnes en situation de fragilité, les mutuelles ont, par exemple, une démarche d'accompagnement des « coups durs » au travers des dispositifs d'action sociale.

**Quels sont les cas dans lesquels le salarié peut refuser le contrat de l'entreprise ?**

Plusieurs cas de dispense d'affiliation au contrat de l'entreprise peuvent être prévus par les actes fondateurs mettant en place les régimes de protection sociale complémentaire :

- Les salariés présents dans l'entreprise à la date de mise en place d'un contrat à la seule initiative de l'employeur, c'est-à-dire par décision unilatérale de l'employeur, peuvent refuser le contrat d'entreprise.
- Les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) peuvent refuser jusqu'à la date à laquelle leur couverture ou leur aide prend fin uniquement.
- Les salariés ou apprentis en CDD ou en contrat de mission de moins de 12 mois.
- Les salariés ou apprentis en CDD ou en contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois peuvent également refuser mais doivent en contrepartie justifier d'une couverture individuelle pour le même type de garanties.
- Les salariés à temps partiels et les apprentis peuvent refuser le contrat d'entreprise si le montant de la cotisation est au moins égale à 10% de leur rémunération brute.
- les salariés qui bénéficient déjà directement ou comme ayant droit, via leur conjoint notamment, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté (par exemple dans le cadre de contrats destinés aux travailleurs non-salariés, de régimes de protection sociale complémentaire des fonctionnaires, etc...) à condition de le justifier chaque année.

### **Comment le salarié doit-il procéder pour demander la dispense d'affiliation ?**

Le salarié doit faire la demande de dispense d'affiliation auprès de son employeur. Celui-ci lui demandera un justificatif s'il est nécessaire de prouver une adhésion à un autre dispositif de complémentaire santé (CMU-C, ACS ou contrat individuel par exemple).

### **Quel peut être l'impact du PLFSS 2016 sur ces cas ?**

Le PLFSS pour l'année 2016 – en cours de discussion - pourrait prévoir des dispositions qui feraient évoluer les cas de dispense et leur cadre d'application. Il pourrait aussi prévoir une aide de l'employeur pour les salariés en CDD très courts ou qui travaillent à temps très partiel et qui choisiraient de ne pas être couverts par l'offre collective mais par leur propre complémentaire santé.

### **Comment faire si le salarié n'est pas satisfait de la couverture proposée ?**

Les **couvertures des contrats santé sont étroitement encadrées** (règles du contrat solidaire et responsable, paniers de soins minimum, plafonds de remboursement...). Les entreprises, petites et grandes, vont bien sûr devoir respecter ces règles, garantes de la régulation du système de soins.

### **Qu'appelle-t-on une surcomplémentaire ?**

Une surcomplémentaire permet à l'assuré de **compléter les garanties** du contrat santé négocié pour l'ensemble des salariés de son entreprise ou de la branche. Une surcomplémentaire peut être proposée, par exemple, à titre facultatif, via l'entreprise ou la branche ou elle peut être souscrite directement à titre individuel.

### **Comment va se passer la transition pour les salariés aujourd'hui déjà couverts à titre personnel ? Doivent-ils résilier leur complémentaire actuelle ? Quand ? Comment ?**

Si les salariés sont couverts à titre personnel au moment de la mise en place des garanties dans une entreprise ou lors d'une embauche, ils pourront conserver leur complémentaire santé individuelle jusqu'à sa date d'échéance, si ce type de dispense d'affiliation est prévue dans l'acte fondateur mettant en place la couverture. Après cette date, ils devront être

affiliés au contrat de l'entreprise sauf s'ils peuvent justifier d'une dispense d'affiliation au contrat collectif qui pourrait être prévue par l'acte fondateur (cf supra).

### **La part payée par l'employeur est-elle imposable pour le salarié ?**

La part payée par l'employeur atteint au minimum 50 % de la cotisation de la couverture obligatoire. Depuis la loi de finances pour 2014 (revenus imposables de 2013 déclarés en 2014), elle est réintroduite dans le revenu imposable du salarié.

En revanche, la part payée par le salarié est déductible de son revenu imposable.

### **Que comprend le « panier de soin » minimum « ANI » ?**

Le panier de soins des contrats santé d'entreprise 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, 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 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.

### **Quels soins sont plafonnés au niveau des remboursements ?**

Le contrat **doit respecter les règles des contrats responsables** en particulier en matière de maxima (ou plafonds) de remboursement sur les dépassements d'honoraires médicaux et en optique.

Sur les **dépassements de médecins** :

- la prise en charge des dépassements d'honoraires est plafonnée à 125 % du tarif de la sécurité sociale en 2015-2016, puis à 100 % au-delà, pour les praticiens qui ne sont pas signataires du CAS (Contrat d'Accès aux Soins). Cette prise en charge n'est en revanche pas plafonnée si les dépassements sont réalisés par un médecin signataire du CAS.
- la prise en charge des dépassements réalisés par des praticiens signataires du CAS est meilleure que pour ceux non signataires du CAS. La garantie « CAS » devra être supérieure à la garantie « hors CAS », avec un écart d'au moins 20% du tarif de la sécurité sociale.

**Sur l'optique**, des plafonds de prise en charge différents ont été fixés dans le cadre des contrats responsables :

- 470 euros pour une paire de lunettes à verres simples ;
- 750 euros pour une paire de lunettes à verres complexes ;
- 850 euros pour une paire de lunettes à verres très complexes.

Ces montants comprennent un plafond pour la monture de 150€.

Enfin, les complémentaires santé ne peuvent pas prendre en charge les franchises, les participations forfaitaires et la majoration de ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins.

Les entreprises peuvent choisir de ne pas proposer un contrat solidaire et responsable. Toutefois, si l'entreprise fait ce choix, elle ne pourra pas bénéficier des exonérations fiscales et sociales prévues.

Par ailleurs, le « panier ANI » qui s'impose aux contrats collectifs est au-dessus de celui prévu dans le cadre des contrats responsables. Par exemple, pour une paire de lunette avec une faible correction, le contrat responsable impose une prise en charge minimale de 50€ alors que le « panier ANI » impose une prise de charge de 100€. En conséquence, il est fort probable que l'ensemble des garanties collectives soient des garanties responsables.

### **Le conjoint et les enfants peuvent-ils être inclus dans le contrat ? Et si oui, avec ou sans participation de l'employeur ?**

Le contrat est obligatoire pour les salariés. Selon les accords, les conjoints et enfants peuvent être inclus, le cas échéant avec participation de l'employeur.

### **Pouvez-vous donner un exemple de service personnalisé proposé par les mutuelles aux salariés et leur famille en matière de prévention santé ?**

Pour retrouver un équilibre alimentaire, les salariés et leurs familles, adhérents à une mutuelle, peuvent gratuitement, contacter au téléphone des médecins généralistes et des diététiciennes pour :

- **Être accompagnés** : Avec le coaching par téléphone, « les Rendez-Vous Alimentation », les salariés bénéficient d'un bilan avec un médecin pour comprendre leurs habitudes alimentaires, de séances personnalisées de 30 minutes avec la même diététicienne pendant 6 à 9 mois pour mieux équilibrer leurs repas et proposer des menus adaptés à leur mode de vie et à leur budget, et de séances de suivi pour s'assurer des bienfaits du coaching. Toutes les séances sont fixées en fonction des disponibilités des salariés et de leurs contraintes horaires.
- **Etre informés** : des échanges ont lieu avec des experts lors des chats mensuels, les « rendez de la nutrition », sur les sites internet de leur mutuelle et/ou sur [prioritesantemutualiste.fr](http://prioritesantemutualiste.fr). Les salariés et leur famille peuvent poser leurs questions à des diététiciennes en ligne, ou en face à face lors des actions organisées au sein de l'entreprise.

L'anonymat des salariés et de leurs familles est garanti ainsi que la confidentialité des informations transmises.