

PRÉVOYANCE SOCIALE COMPLÉMENTAIRE

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

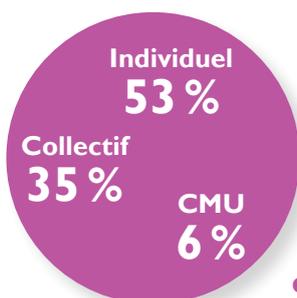


En 2012, 5 % de la population ne bénéficiait pas d'une complémentaire santé.

Parmi les personnes non couvertes par une complémentaire santé, figuraient en particulier des personnes à statut précaire, des jeunes, des personnes âgées...



Avant l'instauration de la complémentaire santé, le revenu était le critère déterminant dans la décision de souscrire ou non une complémentaire santé.



En 2014, 53 % des personnes bénéficiaient d'un contrat de complémentaire santé individuel, 35 % d'un contrat collectif (souscrit par leur employeur ou par un autre membre du ménage) et 6 % d'une couverture gratuite CMU-C.



Des dispositions relatives à la prévoyance complémentaire figurent dans les conventions collectives de branche, mais les conventions collectives sont souvent mal appliquées dans les TPE.

*Source : « Questions d'économie de la santé », IRDES n°029 mai 2015. (Cette note vaut pour tous les constats précités).

RÈGLES JURIDIQUES À CONNAÎTRE

- La loi du 14 juin 2013 de sécurisation de l'emploi, conformément à l'Accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, généralise la couverture complémentaire santé à tous les salariés à compter du 1er janvier 2016 (1^{er} juillet 2016 pour l'Alsace-Moselle).
- Toutes les entreprises, y compris les TPE, doivent proposer une complémentaire santé à leurs salariés (sauf les particuliers employeurs).
- Cette couverture devra correspondre au minimum aux garanties du panier de soins et respecter les planchers et plafonds de prise en charge définis dans le cahier des charges du contrat responsable pour bénéficier d'aides fiscales et sociales.
- Cette couverture santé porte sur les prestations suivantes :
 - prise en charge totale du ticket modérateur ;
 - prise en charge intégrale du forfait journalier hospitalier ;
 - soins dentaires prothétiques et orthopédie dentofaciale remboursés à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base aux remboursements de l'assurance-maladie ;
 - forfait pour le remboursement des frais d'optique remboursant au minimum : 100 € pour les corrections simples ; 200 € pour les corrections complexes ; 150 € pour les corrections mixtes (un verre simple et un verre complexe).Ce forfait couvre les frais d'acquisition engagés, par période de prise en charge de 2 ans, pour un équipement composé de 2 verres et d'une monture. Cette période est réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.
- Le décret du 30 décembre 2015 précise les possibilités pour les salariés de se dispenser, à leur initiative, d'adhérer à une couverture complémentaire santé mise en place dans leur entreprise. Globalement, l'objectif est d'écarter les situations de double couverture santé obligatoire (ex : salariés déjà couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place du régime collectif ; salariés titulaires d'un CDD ou d'un contrat de mission d'une durée de moins de trois mois...).
- La cotisation est réglée par le salarié et l'employeur. L'employeur assure au minimum la moitié du financement de la couverture collective à adhésion obligatoire. Si les ayants droit sont couverts par le contrat collectif obligatoire mis en place dans l'entreprise, l'employeur doit s'engager à hauteur de 50 % de la cotisation famille.



REVENdicATIONS

Mettre en œuvre le principe suivant lequel les salariés cotisent selon leurs moyens et se soignent selon leurs besoins (Cf. Congrès de Tours réso. Protection sociale).

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 (Cf. Congrès de Tours réso. Protection sociale).

Rétablir la mutualisation des risques dans le domaine des complémentaires, ce qui a supprimé la loi de 2013.

Informers les salariés sur les conséquences de la dispense d'affiliation à la complémentaire santé proposée par l'entreprise.