



FORM' ACTION

FEDERATION CGT DES SOCIETES D'ETUDES

263 rue de Paris - Case 421 - 93514 MONTREUIL CEDEX

Tél : 01 55 82 89 41 - Fax : 01 55 82 89 42 - E-mail : fsetud@cgt.fr - Site : <http://www.soc-etudes.cgt.fr>

LA COMPLEMENTAIRE SANTE

[Journée d'étude du 25 septembre 2018]

Intervenants : Patricia BECHU – Pauline KLEIN – Malakoff Médéric

Introduction

Que l'on ne se méprenne pas. La Fédération des Sociétés d'études, comme toute la CGT d'ailleurs, reste un ardent défenseur de ce que l'on peut appeler le 100% sécurité sociale. Pour autant, les politiques gouvernementales, quels que soient les gouvernements qui se sont succédé ont toujours eu qu'un seul objectif, mettre en pièce la Sécurité Sociale : contre-réformes, déremboursements, privatisations ... des hôpitaux ... C'est dans ce cadre que la CGT a lancé, depuis un moment, une campagne pour le développement et la reconquête de notre Sécurité Sociale. De ce point de vue, la CGT a des propositions qui met au centre du dispositif, une politique fondée sur le salaire socialisé.

Position du problème

La complémentaire santé reste toujours un enjeu important. Et ce, d'autant que pour 2019 se greffe la question du reste à charge 0 que nous n'aborderons pas dans ce form'action.

Il nous ait apparu encore une fois important de faire le point et d'examiner un certain nombre de questions que chacune et chacun se pose. Bien entendu, ce form'action vient compléter un certain nombre de form'action sur le sujet (cf. *notre site*).

Pour autant, compte tenu de la situation et particulièrement du rapport de force pour le moment en défaveur des salariés, la question de la complémentaire santé reste d'actualité. Et nous ne nous faisons aucune illusion sur le fait qu'une « *assurance santé complémentaire* » accentue les dérives inégalitaires du système de santé français [*Form'action du 24 mai 2016*].

La loi concernant la généralisation de la complémentaire santé et les contrats responsables a creusé encore un peu plus ces inégalités devant la santé [*Form'action du 22 février 2017*]. Nous avons donc par cette journée, tenté d'armer les camarades sur la complémentaire santé afin qu'ils puissent défendre au mieux les intérêts des salariés dans les négociations dans les entreprises et dans les branches. Cinq points vont donc être abordés :

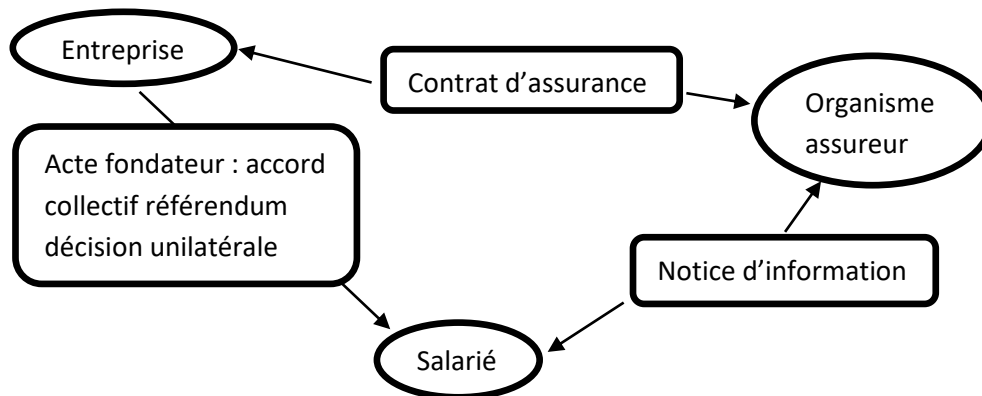
QU'EST CE QUE LA COMPLEMENTAIRE SANTE ?

En France, l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC), ou complémentaire santé, est un système d'assurance maladie qui complète celui de la Sécurité sociale en intervenant sous forme d'un complément de remboursement des soins.

LES INTERVENANTS DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE

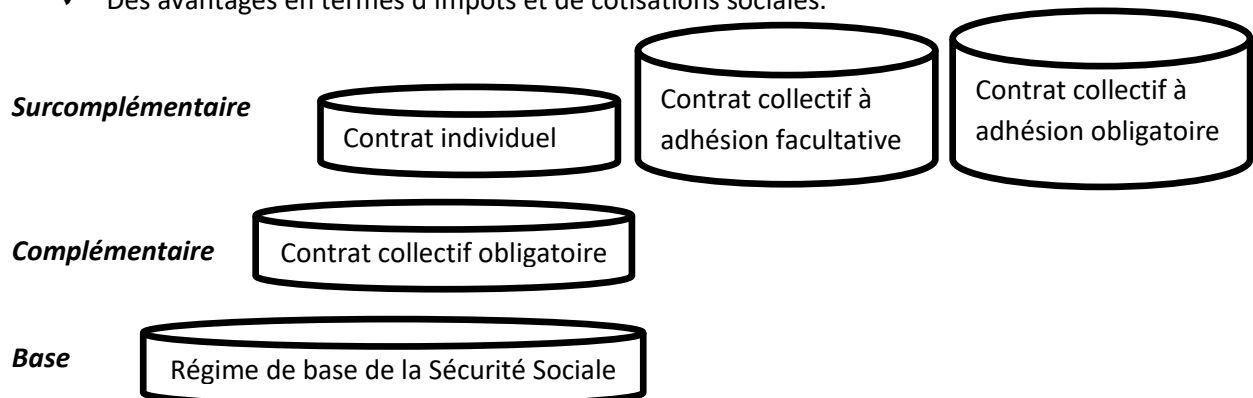
Plusieurs types d'acteurs interviennent :

- ✓ **Les organismes assureurs :**
 - Les institutions de prévoyance,
 - Les mutuelles,
 - Les sociétés d'assurance que la CGT combat.
- ✓ **Les courtiers.** Ce sont des intermédiaires et/ou des conseils pour l'entreprise... Ils ont, bien sûr, un coût. Là encore, la CGT se bat pour les éviter.
- ✓ **L'entreprise souscriptrice.** C'est l'assurance collective de salariés. Cette assurance est souscrite par le chef d'entreprise. Les assuré.e.s sont les salariés de l'entreprise.



L'intérêt d'avoir un contrat collectif par rapport à une assurance individuelle est liée à :

- ✓ Une tarification plus avantageuse.
- ✓ Un financement en tout ou partie pris en charge par l'entreprise.
- ✓ L'absence de démarches à accomplir pour le salarié.
- ✓ Un coût unique quel que soit l'âge ou l'état de santé du salarié.
- ✓ Des avantages en termes d'impôts et de cotisations sociales.



PRINCIPES DE REMBOURSEMENT

✓ Notions de base

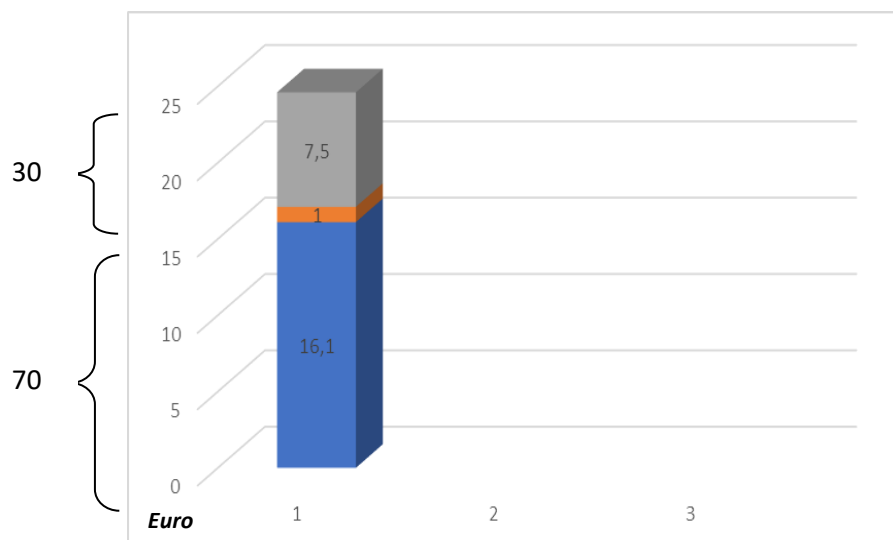
Trois secteurs pour les remboursements de soins sont définis :

- **Le secteur 1** – le médecin qui adhère à la convention en secteur 1 s'engage à ne pas pratiquer de dépassement du tarif de base/convention.
- **Le secteur 2** – le praticien dit « *honoraires libres* » peut demander un dépassement du tarif Sécurité Sociale. Le remboursement Sécurité Sociale ne tient toutefois pas compte de ces dépassements.
- **Le secteur non conventionné**. Les actes effectués par les médecins n'ayant pas adhéré à la convention nationale sont remboursés à partir d'un tarif d'autorité beaucoup plus bas que le tarif de la convention.

En sus de ces trois secteurs, se greffe le Contrat d'Accès aux Soins (CAS), devenu OPTAM en 2017. C'est un contrat proposé aux médecins du secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 par l'assurance maladie obligatoire, par lequel le médecin s'engage notamment à stabiliser son taux moyen de dépassement d'honoraires.

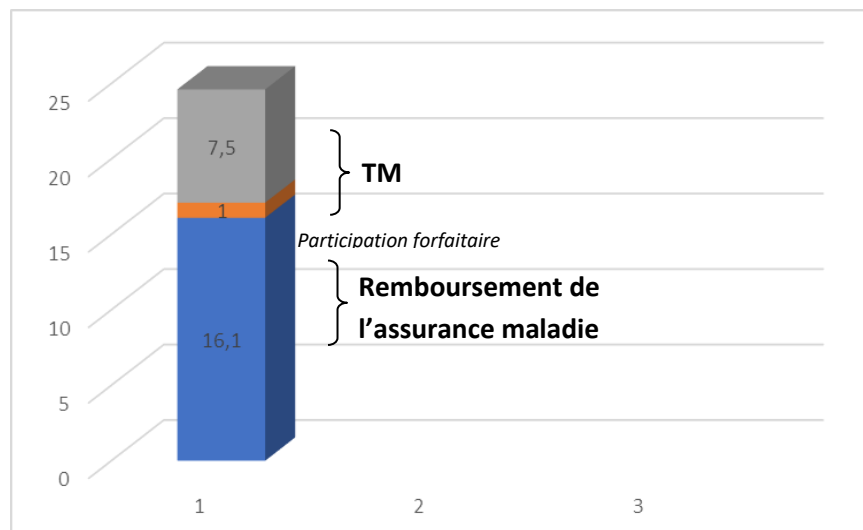
Il bénéficie en contrepartie d'une participation de l'assurance maladie obligatoire au financement d'une partie de ses cotisations sociales. Le contrat est souscrit pour une durée de trois ans sur la base du volontariat.

C'est dans ce cadre qu'est fixé par la convention médicale entre les professionnels de santé et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) un tarif conventionnel ou Base de Remboursement (BR). La convention détermine grâce à un barème, pour chaque acte médical, le montant sur lequel est calculé le remboursement de la Sécurité Sociale.



Exemple :

Le Ticket Modérateur (TM) est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social une fois que l'Assurance Médicale Obligatoire (AMO) a remboursé sa part. La complémentaire santé peut la prendre en charge en partie ou en totalité.



Le reste à charge correspond à la somme restante à payer par l'assuré social, une fois déduit ses remboursements provenant de la CPAM et, le cas échéant sa complémentaire santé.

Le tiers payant est le mécanisme qui permet de dispenser le bénéficiaire de l'Assurance Maladie de faire l'avance des frais médicaux. Il s'applique aux personnes dans certaines situations [bénéficiaire de la COMPLEMENTAIRE MALADIE UNIVERSELLE]

COMPLEMENTAIRE (CMUC), de l'AIDE COMPLEMENTAIRE SANTE (ACS) ou de l'AIDE MEDICALE DE L'ETAT (AME), victime d'un accident de travail, atteint d'une affection de longue durée (ALD) par exemple].

✓ **Les contrats responsables**

Nouveau cahier des charges	Obligation de prise en charge	Interdictions de en charge
	Pas de délai de carence	Participation forfaitaire de 1€
	Garanties Obligatoires : ✓ TM des actes remboursables par l'AMO (<i>sauf homéopathie, cures thermales et médicaments remboursés à 15% et 30%</i>) La participation forfaitaire de 18€ pour les actes coûteux* ✓ Forfait journalier, uniquement en établissements hospitaliers, sans limitation de durée.	Franchises médicales Majoration du TM pour les actes exécutés hors parcours de soins
	Garanties encadrées : ✓ Dépassements d'honoraires des médecins (<i>distinction OPTAM/non OPTAM</i>)** ✓ Dépassement de tarifs en optique incluant le TM	Dépassements d'honoraires autorisés hors parcours de soins.
	Mécanisme de prise en charge : Tiers payant généralisé	

*Ajout de la circulaire DSS du 30/01/2015

**OPTAM et OPTAM – CO pour les médecins conventionnés secteur 2

- ✓ Lorsque le contrat prévoit la couverture d'une garantie optique, le TM est limité tous les 2 ans (*ou tous les ans*).
- ✓ TM de l'ensemble des actes de prévention.

ATTENTION : une double réglementation

- ✓ Une couverture minimale santé due par l'employeur (*articles L 911 – 7, D 911 – 2 du CSS = risque prud'homal*).
- ✓ Un caractère responsable du contrat santé souscrit par l'employeur (*articles L 871 – 1, R 871 – 1 et R 871 - 2 du CSS = risque URSSAF, risque fiscal, TSA majorée à 20,27%*).

La prise en charge des dépassements d'honoraires est encadrée. Il existe un plafonnement sur la prise en charge des dépassements dans les limites suivantes pour les médecins non adhérents à l'OPTAM : 100% BR, et remboursement des médecins OPTAM – 20% BR.

Exemples :

- ✓ Si la Prise En Charge (PEC) pour les médecins adhérents à l'OPTAM est à 300% BR, la PEC des médecins non OPTAM est limitée à 100% (*125% pour 2015 et 2016*).
- ✓ Si la Prise En Charge (PEC) pour les médecins adhérents à l'OPTAM est à 60% BR, la PEC des médecins non OPTAM est limitée à 40%.

La prise en charge des équipements d'optique est aussi très encadrée :

- ✓ Tous les deux ans par assuré (*2 verres et 1 monture*).

- ✓ Tous les ans pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue.
- ✓ 2 équipements en cas de déficit de vision.

En tout état de cause, la monture est limitée à 150€ au sein de l'équipement global.

Catégorie	Equipement	Verres associés	Planchers	Plafonds
A	2 verres simples	Verres simples foyer Sphère entre - 6 et + 6 Cylindre ≤ 4	50€	470€
B	2 verres complexes	Verres simples foyer Sphère $> - 6$ ou $> + 6$ Cylindre > 4 Verres multifocaux ou Verres progressifs	200€	750€
C	2 verres très complexes	Verres adultes multifocaux ou progressifs Sphero cylindrique : Sphère hors-zone - 8 ou $> + 8$ Verres multifocaux ou progressifs sphériques : Sphère hors zone - 4 ou $> + 4$	200€	850€
D	1 simple + 1 complexe	Verre de catégorie A et verre de catégorie B	125€	610€
E	1 simple + 1 très complexe	Verre de catégorie A et verre de catégorie C	125€	660€
F	1 complexe + 1 très complexe	Verre de catégorie B et verre de catégorie C	200€	800€

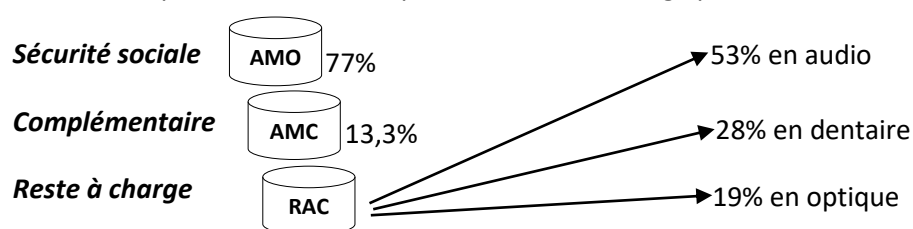
✓ **Comparatif « contrat responsable » et « couverture minimale » sur quelques postes**

		Contrat responsable	Couverture minimale
	Soins de ville	TM minimum	TM minimum
	Dépassement honoraires	Plafonnement médecin non OPTAM	
	Frais d'hospitalisation	Forfait journalier hospitalier minimum	Forfait journalier hospitalier minimum
	Frais dentaire	TM minimum	125% BR minimum
O P T I Q U E	Verres simples	Forfait entre 50€ et 470€	100€ minimum
	Verre simple + verre complexe ou verre très complexe	Forfait entre 125€ et 610€ ou 660€	150€ minimum
	Verres complexes	Forfait entre 200€ et 750€	200€ minimum
	Verre complexe + verre très complexe	Forfait entre 200€ et 800€	
	Verre très complexe	Forfait entre 200€ et 850€	
	Monture	Dont entre 0€ et 150€	

Le respect des critères responsables s'apprécie contrat par contrat. Le contrat surcomplémentaire peut donc être non responsable.

✓ Le reste à charge zéro

Si on fait un état des lieux de l'indemnisation des ménages en sachant que 95% de la population française dispose d'une complémentaire santé, quel est le reste à charge pour chacun ?



D'où d'importants taux de renoncement à se soigner.

C'est dans ce cadre que le RAC 0 est mis en place par le gouvernement. Nous y reviendrons dans un prochain form'action.

Comment évaluer les cotisations ?

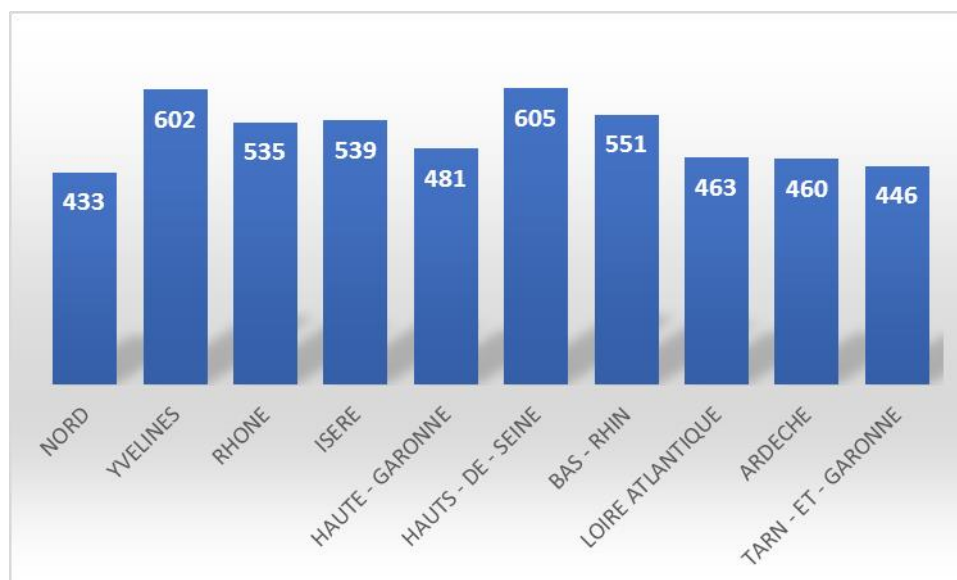
Concernant l'offre de généralistes, le sud de la France est très équipé. Pour les spécialistes, c'est plutôt PACA, l'Ile de France, le Sud et l'Alsace.

Il y a, par conséquent, une dispersion importante des honoraires moyens des médecins. Ainsi, pour les médecins spécialistes par exemple :

	% actes sans reste à charge	
Garanties à	130%	170%
NORD	87%	97%
YVELINES	53%	77%
RHONE	63%	85%
ISERE	82%	95%
HAUTE GARONNE	91%	97%
HAUTS DE SEINE	49%	65%
BAS-RHIN	73%	94%
LOIRE-ATLANTIQUE	93%	96%
ARDECHE	86%	95%
TARN ET GARONNE	95%	99%

Il en est de même pour les prothèses dentaires.

Exemple avec le SPR 50 :



Garanties à	% actes sans reste à charge	
	SPR 50 à 450€	SPR 50 à 500€
NORD	57%	86%
YVELINES	17%	42%
RHONE	27%	62%
ISERE	26%	62%
HAUTE GARONNE	43%	86%
HAUTS DE SEINE	16%	40%
BAS-RHIN	43%	83%
LOIRE-ATLANTIQUE	46%	86%
ARDECHE	48%	89%
TARN ET GARONNE	50%	94%

Il en est de même concernant l'optique.

Quelques exemples :

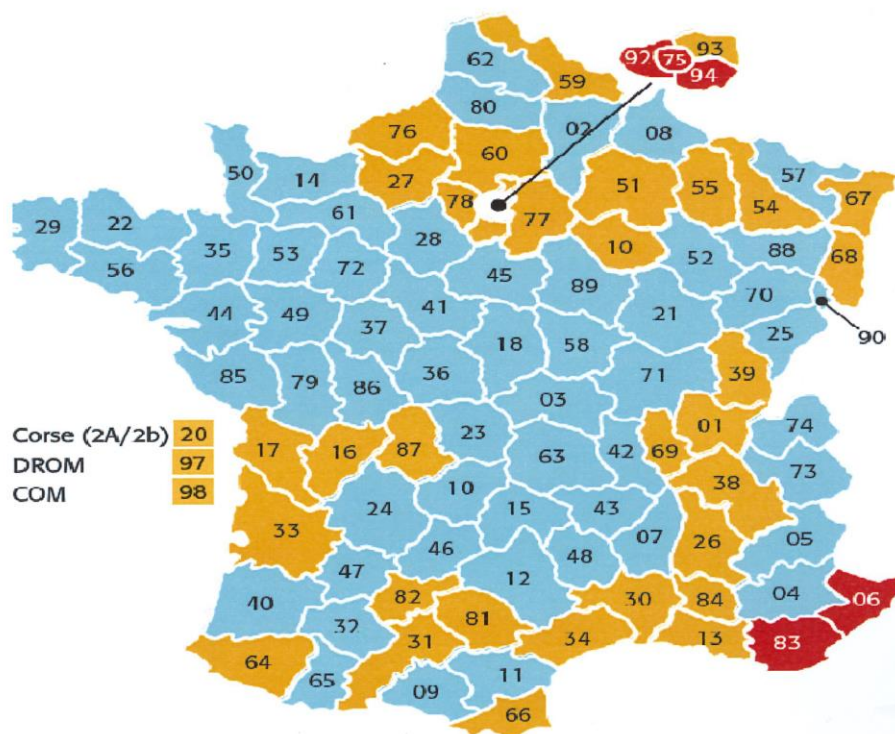
Prix moyen d'une monture : de 148€ (*Cher*) à 218€ (*Paris*).

Prix moyen d'un verre simple : de 87€ (*Ardenne*) à 134€ (*Seine-Saint-Denis*).

Prix moyen d'un verre avec forte correction : de 160€ (*Cher, Ardenne*) à 203€ (*Paris, Hauts de Seine, Val de Marne*).

Prix moyen d'un verre progressif : de 219€ (*Cher*) à 292€ (*Hauts de Seine, Paris*).

Découpage de la France en fonction.



Corse (2A/2b) 20
DROM 97
COM 98

Légende
- en rouge : les départements les plus chers
- en orange : départements à coûts moyens
- en bleu : les départements à coûts plus faibles

LES DISPENSES D’AFFILIATION

✓ Les dispenses classiques

Principe : (L.242-1 alinéa 6 du CSS)

Seules les conditions des employeurs aux systèmes de garanties auxquels l’adhésion du salarié est obligatoire, peuvent bénéficier de l’exclusion de l’assiette des cotisations de Sécurité Sociale. Sinon, il y a un risque URSSAF.

« Sont exclues de l’assiette des cotisations [...] les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires [...] versées au bénéfice de leurs salariés [...] lorsque ces garanties entrent dans le champ des articles L.911-1 et L.911-2 du présent code, revêtent un caractère obligatoire et bénéficient à titre collectif à l’ensemble des salariés ou à une partie d’entre eux. » (L.242-1 al.6 du CSS).

L’article R.242-1-6 du code de la Sécurité Sociale stipule que les garanties collectives sont mises en place à titre obligatoire au profit des salariés sous réserve des facultés de dispense d’adhésion, au choix du salarié, prévues dans l’acte juridique.

Il y a quelques points de vigilance :

- ✓ Prévoir la dispense dans l’acte,
- ✓ Le salarié qui souhaite bénéficier d’une dispense peut en faire la demande à tout moment (*sauf dispense « couverture individuelle » - sauf si l’acte institue des moments pour en faire la demande*),
- ✓ L’employeur doit conserver la demande,
- ✓ L’employeur devra demander chaque année, au salarié concerné, la justification de la dispense.

Un formulaire de dispense est en cours de rédaction par le DSS et devrait faciliter pour l’employeur l’observation de ses obligations.

On trouve les dispenses « DUE ».

FACULTATIVE* CAS DE DISPENSE	DISPENSE DE DROIT	DISPENSE FACULTATIVE*	MISE EN ŒUVRE DE LA DISPENSE
Salariés présents dans l’entreprise au moment de la mise en place du régime financé pour partie par le salarié	En santé, Prévoyance, Retraite		Au moment de la mise en place du régime par DUE
Salariés embauchés dans l’entreprise avant la mise en place du régime par DUE et qui est financé en totalité par l’entreprise		En santé, Prévoyance, Retraite	Au moment de la mise en place du régime par DUE

*Dispense que l’employeur peut intégrer dans l’acte fondateur.

CAS DE DISPENSE	DISPENSE DE DROIT	DISPENSE FACULTATIVE	MISE EN ŒUVRE DE LA DISPENSE
Salariés bénéficiaires de l’aide au paiement d’une complémentaire santé (ACS) ou de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)	En santé		Au moment de l’embauche, de la date de mise en place du régime, ou de la date de prise d’effet de l’ACS ou de la CMU-C.

Salariés couverts par une assurance individuelle complémentaire santé jusqu'à son échéance	En santé		Au moment de l'embauche ou de la date de mise en place du régime
Salariés bénéficiant pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayant droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi : ✓ Régime collectif et obligatoire (<i>art L.242-1 CSS</i>), ✓ Mutuelles des agents publics de l'état ou des collectivités territoriales, ✓ Contrats dits « <i>Madelin</i> », ✓ Régime local d'Alsace Moselle, ✓ Régime des IEG (<i>CAMIEG</i>).	En santé		Au moment de l'embauche, de la date de mise en place du régime ou de la date de prise d'effet des couvertures.
Salariés titulaires d'un CDD ou d'un contrat de mission dont la durée de la couverture santé collective et obligatoire est inférieure à 3 mois et bénéficiant par ailleurs d'une couverture « <i>responsable</i> ».	En santé		Au moment de l'embauche ou de la date de mise en place du régime
Salariés et apprentis bénéficiaires d'un CDD ou d'un contrat de mission d'une durée : ✓ Au moins égale à 12 mois justifiant d'une couverture individuelle pour les mêmes risques, ✓ Inférieure à 12 mois même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.		En santé, Prévoyance, Retraite	Au moment de l'embauche ou de la date de mise en place du régime
Salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de leur rémunération brute.		En santé, Prévoyance, Retraite	Au moment de l'embauche ou de la date de mise en place du régime
Salariés bénéficiant, y compris en tant qu'ayant droit, d'une des couvertures suivantes : ✓ Régime de l'ENIM (<i>gens de mer</i>), ✓ Régime SNCF		En santé	Au moment de l'embauche ou de la date de mise en place du régime ou de la date de prise d'effet des couvertures.

✓ **Les dispenses de droit** (L.911 – 7 du code de la sécurité Sociale)

Les entreprises doivent, depuis le 1^{er} janvier 2016, couvrir en Frais de santé, l'ensemble de leurs salariés, sinon RISQUE PRUD'HOMAL !

« Les entreprises dont les salariés ne bénéficient pas d'une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident [...] dont chacune des catégories de garanties et la part du financement assurée par l'employeur sont au moins aussi favorables que celles mentionnées au [panier de soins] et [financement minimal de 50% par l'employeur] sont tenues de faire bénéficier leurs salariés de cette couverture minimale par décision unilatérale de l'employeur, [...]. [...] »

« III. Les salariés en CDD ou en contrat de mission peuvent se dispenser, à leur initiative, de l'obligation d'affiliation si la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire dont ils bénéficient en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident est inférieure à un seuil fixé par décret et s'ils justifient bénéficier d'une couverture respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1. Cette

durée s'apprécie à compter de la date de prise d'effet du contrat de travail et sans prise en compte de l'application, le cas échéant, de l'article L.911-8.

Un décret fixe, en outre, les catégories de salariés pouvant se dispenser, à leur initiative, de l'obligation de couverture, eu égard à la nature ou aux caractéristiques de leur contrat de travail ou au fait qu'ils disposent par ailleurs d'une couverture complémentaire. » (L.911-7 du CSS).

✓ **Suivre un régime dans une entreprise**

Le compte de résultat, une exigence réglementaire de la loi Evin « *Loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques* ». En effet, le texte de loi précise :

- Article 15 : Lorsque des salariés d'une entreprise bénéficient, dans le cadre de celle-ci, de garanties collectives mentionnées à l'article L.911-2 du code de la sécurité sociale, « *l'organisme assureur est tenu de fournir chaque année au chef d'entreprise un rapport sur les comptes de la convention ou du contrat dont le contenu est fixé par décret.* »
- Article 16 : Il est inséré, après l'article L.432-3-1 du code du travail, un article L.432-2 ainsi rédigé : « *à la demande du Comité d'Entreprise ou, à défaut, des délégués du personnel, le chef d'entreprise leur présente chaque année le rapport mentionné à l'article 15 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1979 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.* »

Il faut distinguer le compte de résultat comptable et le compte de résultat par survenance.

Le compte de résultat est un état globalisant pour une année d'assurance. Tant pour les cotisations, que les sinistres et les provisions, il ne tient pas compte de la date de réalisation du risque. Il comptabilise tous les flux financiers même si le fait générateur est antérieur. Il permet d'apprécier l'équilibre du contrat, mais ne permet pas le suivi de l'évolution de la garantie.

Le compte de résultat par survenance permet, lui, de :

- Connaître l'équilibre annuel du contrat S/P.
- Piloter le régime.
- Réaliser des projections.

Il évolue avec le temps lors de la liquidation des projections. [*L'année de survenance est l'année civile au cours de laquelle le risque d'assurance se réalise*]. Sont rapportés à cet exercice tous les éléments liés strictement à celui-ci : cotisations, sinistres, frais...etc.

On y trouve deux types de provisions :

- **Provisions mathématiques** (*n'existent que sur les risques longs – Prévoyance*)

Montant des actifs que doit accumuler un organisme d'assurance pour garantir à tout moment le règlement de ses engagements.

- **Provisions techniques**

Provisions qui mesurent les engagements de l'institution de prévoyance à l'égard des adhérents et participants.

Elles incluent notamment :

- Les provisions pour sinistres à payer (*remboursement de frais médicaux, capital décès échus...*),

Mais une part importante de l'analyse concerne les cotisations, c'est-à-dire le Chiffre d'Affaire. Son évolution dépend de :

- Variations de périmètre.
- Modification de structure tarifaire (*options*).
- Evolution significative de la souscription d'options.
- Indexation tarifaire (*au prorata lorsque la prise d'effet n'est pas au 1^{er} janvier*) / taux d'appel.
- Evolution des effectifs assurés cotisants :
 - Nombre de CDI/CDD.
 - Nombre de bénéficiaires.
 - Existence d'un plan de licenciement.
- Evolution du PMSS pour les contrats concernés.
- Evolution réglementaire.

La cohérence de l'analyse permet de sécuriser les cotisations. Dans ce cadre, il nous faut analyser la dérive du risque santé. En effet, l'évolution des prestations santé est à mettre en cohérence avec :

- L'évolution des effectifs (*dérive de risques à évaluer par bénéficiaire, ou distinction de l'effet prix et de l'effet volume*).
- Les évolutions de garanties.
- L'inflation médicale.
- Par poste avec les indicateurs de suivi sur le portefeuille.

