

Note synthétique d'Adéis

Les 3 décrets d'application relatifs à la généralisation de la couverture santé d'entreprise

- Degré élevé de solidarité mentionné à l'article L912-1 du code de la sécurité sociale
- Panier minimum de soins
- Contrat responsable

Réalisé le 22/12/2014

www.adeis-branches.fr

Suivez-nous sur Twitter



[@AdeisBranches](https://twitter.com/AdeisBranches)



Décret relatif au degré élevé de solidarité mentionné à l'article L912-1 du Code de la Sécurité Sociale (CSS)

■ Contexte :

Les branches qui recommandent un ou plusieurs organismes pour assurer leur régime collectif prévoyance et frais de santé doivent obligatoirement prévoir des garanties et/ou prestations présentant un degré élevé de solidarité. Ce décret, en phase avec la jurisprudence européenne* sur la notion de « degré élevé de solidarité » dans les accords professionnels ou interprofessionnels, définit la nature de ces prestations et précise le niveau de financement minimum.

**Arrêt CJUE du 3 mars 2011*

■ Date de publication : 13/12/2014 – Entrée en vigueur : 14/12/2014

Ce décret permet d'appliquer l'article 14 de la loi de financement de la sécurité sociale 2014.

■ Garanties et prestations présentant un degré élevé de solidarité (art R 912-2 CSS) :

Le décret énonce 3 piliers de garanties et prestations qui présentent un degré élevé de solidarité :

- 1. La prise en charge totale ou partielle de la cotisation :
 - de tout ou partie des salariés ou apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs
 - de tout ou partie des salariés, apprentis ou anciens salariés dont la cotisation représente au moins 10% de leurs revenus bruts
- 2. Le financement d'actions de prévention concernant les risques professionnels ou d'autres objectifs de la politique de Santé, relatifs notamment aux comportements en matière de consommation médicale.

Ces actions pourront relayer les actions prioritaires dans le cadre de la politique de santé : campagne nationale d'information ou de formation, ou prévoir des actions propres aux champs professionnels ou interprofessionnel visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer les conditions de vie au travail et la santé des salariés.
- 3. La prise en charge de prestations d'action sociale comprenant notamment :
 - A titre individuel : aides et secours individuels aux salariés, anciens salariés et ayants droit, lorsque la situation matérielle le nécessite,
 - A titre collectif (pour les salariés, anciens salariés et ayants droit): aides pour faire face à la perte d'autonomie,
 - y compris pour les dépenses liées à l'hébergement d'un adulte handicapé dans un établissement médico-social;
 - y compris pour les dépenses liées à la prise en charge d'un enfant handicapé.
 - y compris pour les dépenses nécessaires au soutien des aidants familiaux.

Le décret ne limite pas le champ des possibles à ces seules garanties et prestations puisqu'il précise que les accords collectifs peuvent prévoir « *d'autres actions équivalentes procédant d'un objectif de solidarité qu'ils stipulent* ».

- **Financement** : l'accord collectif doit affecter au minimum 2% de la cotisation du régime concerné (prévoyance, santé) au financement des actions présentant un degré élevé de solidarité.

■ Modalités de gestion et de mise en œuvre : le rôle de la commission paritaire de la branche

- La commission paritaire de la branche détermine notamment :
 - le taux de cotisation consacré (minimum 2% des cotisations du régime)
 - les garanties et prestations présentant un degré élevé de solidarité
 - les règles de fonctionnement et les modalités d'attribution des prestations d'action sociale
- Concernant ces actions, le décret prévoit également que «*la commission paritaire de branche contrôle la mise en œuvre de ces orientations par les organismes auprès desquels les entreprises organisent la couverture de leurs salariés*».

Cette prérogative donnée à la Commission Paritaire sous-entend que tout assureur couvrant des entreprises de la branche, qu'il soit recommandé ou non, est tenu de mettre en œuvre les garanties et prestations de « solidarité » définies dans l'accord collectif.

Décret relatif au panier de soins minimum

■ Contexte :

Dans le cadre de la généralisation de la couverture santé d'entreprise, le panier de soins représente le niveau minimum des garanties à prévoir par l'employeur. Ce décret précise le contenu du panier minimum ainsi que les possibles dispenses d'affiliation.

■ Date de publication : 10/09/2014 – Entrée en vigueur : 11/09/2014

Ce décret permettra d'appliquer l'article 1 de la loi du 14 juin relative à la sécurisation de l'emploi.

■ Les garanties et niveaux de remboursement du panier de soins :

Frais médicaux courants en ville :	
Consultations généralistes et spécialistes conventionnés	100 % du Ticket modérateur*
Actes techniques médicaux conventionnés	100 % du Ticket modérateur
Analyses	100 % du Ticket modérateur
Radiologie	100 % du Ticket modérateur
Auxiliaires médicaux	100 % du Ticket modérateur
Frais de cure thermale	Néant
Frais d'hospitalisation médical, chirurgical et maternité	
Honoraires	100 % du Ticket modérateur
Frais de séjour	100 % du Ticket modérateur
Transport médical	100 % du Ticket modérateur
Forfait journalier	100% des Frais réels sans limitation de durée**
Pharmacie	100 % du Ticket modérateur (néant pour les médicaments remboursés à 15% par la SS)
Prothèses auditives - orthopédie	100 % du Ticket modérateur
Dentaire	
Consultations	100 % du Ticket modérateur
Soins dentaires	100 % du Ticket modérateur
Orthopédie dentofaciale acceptée par la sécurité sociale	Au moins 125 % BR*** (y compris ss)
Prothèse dentaire acceptée par la sécurité sociale	Au moins 125 % BR*** (y compris ss)
Optique (y compris ss)	
(a) Monture + verres simple foyer (sphère entre -6 et +6 ; cylindre ≤ +4,00)	Min 100 euros
(b) Monture + 1 verre simple foyer (sphère entre -6 et +6; cylindre ≤ +4,00) + 1 simple foyer (sphère supérieur à -6 et +6 ; cylindre > +4,00) et à verres multifocaux ou progressifs	Min 150 euros
(c) Monture + Verres simple foyer (sphère supérieur à -6 et +6 ; cylindre > +4,00) et à verres multifocaux ou progressifs	Min 200 euros
Période prise en charge	Tous les 2 ans (annuelle, si évolution de la vue et pour les mineurs)

* Ticket modérateur : reste à charge de l'assuré après remboursement de la sécurité sociale (calculé sur la base de remboursement de la sécurité sociale) et hors franchise.

** En 2014, le forfait journalier = 18 euros ou 13,5 euros (service psychiatrique).

*** BR : pourcentage calculé sur la base de remboursement de la sécurité sociale

■ Les dispenses d'affiliation possibles :

- Lorsque les garanties ont été mises en place par une décision unilatérale et que le dispositif prévoit que les salariés embauchés avant la mise en place des garanties peuvent en être dispensés ;
- Salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat 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 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 CMU et ACS tant qu'ils bénéficient de ces aides
- Salariés couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche. jusqu'à l'échéance annuelle du contrat individuel
- Si le régime collectif Frais de Santé prévoit à titre obligatoire les ayants droit, dispense possible si déjà couverts par ailleurs, à condition de le justifier chaque année.

En attente de sa publication, le décret relatif à la procédure de mise en concurrence des organismes

En cas de recommandation de la branche d'un ou plusieurs organismes pour assurer le régime collectif, la procédure de mise en concurrence transparente, avec égalité de traitement et impartialité des partenaires sociaux doit être respectée. Ce décret définit les conditions de recevabilité et d'éligibilité des candidatures ainsi que les critères d'évaluation des offres.

Ce décret permettra d'appliquer l'article 14 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014

Décret relatif au contrat responsable

- **Contexte** : La publication de ce décret permet de définir les prestations des contrats dits « responsables » Frais de santé. Il précise le panier minimum et le plafond de garanties permettant de bénéficier des aides fiscales et sociales attachées à ce dispositif.
- **Date de publication** : 19/11/2014 – **Entrée en vigueur** : 01/04/2015
avec une période transitoire jusqu'au 31/12/2017 concernant les seuls contrats collectifs sur certaines conditions
- **Les postes de soins et niveaux de remboursement du contrat responsable**

Prise en charge du ticket modérateur	Intégralité du TM à la charge de l'assuré (sauf cure thermale, homéopathie et les médicaments remboursés à 15% et 30% par l'assurance maladie)
Des dépassements tarifaires des médecins	Limité à 125% pour les soins délivrés par médecins qui n'ont pas signé le contrat d'accès aux soins (CAS) (100% au 1/01/2017)
Forfait journalier hospitalier	sans limitation de durée
Frais dentaire	Non précisé
Optique	
(a) verres simple foyer sphère comprise entre -6 à +6 et cylindre inférieur ou égal à +4	Min 50 € Maxi 470 €
(c) Verres simple foyer sphère hors zone de -6 à +6 ou cylindre supérieur à +4,00 multifocaux ou progressifs)	Min 200 € Maxi 750 €
(f) verres multifocaux ou progressifs sphéro cylindriques (adulte) sphère hors zone de -8 à +8 ou Progressifs sphériques sphère hors zone -4 à +4	Min 200 € Maxi 850€
(b) = (a) + (c) 1 verre simple foyer et 1 verre complexe	Min 125 € Maxi 610€
(d) = (a) + (f) 1 Verre hypercomplexe + 1 verre simple foyer	Min 125 € Maxi 660 €
(e) = (c) + (f) 1 Verre hypercomplexe + 1 verre complexe	Min 200 € Maxi 800 €
Prise en charge des montures	Maxi 150 €
Période prise en charge	Tous les 2 ans (annuel si évolution de la vue et pour les enfants mineur)

- **Autres points** : Une circulaire de la Direction de la Sécurité sociale va être «rapidement» publiée afin d'apporter des compléments d'information et de faciliter l'interprétation du décret, notamment sur la période transitoire et la notion de modification du régime et sur l'assujettissement des lentilles aux planchers et plafonds Optique.