

PRÉVOYANCE SOCIALE COMPLÉMENTAIRE

Un particulier-employeur, une entreprise ou une association de moins de 11 salariés sont des « Très Petites Entreprises » dites TPE.



CONSTAT : EN FRANCE, L'ACCÈS AUX SOINS EST TRÈS DÉPENDANT DE LA POSSESSION D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ*



Selon le Baromètre de la Fédération nationale indépendante des mutuelles publié en janvier 2019, **un Français sur 10 n'avait pas de complémentaire santé en 2018**, soit davantage que l'année précédente.



C'est chez les plus jeunes que cette hausse est la plus marquée. Seuls **les deux-tiers des 18-24 ans disaient en 2018 être couverts par une complémentaire santé**, contre 75 % en 2017 (de même pour les étudiants, 69 % contre 85 % un an plus tôt). Le même constat est fait pour les plus fragiles, à savoir l'évolution dans les ménages aux revenus modestes : le recours à une complémentaire santé passe de 84 % à 80 % en un an.



Avec la réforme du « 100 % santé », les Français auront accès à une offre de lunettes, prothèses dentaires et auditives, sans reste à charge. **Les complémentaires santé vont devoir rembourser plus**, mais la ministre de la Santé leur a interdit d'augmenter leurs tarifs pour cette raison. La plupart annoncent une hausse normale dans les 3 à 5 % en 2020.



En janvier 2020, le baromètre du Centre technique des institutions de prévoyance (CTip) nous permet de tirer plusieurs enseignements :

- la progression accélérée des options facultatives au sein des contrats collectifs en santé ;
- si les inégalités de couverture ne sont pas nouvelles entre catégories et/ou statuts, elles n'en restent pas moins prégnantes, avec par exemple 75 % côté CDI, 73 % pour les hommes (contre 66 % pour les femmes), 87 % pour les cadres (contre 60 % pour les employés)... et, surtout, seulement 35 % pour les salariés en contrat précaire (CDD ou autre).

RÈGLES JURIDIQUES À CONNAÎTRE

- **Le panier de soins minimal doit proposer les garanties suivantes :**
 - **intégralité du ticket modérateur sur les consultations**, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie ;
 - **totalité du forfait journalier hospitalier** (20 euros par jour en hôpital ou clinique/15 euros par jour au service psychiatrique d'un établissement de santé) ;
 - **frais dentaires** (prothèses et orthodontie) à hauteur de 125 % du tarif conventionnel ;
 - **frais d'optique forfaitaire par période de 2 ans** (annuellement pour les enfants ou en cas d'évolution de la vue) avec un minimum de prise en charge de 100 euros pour des verres simples et la monture/150 euros pour des verres complexes et la monture), en plus du panier de soin 100 % santé (voir ci-dessous).

- **Intervention de la réforme 100% santé**
Anciennement : « reste à charge 0 » (RAC 0)

Les contrats de santé proposés en entreprise doivent intégrer le « **100 % santé** » pour conserver leur caractère « *responsable* », sous peine de perte des exonérations sur les cotisations de prévoyance. **C'est à l'organisme assureur (mutuelle, assurance, prévoyance) de procéder à la mise en conformité.** Aucune démarche n'est à réaliser côté employeur si la complémentaire santé relève d'un accord de branche. Par contre, si elle est issue d'une DUE, il faut dénoncer la DUE initiale pour la mise en conformité au 1^{er} janvier 2020, et se rapprocher de l'organisme en charge de la mutuelle.

- La réforme 100 % santé a **créé de nouveaux « paniers » de soins de qualité** qui doivent être pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale et la complémentaire santé.
- Elle concerne une **sélection de lunettes de vue et de prothèses dentaires** à partir du 1^{er} janvier 2020, et une **sélection d'appareils auditifs** à partir du 1^{er} janvier 2021.
- **Tout assuré couvert par un contrat de complémentaire santé responsable pourra en bénéficier**, sans aucune condition de revenus.

- **CSS : La Complémentaire santé solidaire**

La CSS est entrée en vigueur depuis le 1^{er} novembre 2019 et est un dispositif d'**aide à l'accès à une protection complémentaire en matière de santé**. Elle remplace les dispositifs de la CMU-C et de l'AC. Deux conditions sont à remplir : **être affilié à un régime de Sécurité sociale (régime général, MSA,...) et que les ressources annuelles ne dépassent pas le plafond d'éligibilité de la CSS.**

- **Autres points à souligner**

- **en cas de suspension du contrat de travail, la couverture doit être maintenue lorsque le salarié est en cours d'indemnisation** (arrêt maladie, par exemple). En revanche, l'employeur n'est pas tenu de maintenir la mutuelle quand la suspension n'est pas indemnisée (congé parental, par exemple). Les salariés dont le contrat est rompu pour un autre motif qu'une faute lourde bénéficient du maintien de cette couverture pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage.
- **Si un salarié ne souhaite pas bénéficier de la complémentaire santé de l'entreprise** (notamment dans les cas de contrat court ou à temps partiel), **il peut demander à bénéficier du « versement santé » qui est une aide individuelle versée mensuellement par l'employeur.** Ce versement de l'employeur se substitue au financement de la couverture collective et obligatoire (la mutuelle proposée par l'employeur) sous réserve que les salariés concernés justifient être couverts par un contrat responsable. Les salariés devront produire une attestation de l'organisme auprès duquel ils ont souscrit un contrat de complémentaire santé.

FO SE BAT POUR

- Mettre en oeuvre le principe suivant lequel les salariés cotisent selon leurs moyens et se soignent selon leurs besoins.
- S'opposer à tout transfert de charges de l'assurance maladie vers les organismes complémentaires car cela traduit une remise en cause de la solidarité entre tous les salariés et une hausse des coûts pour les salariés.
- Rétablir la mutualisation des risques dans le domaine des complémentaires.
- Informer les salariés sur les conséquences de la dispense d'affiliation à la complémentaire santé proposée par l'entreprise.