



Regards croisés

SUR LA PROTECTION SOCIALE



N° 53 25 janvier 2015



Serge Lavagna
Secrétaire national
de la CFE-CGC
Protection sociale

ÉDITO



Contact : Mireille Dispot
Expert protection sociale
✉ mireille.dispot@cfecgc.fr
☎ 01 55 30 12 06

Vous trouverez dans le présent numéro une synthèse des cinq décrets nécessaires à l'application de la loi prévoyant la généralisation de la complémentaire santé à tous les salariés au plus tard le 1er janvier 2016.

Le dernier de ces décrets est paru le 10 janvier 2015. Il précise les conditions de la mise en concurrence des organismes assureurs lorsqu'il y a « recommandation » par un accord collectif. Ce décret s'inscrit dans la même veine que les précédents en termes de nocivité en ce qu'il refuse aux partenaires sociaux le droit de choisir librement les négociateurs qui les représenteront dans la Commission Paritaire de sélection des candidats.

Déjà, le décret concernant l'encadrement des contrats dits « responsables » avait instauré toute une série de plafonnements complexes et insuffisants qui ne laisseront à nombre de salariés que le choix entre un reste à charge plus important ou la souscription d'une « sur-complémentaire ».

Ajoutons que cela s'inscrit dans un contexte de fragilisation de la mutualisation des risques au niveau des branches professionnelles découlant de l'interdiction de désigner un ou plusieurs organismes d'affiliation obligatoire pour l'ensemble des entreprises d'un même secteur d'activité.

Cet environnement législatif et réglementaire fait peser des inquiétudes légitimes sur le niveau qu'aura, dans l'avenir, la couverture complémentaire santé.

La Ministre des affaires sociales, Marisol Touraine, prenant un peu conscience de la situation, a chargé un expert de conduire une large concertation, notamment avec les partenaires sociaux, en vue « de formuler des propositions concrètes d'évolutions à même d'offrir un cadre stabilisé et solidaire pour la couverture complémentaire collective et obligatoire ».

La CFE-CGC participera à cette concertation et s'efforcera, dans un cadre juridique contraint, de faire des propositions afin que la généralisation de la complémentaire santé ne se traduise pas par une régression pour les salariés de l'encadrement.

Serge Lavagna
Secrétaire national de la CFE-CGC
Protection sociale

Focus sur ce qui change au 1er janvier 2015

Salaire minimum de croissance

Le Salaire Minimum de Croissance (Smic) est revalorisé à hauteur de 0,8 % contre 1,1% au 1er janvier 2014. Le nouveau montant horaire brut est porté à 9,61€ contre 9,53 €, soit 1 457,52 € bruts mensuels sur la base de la durée légale de 35 heures hebdomadaires contre 1 445,38 € bruts, précédemment.

Revenu de solidarité active

Le Revenu de Solidarité Active (RSA) augmente de 0,9 % contre 2% au 1er septembre 2014. Le montant forfaitaire mensuel du RSA socle pour un allocataire passe donc à 513,88 € pour une personne seule; à 770,82€ pour une personne seule avec un enfant et à 1079,14€ pour un couple avec un enfant

Allocation de solidarité spécifique

Le montant journalier des :

- Allocation de Solidarité Spécifique (ASS) est porté à 16,25€ et sa majoration à 7,07 €,
- Allocation Equivalent Retraite (AER) et de l'Allocation Transitoire de Solidarité (ATS) est porté à 35,09 €,
- Allocation Temporaire d'attente (Ata) est porté à 11,45 €.

Plafond de la Sécurité sociale

Le plafond de la sécurité sociale est revalorisé de 1,3 % par rapport au plafond 2014.

Il est porté à :

- 38 040 € en valeur annuelle contre 37 548 € en 2014,
- 3 170 € en valeur mensuelle contre 3 129 € en 2014,
- 174€ en valeur journalière contre 172 € en 2014.

Prestations familiales

Les plafonds servant à déterminer le droit aux prestations familiales sont revalorisés de 0,7 %.

AGIRC ARRCO

Augmentation du taux contractuel obligatoire de cotisation de 0,1 point (réparti entre employeur et salarié)

Compte pénibilité

Dans le cadre de la mise en place du compte personnel de prévention de la pénibilité, les salariés exposés à certaines situations obtiennent des points. Ce compte est plafonné à 100 points sur l'ensemble de la carrière.

Impôt sur le revenu

Suppression de la première tranche

Compte personnel de formation (CPF)

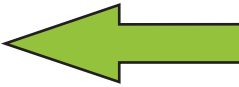
Le CPF qui entre en vigueur dans le secteur privé suit chaque individu à partir de 16 ans tout au long de sa vie professionnelle même en cas de changement d'emploi ou de chômage (compte crédité chaque année dans la limite d'un plafond de 150 heures).

Prix du timbre

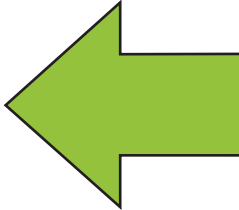
Les prix des timbres ont augmenté de 7 % en moyenne. La lettre prioritaire passe à 0,76 €.

Tarifs du gaz

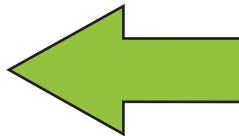
Les tarifs réglementés de GDF Suez ont augmenté de 1,8 %.



Le **Smic** correspond à un salaire horaire en dessous duquel, légalement, aucun salarié de plus de 18 ans ne doit être payé.



Pour les personnes sans revenu d'activité, le RSA prend la forme d'un revenu minimum garanti égal à un montant forfaitaire (**RSA socle**). Si le bénéficiaire du RSA et/ou son conjoint travaillent et que les ressources du foyer sont inférieures à un niveau minimum garanti, le RSA prend la forme d'un complément de revenu (**RSA chapeau ou RSA d'activité**).



Le **Plafond SS** est utilisé pour le calcul de certaines cotisations sociales, de certaines prestations de la Sécurité Sociale et dans le calcul du remboursement des frais de santé de certaines complémentaires santé.



Les facteurs de risques professionnels sont au nombre de 10

- Certains de ces facteurs sont pris en compte dès le 1er janvier 2015 :
Travail de nuit, en équipes successives alternantes, répétitif ou en milieu hyperbare;
- D'autres facteurs le seront à partir du 1er janvier 2016 :
Manutentions manuelles, postures pénibles, vibrations mécaniques, agents chimiques, températures extrêmes ou bruit.

Les salariés exposés pendant une année complète à un seul de ces facteurs obtiennent 4 points et ceux exposés à plusieurs facteurs 8 points.

Le compte personnel de prévention de la pénibilité est plafonné à 100 points sur l'ensemble de la carrière. Il peut être utilisé pour une action de formation professionnelle, en vue d'accéder à un emploi non exposé ou moins exposé, un passage à temps partiel sans baisse de rémunération ou encore un départ anticipé à la retraite.

allocations familiales

Validation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 par le Conseil Constitutionnel

Le Conseil Constitutionnel a jugé, par une décision du 18 décembre 2014, qu'était conforme à la Constitution la quasi-totalité des articles de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, adoptée le 1er décembre 2014 par le Parlement.

Le Conseil a notamment validé l'article 85 qui institue une modulation des allocations familiales en fonction des ressources du ménage ou de la personne qui a la charge des enfants. Cette modulation sera effectuée selon un barème défini par décret pour être appliquée au plus tard le 1er juillet 2015.

Les mesures réglementaires annoncées par le gouvernement vont se traduire par :

- une réduction de 75 % des allocations familiales pour les couples percevant plus de 8 000 euros par mois,
- une réduction de 50 % pour les couples percevant plus de 6 000 euros par mois.

Le Conseil Constitutionnel a considéré que la mise en œuvre d'une politique de solidarité nationale en faveur de la famille était une exigence constitutionnelle que le législateur peut satisfaire selon les modalités d'aide qui lui paraissent appropriées, les aides aux familles étant d'ailleurs susceptibles de revêtir diverses formes autres que les allocations familiales.

Il a rappelé que les dispositions réglementaires ne sauraient, toutefois, remettre en cause l'exigence de solidarité nationale et de soutien aux familles compte tenu de l'ensemble des formes d'aides aux familles. Sous cette réserve, il a considéré qu'en prévoyant que le montant des allocations familiales varie en fonction du nombre des enfants à charge et des ressources du ménage ou de la personne qui a la charge des enfants, la loi institue des différences de traitement en lien direct avec l'objet de ces allocations.

CONSEIL CONSTITUTIONNEL



Nouvel encadrement des contrats complémentaires santé

La loi relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 a transposé, en les aménageant, les principales mesures de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) signé par les partenaires sociaux, dont la CFE-CGC, cinq mois auparavant.

L'article 1 de cette loi prévoit la généralisation de la complémentaire santé.

A partir du 1er janvier 2016, toutes les entreprises du secteur privé seront dans l'obligation de proposer une couverture santé minimale collective à tous leurs salariés.

Elle doit permettre de couvrir tout ou partie de leurs frais de santé non remboursés par l'Assurance Maladie. L'entreprise doit prendre en charge au moins 50% du financement de cette complémentaire santé.

	Publication au JO
1 - Garanties minimales de couvertures collectives	JO du 10 09 14
2 - Procédure de sélection des contrats ACS	JO du 09 10 14
3 - Nouvel encadrement des contrats responsables	JO du 19 11 14
4 - Notion de « haut degré de solidarité » des garanties collectives	JO du 13 12 14
5 - Mise en concurrence des organismes dans le cadre d'une recommandation	JO du 10 01 15

1 Garanties minimales de couverture collective



Le décret du 8 septembre 2014 sur les garanties minimales fixe le « panier de soins », contenu minimal des garanties des contrats collectifs en complémentaire santé.

Les garanties des contrats collectifs en complémentaires santé devront couvrir :

- **L'intégralité du ticket modérateur** à la charge des assurés sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie obligatoire,

- **Le forfait journalier hospitalier,**

- **Les dépenses de frais dentaires à hauteur de 25 % en plus des tarifs de responsabilité,**

- **Les dépenses de frais d'optique, de manière forfaitaire par période de deux ans, à hauteur de (par verre) :**

- **100 € minimum pour les corrections simples**
- **150 € minimum pour une correction mixte simple et complexe**
- **200 € minimum pour les corrections complexes.**

La prise en charge, dans la limite de ce forfait, demeure toutefois annuelle pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue.

Par ailleurs, le décret précise les conditions de **dispenses d'affiliation** qui permettent à certains assurés de demander à être dispensés de l'obligation de s'affilier eux-mêmes ou pour leurs ayants droit. Deux cas de figure principaux sont concernés :

- lorsque la couverture est mise en place par décision unilatérale de l'employeur.
- lorsque les ayants droit sont déjà couverts par ailleurs.

La portée de ce décret est essentielle pour les branches qui souhaitent aboutir à un accord : il permet l'avancée des négociations paritaires sur une base de garanties stabilisées.

Les entreprises dont les branches ne souhaitent pas entamer de négociations peuvent de leur côté mettre en place leur couverture sur la base de ces dispositions.

2 Procédure de sélection des Contrats ACS



Le décret du 8 octobre 2014 relatif aux Contrats éligibles à l'Aide à la Complémentaire Santé précise le cadrage du cahier des charges qui doit servir de base à la consultation des organismes complémentaires.

Une des premières dispositions du décret vise à **éviter les ruptures de couverture** pour les assurés qui seraient amenés à changer de contrat à la suite de la mise en place du dispositif.

Le décret indique que les **offres des mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurances sont éligibles**, ce qui exclut, de facto, les courtiers. Il ouvre aussi la possibilité à plusieurs organismes assureurs de proposer une offre commune.

Par ailleurs, il indique que **le prix est le critère prépondérant** de la sélection des offres retenues, dont le nombre ne peut être inférieur à trois.

Le décret fixe **un cahier des charges très précis** pour les trois contrats, appelés A, B et C correspondant aux trois niveaux de garanties que peuvent proposer les organismes candidats.

Le décret ACS prévoit **un panier de soins minimum** différent, voire supérieur, à celui des contrats responsables et des contrats collectifs notamment en optique, en prothèse dentaire et en prothèse auditive.

Les contrats sont sélectionnés pour une durée de cinq ans mais, par dérogation, **trois ans pour la première période.**

La date d'application est le 1er avril 2015, date à laquelle l'application de l'article 56 de la LFSS a été reportée par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 (LFSSR), adoptée le 23 juillet 2014 par l'Assemblée nationale.

3 Nouvel encadrement des contrats responsables



Le décret du 18 novembre 2014 confirme les dernières versions du projet sur les planchers et sur les plafonds de garanties que doivent respecter les contrats complémentaires pour bénéficier du régime fiscal et social favorable propre aux contrats dits « responsables ».

La loi du 13 août 2004 et le décret du 29 septembre 2005 ont créé le « **contrat responsable** » pour responsabiliser le patient et impliquer davantage les organismes assureurs.

La contrepartie du contrat responsable est le bénéfice pour l'employeur d'un régime **fiscal et social de faveur** avec l'application d'un taux de TSCA (taxe sur les conventions d'assurance) de 7% au lieu de 14% et l'exonération de charges sociales dans la limite d'un plafond.

10 années après cette mise en place, de nouvelles conditions ont été ajoutées au cadrage initial pour « encourager à la juste dépense et non à la consommation inutile ».

Le décret du 18 novembre 2014 fixe ainsi de nouvelles règles qui s'appliqueront aux contrats complémentaires santé responsables souscrits ou renouvelés à partir du 1er avril 2015.

Pour les contrats conclus avant le 9 août 2014, la modification devra intervenir lors de la 1ère modification de l'acte qui les institue et au plus tard le 31 décembre 2017.

Ce calendrier est subordonné, toutefois, aux précisions que doit apporter une circulaire de la Direction de la Sécurité Sociale.

Les contrats responsables doivent couvrir au minimum les postes suivants :

- **Pour les soins de ville :**

L'intégralité de la participation de l'assuré au titre du ticket modérateur pour les consultations du médecin dans le cadre du parcours de soins coordonné et pour les frais de laboratoire et de pharmacie prescrits par lesdits médecins.

Ne sont pas soumis à cette obligation :

- Les frais de cure thermale
- Les médicaments à service médical rendu faible ou modéré (ils correspondent à ceux dont le taux de remboursement actuel est de 15% et 30%)
- L'homéopathie

- **Pour les soins hospitaliers :**

- Le forfait journalier des établissements hospitaliers (18€ à l'hôpital ou en clinique ou 13,50€ en psychiatrie) doit être pris en charge sans limitation de durée (les établissements médico-sociaux ne sont pas concernés).
- Les frais d'hospitalisation sont pris en charge dans la limite du ticket modérateur.

- **En ce qui concerne les dépassements d'honoraires :**

Le décret prévoit que les dépassements tarifaires peuvent être pris en charge dans la double limite de :

- 125% du tarif opposable pour les soins délivrés en 2015 et en 2016 par les médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins CAS (100% à partir de 2017)
- du montant pris en charge pour les dépenses des médecins ayant adhéré au CAS (minoré de 20% du tarif de responsabilité)

Pas de plafonnement pour le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins adhérents CAS.

4 « Haut degré de solidarité des garanties collectives »



Le décret du 11 décembre 2014 relatif aux « garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité » a pour objet de définir les garanties collectives prévues par les accords collectifs de protection sociale complémentaire qui permettent de caractériser un « degré élevé de solidarité ».

En juin 2013, le Conseil Constitutionnel avait invalidé les « clauses de désignation » qui permettaient jusqu'alors aux branches professionnelles de contraindre les entreprises à recourir à l'organisme désigné pour la protection complémentaire de leurs employés.

Avec la loi du 23 décembre 2013, **le gouvernement** avait essayé de contourner la décision des Sages en imposant plusieurs critères dans le cadre des nouvelles clauses de recommandation. L'enjeu était d'enjoindre les entreprises à accepter la « recommandation », vecteur d'une **mutualisation** plus marquée.

Pour ce faire, Marisol Touraine a notamment essayé de pénaliser fiscalement les couvertures « hors recommandation ». Le texte a été à nouveau censuré par le Conseil Constitutionnel au nom du principe d'égalité des citoyens devant les charges publiques.

Le critère de degré élevé de solidarité, objet du présent décret, demeure, le même que celui édicté par l'article L 912-1 du code de la sécurité sociale.

Ce critère qui permet de définir les garanties et prestations qui caractérisent un degré élevé de solidarité dans les contrats de protection sociale complémentaire mis en œuvre dans le cadre des accords collectifs passés par les partenaires sociaux est défini de la façon suivante :

-Un niveau de financement d'au moins 2% de la cotisation du contrat affecté à des prestations ayant un objectif de solidarité avec :

- **La prise en charge, totale ou partielle, de la cotisation** : de tout ou partie des salariés ou apprentis pouvant bénéficier des dispenses d'adhésion ; de tout ou partie des salariés, apprentis ou anciens salariés dont la cotisation représente au moins 10 % de leurs revenus bruts.
- **Le financement d'actions de prévention** : qui concernent les risques professionnels ou d'autres objectifs de la politique de santé, notamment les comportements en matière de consommation médicale ; qui pourront être des relais d'actions prioritaires de santé, (campagnes d'information ou de formation), ou propres au champ professionnel ou interprofessionnel concerné et visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer les conditions de vie au travail et la santé des salariés.
- **La prise en charge de prestations d'action sociale** : destinées à des aides individuelles aux salariés, anciens salarié et ayants droit ; destinées à des aides collectives : perte d'autonomie, hébergement d'un adulte handicapé, dépenses liées à la prise en charge d'un enfant handicapé, soutien aux aidants familiaux.



5 Mise en concurrence des organismes complémentaires dans les branches professionnelles

Le décret du 8 janvier 2015 vise à renforcer les garanties de mise en concurrence des organismes recommandés dans le cadre d'un régime de branche.

Le principe de cette mise en concurrence avait été introduit dans l'ANI.

La **Commission Paritaire** chargée de choisir les organismes recommandés pour assurer un régime de branche en matière de santé ou de prévoyance devra veiller au «**respect des principes de transparence de la procédure, d'impartialité et d'égalité de traitement entre les organismes candidats, ainsi que, à chaque réexamen de la clause de recommandation, entre le ou les organismes déjà recommandés et les autres organismes candidats**».

Les réunions organisées dans le cadre de la procédure de mise en concurrence - pour laquelle la commission paritaire pourra désigner une sous-commission de quatre membres désignés en son sein - devront faire l'objet de compte rendu approuvé par les membres de la commission.

Le **cahier des charges** doit comporter les éléments suivants :

- Garanties souhaitées et, le cas échéant, services attendus ;
- Durée maximale de la clause de recommandation ;
- Assiette et structure des cotisations
- Conditions de révision des cotisations;
- Objectifs de sécurité et de qualité recherchés ;
- Modalités d'organisation et de financement des éléments de solidarité ;
- Obligations qui incombent à l'organisme ou aux organismes recommandés, notamment en ce qui concerne l'information en direction des entreprises et des salariés relevant de la branche, ainsi que les modalités de suivi du régime pendant la durée de la clause de recommandation et préalablement à son réexamen.

Pour garantir la transparence, la Commission Paritaire devra faire paraître **«un avis d'appel à la concurrence»** dans deux types de publication :

- une «publication à diffusion nationale habilitée à recevoir des annonces légales»
- une «publication spécialisée dans le secteur des assurances».

Cet avis devra comporter :

- les conditions de recevabilité des candidatures notamment (délai de dépôt, modalités d'envoi),
- les conditions d'éligibilité des candidatures (agréments, solvabilité voire expérience préalable en matière de protection complémentaire collective)
- les critères d'évaluation des offres,
- le nombre maximum d'organismes susceptibles d'être recommandés.

Chaque organisme candidat peut se faire communiquer le cahier des charges dont le décret précise également le contenu.

Le décret définit un calendrier très précis pour les différentes étapes de la procédure de mise en concurrence.

Les candidatures ne peuvent être déposées dans un délai «inférieur à cinquante-deux jours à compter de la date de publication de l'avis» d'appel à concurrence.

Les organismes dont la candidature a été écartée doivent être informés par lettre recommandée «dans un délai de vingt et un jours à compter de la décision de la commission paritaire» (avec le motif du rejet) et peuvent demander (également par lettre recommandée) des compléments d'informations, demande à laquelle la commission doit faire suite «dans un délai de deux mois».

Enfin, le décret contraint les membres de la Commission Paritaire à déclarer **tout conflit d'intérêts en lien avec la procédure de choix des organismes recommandés** :

Chacun de ses membres doit déclarer l'existence éventuelle d'une situation de conflit d'intérêts (*) «dans un délai de huit jours» lorsque la liste des candidatures éligibles a été arrêtée.

Si cette situation de conflit d'intérêts est apparue après, le ou les membres de la commission concernée ont également huit jours pour la déclarer. Ils peuvent alors se faire remplacer.

Les experts éventuellement sollicités par la Commission sont également tenus de déclarer, «préalablement à leur désignation, toute situation de conflit d'intérêts dans laquelle ils pourraient être placés vis-à-vis des personnes physiques membres de ces commissions».

De leur côté, les organismes candidats doivent joindre à leur 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 la concurrence, avec les organisations syndicales de salariés et les organisations professionnelles d'employeurs de la branche professionnelle concernée». Lorsque les partenaires sociaux gestionnaires d'une branche demandent l'extension d'une convention ou d'un accord collectif comportant une clause de recommandation, ils devront joindre à leur demande «les pièces afférentes à la procédure de mise en concurrence» dont la liste doit être fixée par arrêt.

Congé parental imposant un partage du congé entre les parents



Le parent d'un enfant, né ou adopté à compter du 1er janvier 2015, qui prend un congé parental bénéficie d'une nouvelle prestation : La **Prestation Partagée d'Education de l'Enfant : PREPARE**.

Le décret du 30 décembre 2014 fixe la durée de versement de cette prestation.

Pour bénéficier des durées maximales de versements :

- Un an pour le premier enfant
- Trois ans à partir du deuxième enfant

le congé parental doit être partagé entre les deux parents selon des modalités qui varient selon le rang de l'enfant et la situation de la famille.

Ces dispositions s'inscrivent dans le cadre de la loi du 4 août 2014 sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

Tour des régions par le secteur protection sociale

Le tour des Régions par le secteur Protection Sociale démarre en 2015 par celle de Midi Pyrénées où Bernard BLATERON, Président de l'Union régionale, accueillera :

Le 18 mars 2015

les administrateurs et conseillers des caisses de sécurité sociale (CPAM, URSSAF, CAF et CARSAT) dans le cadre d'une réunion d'informations et d'échanges pilotée par Serge Lavagna.

Les administrateurs et conseillers concernés vont recevoir une invitation qui leur sera adressée directement par l'Union Régionale.

**Est considéré comme une situation de conflit d'intérêts le cas où l'un des membres de la Commission Paritaire ou, le cas échéant, de la Commission Paritaire spéciale exerce une activité salariée ou bien exerce ou a exercé, au cours des cinq dernières années, des fonctions délibérantes ou dirigeantes, au sein des organismes candidats ou du groupe auquel appartiennent ces organismes.*