

Note synthétique d'Adéis

Les 4 décrets d'application relatifs à la généralisation de la couverture santé d'entreprise

- Procédure de mise en concurrence des organismes recommandés
- Degré élevé de solidarité mentionné à l'article L912-1 du code de la sécurité sociale
- Panier minimum de soins
- Contrat responsable

Réalisé le 13/01/2015

www.adeis-branches.fr

Suivez-nous sur Twitter



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

Décret sur la procédure de mise en concurrence des organismes recommandés

■ Contexte :

En cas de recommandation d'un ou plusieurs organismes, dans un accord professionnel ou interprofessionnel, pour assurer et gérer des garanties collectives, une procédure de mise en concurrence transparente, avec égalité de traitement et impartialité est rendue obligatoire. Ce décret définit les conditions de recevabilité et d'éligibilité des candidatures et donne les lignes à respecter pour une sélection en toute transparence.

La Commission Paritaire est garante du respect de cette procédure. Elle a pour objectifs de :

- Mettre en œuvre la procédure de mise en concurrence,
- Faire respecter les principes de transparence de la procédure,
- Etablir des règles permettant de respecter l'impartialité des partenaires sociaux et l'égalité de traitement entre organismes candidats.

■ Date de publication : 10/01/2015 – Entrée en vigueur : 11/01/2015

■ Contenu du décret :

La Commission paritaire* est garante du respect de la procédure de mise en concurrence

- Elle peut créer une commission paritaire spéciale chargée de mettre en œuvre cette procédure (minimum 4 personnes issues de la commission paritaire). Dans ce cas, cette commission spéciale rend compte de l'ensemble des travaux à la commission paritaire.
- Elle peut se faire assister par un ou plusieurs experts, désignés en raison de leur expérience professionnelle.
- Les membres de la commission paritaire ou de la commission paritaire spéciale et les experts sont tenus à la confidentialité.
- Toutes les réunions devront faire l'objet d'un compte-rendu soumis à l'approbation des membres de la commission paritaire ou de la commission paritaire spéciale.
- Le choix final du ou des candidats retenus relève de la seule compétence de la commission paritaire.
- Elle doit respecter cette même procédure obligatoire à chaque réexamen de la clause de recommandation.
- Les candidats peuvent demander la composition de la commission paritaire et de la commission paritaire spéciale.

** Prévues au premier alinéa de l'article L2261-19 du code du Travail*

Publication de l'avis d'appel à la concurrence

- Dans une publication à diffusion nationale habilitée à recevoir des annonces légales*
- Dans une publication spécialisée dans le secteur des assurances**

Eclairage Adéis : * BOAMP, Ted Europa... ** L'Argus de l'assurance, la Tribune de l'assurance...

Composition de l'avis d'appel à la concurrence

○ Les conditions de recevabilité des candidatures, notamment :

- Le délai de dépôt des candidatures \geq à 52 jours à compter de la date de publication de l'avis,
- Les modalités d'envoi des dossiers.

○ Les conditions d'éligibilité des candidatures, notamment :

- Les agréments nécessaires pour pratiquer les opérations d'assurance définies par l'accord (visées par le cahier des charges),
- L'expérience préalable des candidats en matière de protection sociale complémentaire collective,
- Les éléments de solvabilité des candidats.

○ Les critères d'évaluation des offres avec leur pondération ou leur hiérarchisation

○ Le nombre maximum d'organismes susceptibles d'être recommandés

L'avis peut prévoir que des éléments nécessaires à la vérification des conditions d'éligibilité et des critères d'évaluation des offres soient communiqués par les candidats.

Composition du cahier des charges

- Les garanties souhaitées et services attendus le cas échéant*,
- La durée maximale de la clause de recommandation (5 ans maximum),
- L'assiette et la structure des cotisations,
- Les conditions de révision des cotisations,
- Les objectifs de sécurité et de qualité recherchés,
- Les modalités d'organisation et de financement des éléments de solidarité (Cf. p5, synthèse du décret relatif au degré élevé de solidarité),
- Les obligations des assureurs recommandés concernant les modalités de suivi du régime pendant la durée de la clause de recommandation et préalablement à son réexamen,
- Les obligations des assureurs recommandés en termes d'informations auprès des entreprises et des salariés relevant de la branche.

A sa demande, chacun des candidats peut se faire communiquer le cahier des charges ainsi qu'un document retraçant les caractéristiques quantitatives et qualitatives de la population des assurés à couvrir**.

Eclairage Adéis : * Services attendus : tiers payant, réseaux de soins, extranet pour la gestion...

** plus les statistiques communiquées sont détaillées, plus les propositions tarifaires seront proches de la réalité du risque des salariés et de leurs familles.

Sélection des candidats

○ Les conditions de recevabilité et d'éligibilité :

- Seuls sont ouverts les dossiers reçus au plus tard à la date et l'heure limites annoncées dans l'avis d'appel à la concurrence,
- Dossier non recevable : dossier incomplet ou dossier hors délai,
- Dossier non éligible : non conforme aux critères d'éligibilité établis dans l'avis d'appel à concurrence.

○ Les candidats éligibles par la commission paritaire

- Dossiers analysés au regard du cahier des charges,
- Dossiers classés en fonction des critères d'évaluation,
- **Le ou les candidats évalués les plus favorablement sont retenus.**

○ Pour les dossiers non retenus :

- Au terme de chaque phase, les candidats doivent être informés par lettre recommandée AR dans un délai de 21 jours avec motivation du refus.
- En retour, les candidats non retenus peuvent demander par lettre recommandée AR des compléments d'information. La commission paritaire dispose de 2 mois pour répondre, à compter de la réception de cette demande.

Identification et prévention des conflits d'intérêts

○ Relatif aux membres de la commission paritaire

- Situation de conflit d'intérêts : membre de la Commission paritaire exerçant une activité salariée ou, exerce ou a exercé au cours des 5 dernières années des fonctions délibérantes ou dirigeantes au sein des organismes candidats ou du groupe auquel appartiennent les candidats.
- Lorsque la liste des candidats éligible est arrêtée, chaque membre de la commission paritaire doit déclarer dans les 8 jours l'existence d'une situation de conflit d'intérêts.
- Les membres qui se déclarent en situation de conflit d'intérêts ne peuvent pas prendre part aux réunions, ni aux délibérations en lien avec la phase de sélection des offres. Ils peuvent être remplacés à l'initiative de l'organisation syndicale de salariés ou l'organisation professionnelle d'employeurs dont ils relèvent.

○ Relatif aux experts

- La règle est la même pour les experts mandatés pour l'assistance des partenaires sociaux. Ils doivent déclarer, préalablement à leur désignation, tout conflit d'intérêts vis-à-vis des membres des commissions et vis-à-vis des organismes candidats.

○ Relatif aux candidats

- Les candidats doivent joindre au dossier de candidature la liste des relations commerciales et des conventions financières conclues ou poursuivies au cours de l'année civile précédant la publication de l'avis d'appel à concurrence avec les organisations syndicales de salariés et les organisations professionnelles d'employeurs de la branche.

Eclairage Adéis : concernant les experts, la situation de conflit d'intérêts doit être déclarée avant leur désignation, alors même que la liste des candidats n'aura pas été arrêtée. Il semble alors évident de faire une nouvelle déclaration après la sélection des candidats.
Par ailleurs, la question se pose d'une éventuelle situation de conflit d'intérêts lorsque les organismes assureurs proposent dans leur offre, un gestionnaire entretenant un lien économique avec l'expert mandaté.

Demande d'extension

Lors de la demande d'extension d'une convention ou d'un accord collectif comportant une clause de recommandation, les partenaires sociaux doivent déposer les pièces afférentes à la procédure de mise en concurrence dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et du ministre chargé du travail.

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

■ 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.



Eclairage Adéis : 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*». *



Eclairage Adéis : *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

■ Date d'application : 1/01/2016

■ Les garanties et niveaux de remboursement du panier de soins : Voir tableau page 8

■ 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.



Eclairage Adéis : Selon la loi du 14/06/2013, l'employeur sera tenu de financer au moins la moitié des cotisations de la couverture. Un sujet qui suscite des divergences d'interprétation : cette obligation porte-t-elle sur la garantie minimum légale uniquement ou sur le niveau du régime effectivement négocié ? Les différentes analyses juridiques sur le sujet font état d'une ambiguïté des textes qui se réglera probablement d'ici l'application de la loi, le 1/01/2016.

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 et sous certaines conditions
- Les postes de soins et niveaux de remboursement du contrat responsable : Voir ci-après**

	Panier de soins	Contrat responsable
Prise en charge du ticket modérateur	Intégralité du TM à la charge de l'assuré (sauf cure thermique et les médicaments remboursés à 15% et 30% par l'assurance maladie)	Intégralité du TM à la charge de l'assuré (sauf cure thermique 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	sans limitation de durée
Frais dentaire	125% des tarifs servant de base de calcul de remboursements prothèse dentaire et orthopédie dentofaciale	Non précisé
Optique	monture comprise	monture limitée à 150 €
(a) verres simple foyer sphère comprise entre -6 et +6 et cylindre inférieur ou égal à +4	Min 100€	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 €	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 150 €	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 €
Période prise en charge	Tous les 2 ans (annuel si évolution de la vue et pour les enfants mineurs	Tous les 2 ans (annuel si évolution de la vue et pour les enfants mineur)

**Remboursements Minimum
relatifs au Panier de soins**

**Remboursements Min et Maxi
relatifs au contrat Responsable**

Eclairage Adéis : 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, ou encore sur les modalités concrètes des périodes de prise en charge au titre de l'Optique.