

LA LETTRE DE LA PRÉVOYANCE

Mars / Avril 2013



Sommaire

- Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2013
- Les comptes de résultat des contrats collectifs Prévoyance/Santé
- L'égalité de traitement au sein de régimes de prévoyance complémentaire

Accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013

L'Accord National Interprofessionnel, ANI, du 11 janvier 2013 pour « un nouveau modèle économique et social », a été signé par les organisations patronales - MEDEF, CGPME et UPA - et par trois confédérations syndicales de salariés - CFDT, CFTC et CFE-CGC. Le projet de loi, reprenant les dispositions de l'accord et présenté au conseil des ministres le 6 mars, prévoit des évolutions majeures, et notamment des dispositions qui vont impacter fortement le domaine de la couverture complémentaire des Frais de Santé. L'article 1 du projet de loi prévoit :

- un régime Frais de Santé obligatoire pour tous les salariés ;
- l'extension du mécanisme de portabilité des droits Prévoyance et Santé de 9 à 12 mois pour les demandeurs d'emploi ;
- la généralisation du mécanisme de mutualisation pour le financement de la portabilité des droits.

Le calendrier est le suivant :

- le 6 mars 2013, le projet de loi a été présenté en conseil des ministres ;
- il est attendu une promulgation de la Loi pour la fin mai 2013,
- suite à la promulgation de la Loi, les Branches auront jusqu'au 1^{er} juin 2013 pour ouvrir des négociations ;
- les Branches auront jusqu'au 1^{er} juillet 2014 pour aboutir à un éventuel accord :
 - si aucun accord n'est trouvé, les entreprises auront jusqu'au 1^{er} janvier 2016 pour mettre en place leur régime d'entreprise,
 - sinon, les entreprises auront jusqu'au 1^{er} janvier 2016 pour se mettre en conformité avec le régime de Branche et les dispositions de l'ANI.

Un régime pour tous les salariés :

L'ANI de 2013 prévoit que, désormais, la totalité des salariés devra être couverte par un régime de Branche ou un régime d'entreprise.

Actuellement, près de 94 % des salariés sont couverts par une complémentaire Santé. En revanche, selon le CREDOC, seuls 60 % bénéficient d'une couverture collective, qu'elle soit obligatoire ou facultative.

Durant la première phase qui devrait débuter le 1^{er} juin 2013 et se terminer le 1^{er} juillet 2014 selon le projet de loi, c'est aux Branches n'ayant actuellement mis aucun accord Frais de Santé en place, de négocier un tel accord. À défaut d'accord, ce sera aux entreprises de se pencher sur la question.

Liberté est laissée aux entreprises pour définir leurs garanties. Toutefois, le texte prévoit un plancher de garanties nommé « panier de soins », comme base pour la définition des prestations, ainsi qu'un minimum de contribution de l'employeur :

« [...] Une couverture collective de Frais de Santé couvrant au minimum, pour le seul salarié, un panier de soins défini comme suit :

- 100 % de la base de remboursement des consultations, actes techniques et pharmacie en ville et à l'hôpital ;
- le forfait journalier hospitalier ;
- 125 % de la base de remboursement des prothèses dentaires
- et un forfait optique de 100 € par an.

Le financement de cette couverture en Frais de Santé sera partagé par moitié entre salariés et employeurs. [...] ».

Ce panier de soins, qui sera précisé par décret, laisse place à certaines interrogations. Cependant, sur la base d'hypothèses de simulation, Optimind Winter a estimé le reste à charge qu'engendrerait la mise en place de ce panier sur la base d'une consommation standard observée sur des régimes suivis par Optimind Winter. Il ressort de cette simulation que le salarié conserverait à sa charge plus de 30 % des frais réellement engagés.

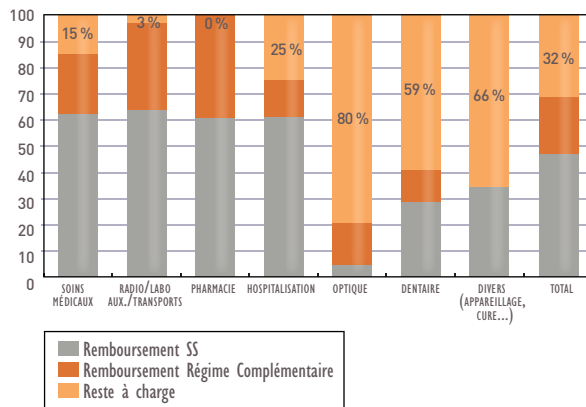
Nous contacter

- Pour toute problématique Prévoyance/Santé, n'hésitez pas à contacter Dinis PIRES, manager/responsable de l'activité Prévoyance/Santé dinis.pires@optimindwinter.com, ou vos contacts habituels.



La mise en place de ce panier de soins laisse supporter au salarié dans l'obligation de consommer de l'Optique et du Dentaire des restes à charge pouvant aller jusqu'à 80 % en Optique et à 60 % en Dentaire des frais réels engagés (cf. graphique ci-dessous).

Décomposition du financement des prestations du panier ANI



Les prestations définies par les Branches qui ont déjà mis en place un régime sont généralement plus avantageuses pour le salarié que le panier de soins ANI.

La portabilité des droits : allongement de la durée et financement

L'ANI prévoit également un allongement de la période de portabilité des droits Prévoyance et Frais de Santé. Pour mémoire, l'ANI du 11 janvier 2008 avait instauré l'obligation de proposer aux anciens salariés bénéficiant de l'allocation chômage de continuer à bénéficier des régimes de Prévoyance et de Frais de Santé pendant une période égale à son dernier contrat de travail et limitée à 9 mois. Le nouveau texte prévoit une augmentation de cette limite de 9 à 12 mois.

Par ailleurs, l'ANI de 2008 laissait le choix entre un cofinancement de cette portabilité entre l'employeur et le salarié dans les mêmes modalités que les actifs ou par mutualisation de ce coût dans la cotisation des actifs. L'ANI de 2013 prévoit désormais la généralisation du financement par mutualisation et laisse aux entreprises un délai pour sa mise en place, de 1 an en Santé et de 2 ans en Prévoyance.

Ainsi, l'impact sur la cotisation des actifs variera en fonction des entreprises, du nombre de personnes pouvant bénéficier de la portabilité et du mode de financement précédemment retenu :

- si le mode de financement actuel est la mutualisation, alors l'augmentation de la cotisation devrait varier entre 0,2 et 0,4 % ;
- si le mode de financement actuel est un cofinancement, alors l'augmentation de la cotisation devrait varier entre 1 et 2 %.

Chaque impact devra être estimé au cas par cas.

Les comptes de résultat des contrats collectifs Prévoyance/Santé

Quelles sont les obligations de l'organisme assureur à ce sujet ?

L'article 15 de la loi Evin et ses décrets d'application obligent l'organisme assureur à fournir chaque année « au chef d'entreprise un rapport sur les comptes [...] du contrat » de Prévoyance/Santé. Ce rapport doit contenir :

- le montant des cotisations ou primes brutes de réassurance ;
- le montant des prestations payées brutes de réassurance ;
- le montant des provisions techniques brutes de réassurance le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'exercice considéré ;
- la quote-part :
 - des produits financiers nets,
 - des commissions,
 - des autres charges,
 - des participations aux résultats,
 - du résultat de la réassurance.
- le nombre de salariés garantis.

Ce rapport présente en termes clairs et précis la méthodologie et les bases techniques de chacune des catégories de provisions constituées par l'organisme assureur et comporte la justification de leur caractère prudent. »

Quand l'organisme assureur doit-il remettre ce rapport ?

Le rapport d'entreprise doit être fourni « deux mois au plus, après l'approbation des comptes et, au plus tard, le 31 août suivant la clôture de l'exercice considéré ».

En général, il est fourni par l'assureur entre mai et juillet de l'exercice suivant.

Quelle utilité du rapport « loi Evin » pour l'entreprise ?

Le rapport a pour principal objectif de présenter l'économie réelle du contrat de Prévoyance ou de Santé et de la partager entre l'entreprise et l'organisme assureur.

Le rapport constitue alors un guide pour les négociations à venir quant aux évolutions de cotisations ou de garanties afin d'assurer la stabilité économique du dispositif.

Il s'agit d'un élément central dans le suivi et la maîtrise des régimes de Prévoyance et de Santé. Il convient donc d'apporter une attention particulière aux éléments fournis par l'organisme assureur et de vérifier la justesse de l'ensemble des postes, en particulier les provisions mathématiques.

L'égalité de traitement au sein de régimes de Prévoyance complémentaire

La Cour de cassation s'est prononcée le 13 mars dernier au sujet de l'application du principe de l'égalité de traitement à des régimes de Prévoyance complémentaire, à travers 3 arrêts laissant la possibilité de différencier les catégories professionnelles dans la définition des régimes de Prévoyance et de Santé.

