



Matinale réglementaire : PLFSS 2016

Matinale réglementaire
Vendredi 4 Décembre 2015

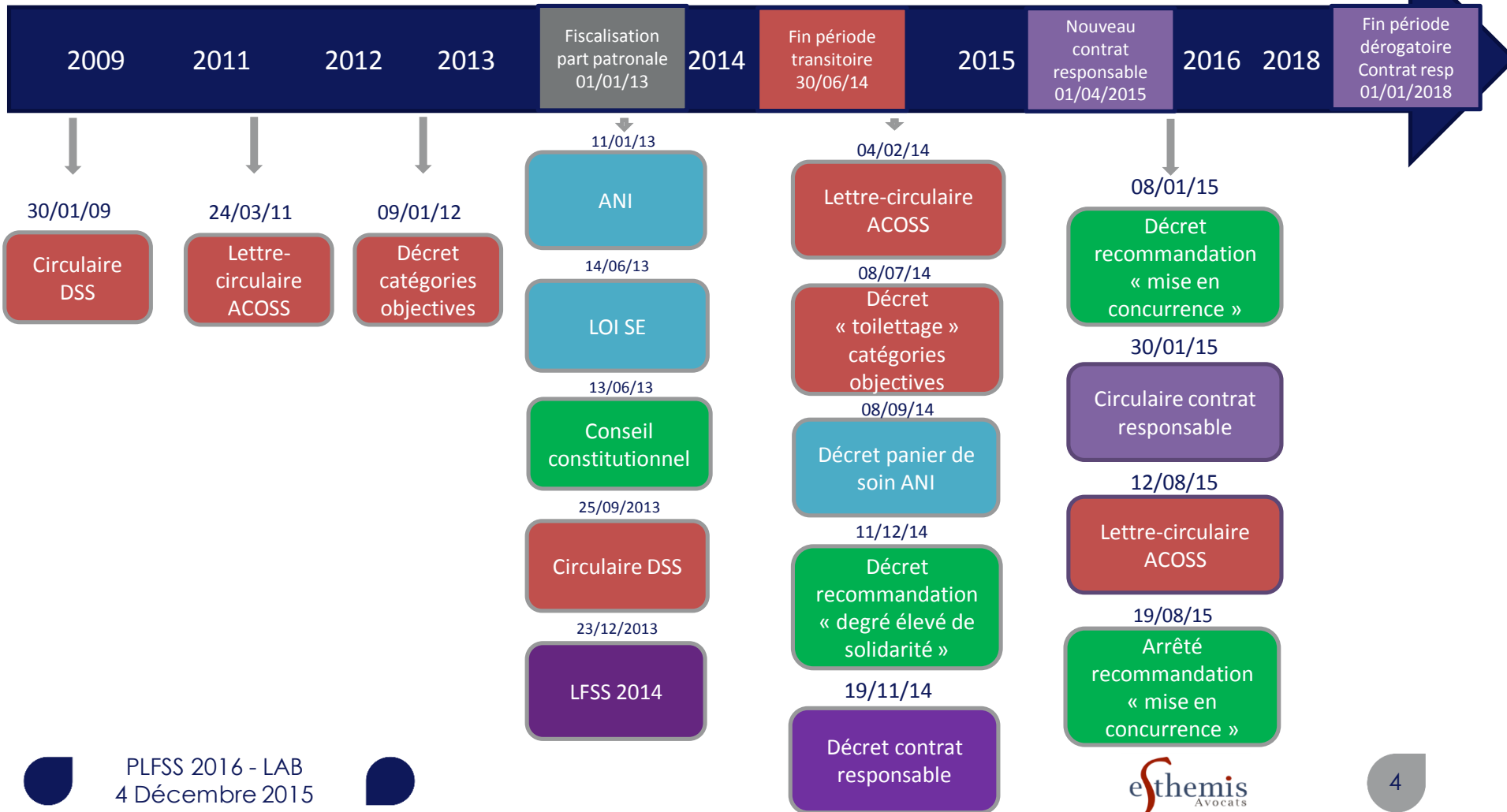
- **8h30 – 8h45** **Introduction par Christine Cauchetier**
Directrice MX Conseil

- **8h45 – 10h30** **Intervention de Maître Caroline Letellier**
Avocat Associé Esthemis Avocats



Les OCAM à l'épreuve des réformes réglementaires

Art. L.911-7 CSS Généralisation complémentaire santé
 Art. L.242-1 CSS Exonération de cotisations de sécurité sociale
 Art. L.871-1 CSS Contrat responsable
 Art. L.912-1 CSS Clause de recommandation



2014

2015



19/06/2014

Présentation officielle du projet de loi

15/10/2014

Transmission du projet au Conseil d'Etat

16/03/2015

Engagement de la procédure accélérée

14/04/2015

Adoption projet de loi Assemblée nationale

22/07/2015

Examen commission des affaires sociales

06/10/2015

Adoption du projet de loi Sénat

24/11/2015

Nouvelle lecture Assemblée nationale

ÉTÉ 2014

Transmission du projet au Conseil d'Etat

19/03/2015

Adoption projet de loi commission des affaires sociales

27/10/2015

Réunion de la commission mixte paritaire

01/12/2015

Adoption en nouvelle lecture Assemblée nationale

09/11/2015

Examen commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale

- ACS

- Encadrement des tarifs des prestations d'optique et de soins dentaires prothétiques et orthodontiques délivrés aux bénéficiaires de l'ACS

Article 20

- « Droit à l'oubli » pour les personnes ayant eu un problème grave de santé

- passage du droit à l'oubli pour tous les cancers de 15 à 10 ans après les traitements
- droit à l'oubli 5 ans après les traitements pour tous les malades diagnostiqués jusqu'à 18 ans

Article 46 bis

- Open data - Création d'un système national des données médico-administratives

- Création d'un institut national des données de santé
- Réforme des modalités concernant le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques

Article 47

- En cas d'hospitalisation
 - remise systématique au patient d'une information quant à la prise en charge de son séjour (Assurance Maladie obligatoire, OCAM, reste à charge)

Article 23

- Généralisation de la complémentaire santé et du panier de soins minimum au 1er juillet 2016, dans le Haut-Rhin, le Bas-Rhin et la Moselle

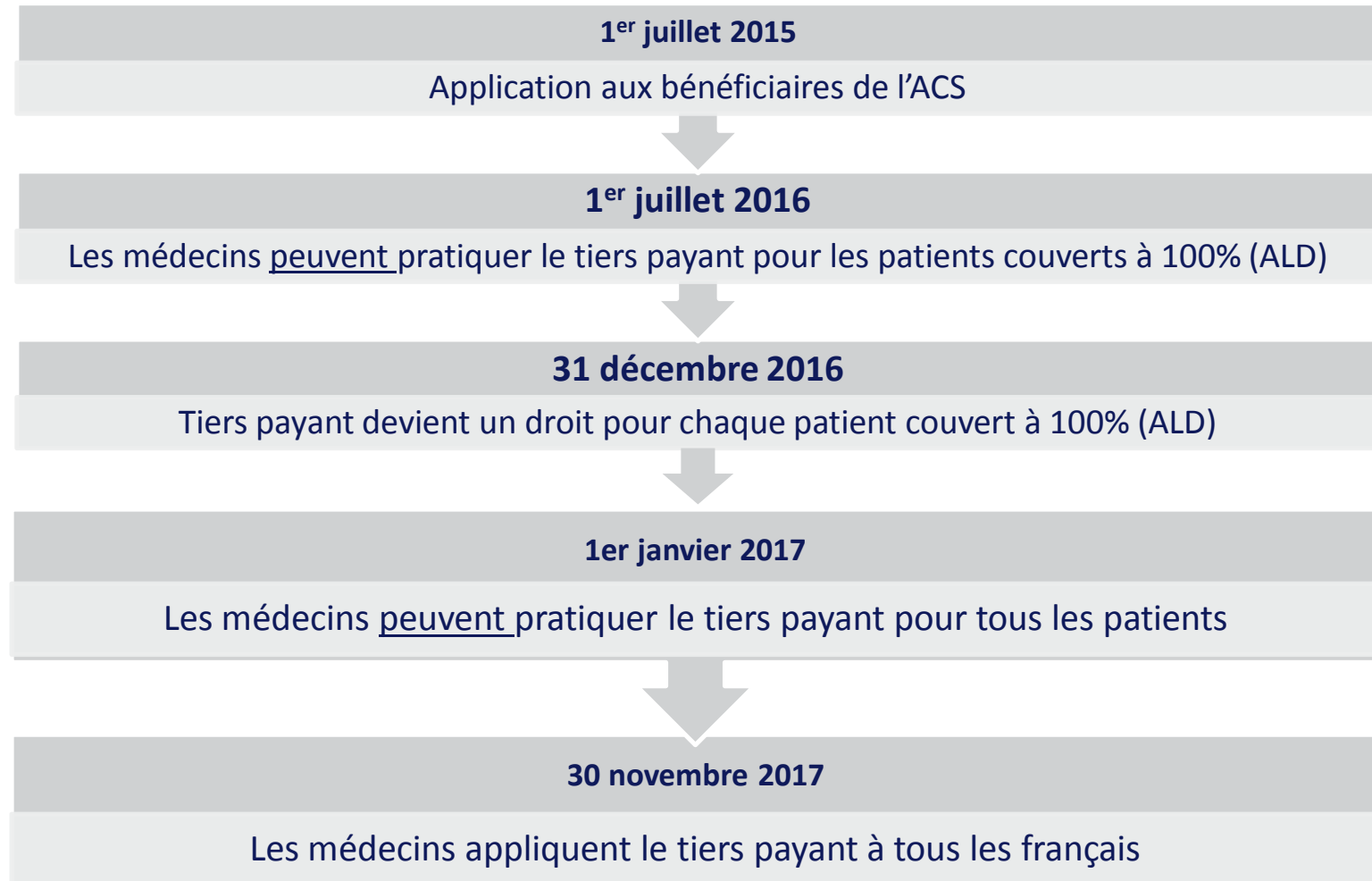
Article 49 ter

- Autorisation de la prescription d'activités physiques et sportives pour les patients souffrant d'une affection de longue durée

Article 35 Bis A

- Généralisation du tiers payant pour les consultations en ville

Article 18





Les impacts du PLFSS 2016 sur les régimes de protection sociale complémentaire

Objectif de la mesure

- Labelliser des contrats pour favoriser l'accès à la complémentaire santé pour les personnes âgées d'au moins 65 ans

La labellisation : des garanties et des tarifs encadrés

- Les garanties :
 - ✓ au moins équivalentes à des niveaux déterminés par décret ;
 - ✓ respectent les règles des contrats responsables.
- Les tarifs :
 - ✓ prix, hors taxes, inférieur à des seuils fixés en fonction de l'âge des assurés et du niveau des garanties proposées. Ces seuils seront fixés par décret.
- Les modalités d'application, notamment la transmission des contrats à l'Autorité compétente, en vue de la labellisation seront fixés par décret.
- La liste des contrats labellisés sera rendue publique.

Crédit d'impôt

- Un crédit d'impôt au titre de la TSA est applicable sur les contrats individuels ou les contrats collectifs facultatifs lorsque l'assuré acquitte l'intégralité du coût de la couverture, souscrits par des personnes âgées d'au moins 65 ans ;
- Le montant annuel du crédit d'impôt est égal à 1% des primes hors taxes ;
- Les modalités d'imputation de ce crédit d'impôt seront définies par décret en Conseil d'État.
- Rappel : taux actuel TSA : 6,27%
Au 1^{er} janvier 2016 : ce taux passe à 13,27 %.

Date d'application du dispositif : 1^{er} janvier 2017

- **Rappel : 1er janvier 2016 : Obligation légale d'ordre public de mettre en place par DUE une couverture Frais de santé minimale (le « panier de soins ») avec un financement patronal minimal (50%)**

Article L.911-7 Code de la sécurité sociale actuel :

« I. — **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 déterminée selon l'une des modalités mentionnées à l'article L.911-1 dont chacune des catégories de garanties et la part du financement assurée par l'employeur sont au moins aussi favorables que celles mentionnées au II du présent article **sont tenues de faire bénéficier leurs salariés de cette couverture minimale par décision unilatérale de l'employeur**, dans le respect de l'article 11 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques. Les salariés concernés sont informés de cette décision.

II. — La couverture minimale mentionnée au I comprend la prise en charge totale ou partielle des dépenses suivantes :

(...)

L'employeur assure au minimum la moitié du financement de cette couverture. Cependant, les modalités spécifiques de ce financement en cas d'employeurs multiples et pour les salariés à temps très partiel sont déterminées par décret ».

L'obligation de financer à hauteur de 50% s'applique-t-elle au seul « panier de soins » obligatoire ou à l'ensemble des garanties du régime Frais de santé mis en place dans l'entreprise ?

● PLFSS : modification de l'article L.911-7 CSS

- « I. — **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 déterminée selon l'une des modalités mentionnées à l'article L.911-1 **dont chacune des catégories de garanties et la part du financement assurée par l'employeur sont au moins aussi favorables que celles mentionnées aux II et III du présent article** sont tenues de faire bénéficier leurs salariés de cette couverture minimale par décision unilatérale de l'employeur, dans le respect de l'article 11 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques. Les salariés concernés sont informés de cette décision.
- II. — La couverture minimale mentionnée au I comprend la prise en charge totale ou partielle des dépenses suivantes :
- (...)
- III. — **L'employeur assure au minimum la moitié du financement de la couverture collective à adhésion obligatoire des salariés en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.**
- (...)

L'obligation de financer à hauteur de 50% s'applique à l'ensemble des garanties du régime Frais de santé mis en place dans l'entreprise.

RAPPEL DES REGLES DE DISPENSES D'ADHESION (R. 242-1-6 CSS)

Principe : Afin de bénéficier des exonérations sociales, le régime mis en place par l'employeur doit revêtir un caractère collectif et obligatoire.

Exception au caractère obligatoire : les dispenses d'adhésion

- Régime mis en place par décision unilatérale de l'employeur (DUE) : les salariés embauchés avant la mise en place des garanties peuvent en être dispensés. Article 11 de la loi Evin : cette dispense d'adhésion peut ne pas être explicitement prévue.
- Régime mis en place par DUE, accord collectif ou accord référendaire : quelle que soit leur date d'embauche:
 - a) Des salariés et apprentis bénéficiaires d'un **CDD ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze** mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
 - b) Des salariés et apprentis bénéficiaires d'un **CDD ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois**, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
 - c) Des salariés à **temps partiel et apprentis** dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
 - d) Des salariés bénéficiaires de la **CMUC ou de l'ACS**. La dispense doit être justifiée par tout document utile et peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide.

RAPPEL DES REGLES DE DISPENSE D'ADHESION

(suite)

- e) Des salariés couverts par une **assurance individuelle** de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ; Si le contrat prévoit une clause de tacite reconduction, le contrat prend fin à la date de la reconduction.
- f) Des salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, à condition de le justifier chaque année : **Arrêté du 26 mars 2012** :
- ✓ dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 CSS ; La dispense ne joue que si le dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire.
 - ✓ par le régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D.325-6 et D.325-7 CSS ;
 - ✓ par le régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n°46-1541 du 22 juin 1946 ;
 - ✓ dans le cadre des dispositions prévues par le décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;

RAPPEL DES REGLES DE DISPENSES D'ADHESION

(suite)

- ✓ dans le cadre des dispositions prévues par le décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
- ✓ dans le cadre des dispositions prévues par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- ✓ dans le cadre des contrats d'assurance de groupe issus de la loi n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle (« Loi Madelin »).

Les dispenses doivent être prévues dans l'acte de mise en place (sauf article 11 Loi Evin : article d'ordre public).

- **PLFSS : modification de l'article L.911-7 CSS**

« I. — (...)

II. — (...) (...)

III. — L'employeur assure au minimum la moitié du financement de la couverture collective à adhésion obligatoire des salariés en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

Les salariés en contrat à durée déterminée 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.

IV. (...) »

- **Une dispense de plein droit, à leur initiative, pour les salariés en CDD ou en contrat de mission si :**
 - la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire est inférieure à un **seuil fixé par décret**. 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, du dispositif de portabilité.
 - et s'ils justifient bénéficier d'une couverture respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 (contrats responsables).
- **Projet de décret : Nouvel article D.911-5 CSS :**

La durée de la couverture collective à adhésion obligatoire est fixée à **trois mois**.
- **Nouvel article L.911-7-1 IV CSS :**

Les salariés ayant fait valoir la faculté de dispense prévue au deuxième alinéa du **III de l'article L. 911-7** ont droit au « chèque santé ».

- **Projet de décret : Nouvelle rédaction de l'article D.911-2 CSS : Dispense, à l'initiative des salariés, de plein droit :**
 - a) Les salariés bénéficiaires de la **CMUC ou de l'ACS**. La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
 - b) Les salariés couverts par une **assurance individuelle** de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
 - c) Les salariés qui bénéficient, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies dans le cadre :
 - d'un dispositif remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1
 - des dispositions du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 (participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels) ou du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 (participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents)
 - des contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle
 - du régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale
 - du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946.

- **Projet de décret : Nouvel article D.911-4 CSS :**

« **L'acte** mentionné à l'article L. 911-1 instituant une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident **peut prévoir** la faculté pour les salariés relevant de certaines catégories d'être dispensés, de l'adhésion au dispositif, sous réserve que ces catégories correspondent à tout ou partie de celles définies à l'article R. 242-1-6, sous les conditions définies à ce même article ».

En synthèse :

- **Des dispenses d'adhésion de plein droit :**
 - article L.911-7 : CDD et contrat de mission dont la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire est fixée à **trois mois** sous réserve de justifier bénéficiaire d'une couverture respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 (contrats responsables).
 - article D.911-2 Projet de décret : les mêmes dispenses d'adhésion que celles prévues à l'article R.242-1-6 CSS sauf les a), b) et c) ci-dessous.

- **Des dispenses d'adhésion pouvant être prévues dans l'acte avec un renvoi à R.242-1-6 CSS :** article D.911-4 Projet de décret
Les dispenses « restantes » :
 - a) Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un **CDD ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois** à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
 - b) Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un **CDD ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois**, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
 - c) Les salariés à **temps partiel et apprentis** dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

Quid de la mention des dispenses d'adhésion de plein droit dans l'acte au regard de l'exigence posée par l'article R.242-1-6 CSS ?



Création d'un nouvel article L.911-7-1 Code de la sécurité sociale :

- **Quels salariés concernés ?**

Les salariés en contrat à durée déterminée, en contrat de mission ou à temps partiel visés par décret.

Projet de décret : Nouvel article D.911-6 CSS :

Les salariés dont la durée du contrat de travail ou du contrat de mission est inférieure ou égale à trois mois ou ceux dont la durée effective du travail est inférieure ou égal à 15 heures par semaine.

- **Quelle condition ?**

Le salarié doit justifier être couvert par un contrat d'assurance maladie complémentaire portant sur la période concernée et respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 CSS (contrats responsables).

Création d'un nouvel article L.911-7-1 Code de la sécurité sociale :

- **Quel est le montant de la somme qui leur est versée ?**

Les modalités de calcul doivent être fixées par décret.

Projet de décret : Nouvel article D.911-7 CSS : Calcul en deux étapes :

1. Montant de référence : ce montant est égal à la contribution mensuelle de l'employeur finançant le régime Frais de santé obligatoire dans l'entreprise
2. Application d'un coefficient de majoration : 105% pour les salariés bénéficiant d'un contrat à durée indéterminée et 125% pour les salariés bénéficiant d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission.

- **Quel régime social applicable ?**

La somme versée par l'employeur est exonérée de cotisations de sécurité sociale : le projet de LDFSS modifie l'article L.242-1 CSS en ce sens.

Deux modalités d'application :

Article L.911-7-1 I et III :

I : La « couverture santé » est assurée par le biais d'un versement, par leur employeur, d'une somme représentative du financement résultant de l'application des articles L. 911-7 et L. 911-8, et qui s'y substitue alors.

III : Un accord de branche ou en l'absence d'accord de branche ou lorsque d'accord de branche le permet, un accord d'entreprise peut prévoir uniquement le versement, par leur employeur, d'une somme représentative du financement résultant de l'application de l'article L. 911-7 et, le cas échéant, de l'article L. 911-8.

Disposition transitoire : Cette mesure peut être mise en place par Décision Unilatérale de l'Employeur (DUE) jusqu'au 31 décembre 2016, sauf si les salariés concernés sont déjà couverts à titre collectif et obligatoire.

Principe :

- Les redressements opérés suite à un contrôle relatif à l'application des règles liées au caractère obligatoire et collectif des systèmes de garanties de protection sociale complémentaire portent sur le montant global des cotisations dues sur les contributions que les employeurs ont versées pour le financement de ces garanties.

Exceptions :

- Le redressement est réduit à hauteur d'un montant calculé sur la seule base des sommes faisant défaut ou excédant les contributions nécessaires pour que la couverture du régime revête un caractère obligatoire et collectif, sous réserve que l'employeur reconstitue ces sommes de manière probante. Le redressement ainsi réduit est fixé à hauteur : :
 - 1° D'une fois et demie ces sommes, lorsque le motif du redressement repose sur l'absence de production d'une demande de dispense ou de tout autre document ou justificatif nécessaire à l'appréciation du caractère obligatoire et collectif ;
 - 2° De trois fois ces sommes, dans les cas autres que ceux mentionnés au 1° et lorsque le manquement à l'origine du redressement ne révèle pas une méconnaissance d'une particulière gravité des règles prises en application du sixième alinéa de l'article L. 242-1.
- Pas de réduction dans certains cas (octroi d'avantage personnel, discrimination, irrégularité ayant déjà fait l'objet d'une observation lors d'un précédent contrôle, situation de travail dissimulé, situation d'obstacle à contrôle, situation d'abus de droit).

Date d'application : contrôles engagés à compter du 1er janvier 2016

- **Quid de la condition d'ancienneté ?**

Rappel :

Article R. 242-1-2 du CSS : condition d'ancienneté de 6 mois admise en matière d'exonération

Lettre-circulaire Acoss du 12 Août 2015

- **Quid de l'article 4 de la loi Evin ?**

Rappel :

L'article 1er du décret du 30 août 1990 prévoit que les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50% aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

Projet de décret : Les tarifs seraient plafonnés selon les modalités suivantes :

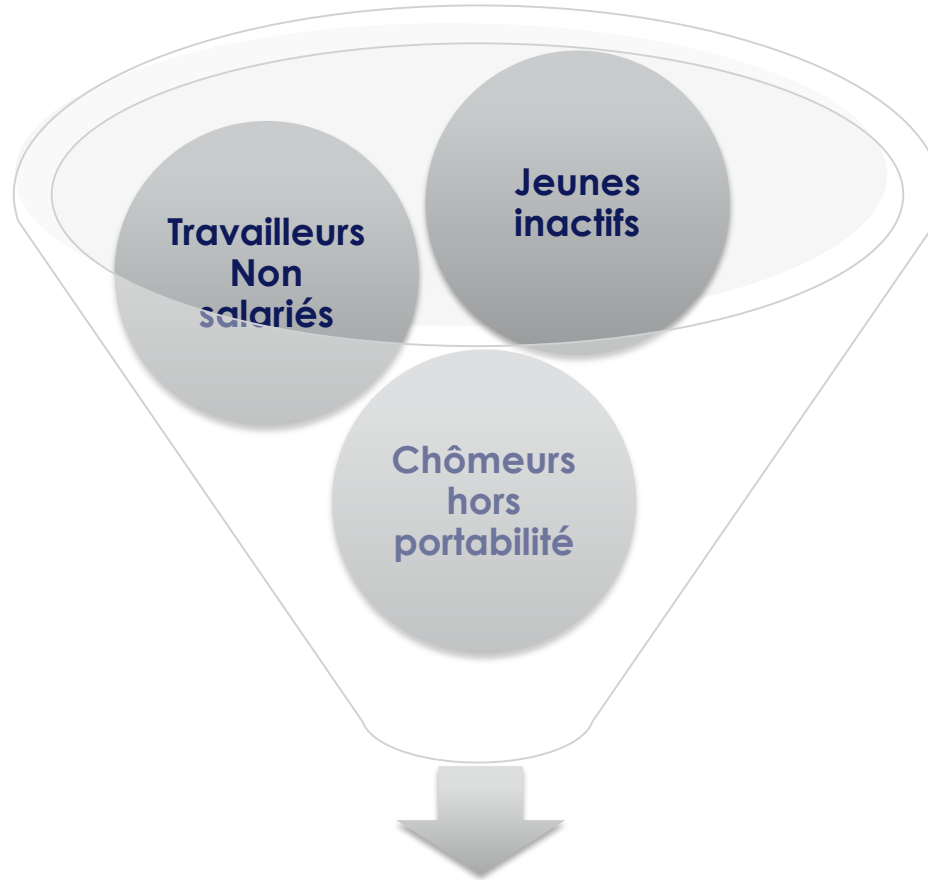
1° Pendant la première année, les tarifs sont identiques aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;

2° Pendant la deuxième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25% aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;

3° A compter de la troisième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50% aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

- **Quid des propositions du « rapport Libault » ? Le retour des clauses de désignation pour la prévoyance et la retraite ?**





**En attente de généralisation de
la complémentaire santé ?**

- **ACS (article 61 du PLFSS 2016) :**

Jusqu'au 30 juin 2016, une personne bénéficiant de l'ACS et ayant renouvelé, après le 30 juin 2015, un contrat ne figurant pas sur la liste des contrats sélectionnés peut demander la résiliation de ce contrat à tout moment, sans frais ni pénalités. Cette possibilité de résiliation est conditionnée à la souscription d'un contrat figurant sur cette même liste.

La résiliation prend effet au plus tard le premier jour du deuxième mois suivant l'envoi à l'organisme assureur d'une lettre recommandée à laquelle est jointe une attestation de souscription d'un contrat figurant sur ladite liste.

Le troisième alinéa de l'article L. 113-15-1 du code des assurances et le dernier alinéa des articles L. 221-10-1 du code de la mutualité et L. 932-21-1 du code de la sécurité sociale sont applicables aux résiliations effectuées en application du présent article (cotisations dues jusqu'à la date de résiliation et remboursement des cotisations versées correspondant à la période postérieure à la résiliation).

Caroline LETELLIER
Avocat associé Cabinet Esthemis
carolineletellier@esthemis.com

