



# Bilan de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013

au 03 avril 2015





# Généralisation de la couverture complémentaire santé

## 1. Objectifs et description de la mesure

L'article 1<sup>er</sup> du projet de loi reprend les dispositifs institués aux articles 1 et 2 de l'ANI du 11 janvier 2013. Il répond à plusieurs objectifs :

### ● Généralisation de la couverture complémentaire santé (article 1<sup>er</sup> de l'ANI)

Cet article vise, à titre principal, à rendre obligatoire, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, la couverture en matière de remboursement de frais de santé pour les salariés. Les garanties offertes par cette couverture doivent être au moins égales à un panier minimal fixé par décret et financé à hauteur d'au moins 50% par l'employeur. Pour ce faire, et comme les partenaires sociaux l'avaient souhaité, la priorité a été donnée à la négociation qui se situe à deux niveaux :

- le premier niveau de négociation se situe au sein de chaque branche professionnelle. L'article (A du I) leur imposait d'engager des négociations avant le 1<sup>er</sup> juin 2013, si elles n'ont pas déjà mises en place une couverture santé obligatoire au moins aussi favorable à une couverture minimale définie par décret.
- le deuxième niveau de négociation se situe au sein de l'entreprise (B du I). A compter de juillet 2014 et jusqu'à fin 2015 les entreprises qui se situent dans une branche qui ne disposent pas d'une couverture complémentaire santé au moins aussi favorable que la couverture minimale définie par décret ont l'obligation d'engager des négociations sur cette thématique.

Si aucune de ces négociations ne permet de conclure un accord, les entreprises seront alors tenues, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, de mettre en place une couverture au moins égale à la couverture socle définie par décret et financée au moins pour moitié par l'employeur, conformément à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale (introduit par la LSE).

### ● Amélioration de l'effectivité de la portabilité de la couverture santé et prévoyance pour les demandeurs d'emploi

L'article 1<sup>er</sup> a également généralisé la portabilité de la couverture santé et prévoyance instaurée par l'ANI du 11 janvier 2008 à tous les salariés (la loi a introduit l'article L. 911-8 dans le code de la sécurité sociale). Il améliore en outre ce dispositif sur la durée maximale de la portabilité, qui passe de 9 à 12 mois, comme le prévoit l'ANI de 2013 et en étendant aux demandeurs d'emploi le bénéfice du dispositif à titre gratuit. L'entrée en vigueur de ces dispositions a été différée conformément à la volonté des partenaires sociaux :

- La portabilité de la couverture santé est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2014 ;
- La portabilité de la couverture prévoyance prendra effet à compter du 1<sup>er</sup> juin 2015.

### ● Modifications de la loi Evin

L'article procède en outre à des ajustements techniques sur les articles 2, 4 et 5 la loi Evin du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.



- **Harmonisation des textes applicables aux trois familles d'organismes assureurs**

L'article rétablit l'égalité de traitement entre les différentes familles d'assureurs, en autorisant les sociétés d'assurance à faire de l'action sociale et à maintenir les garanties en cas de non versement des primes, comme c'était déjà le cas pour les mutuelles et les institutions de prévoyance. Ces dispositions sont à rapprocher de celles figurant dans la loi relative à l'économie sociale et solidaire qui ont organisé la mise en place d'opérations de coassurance entre opérateurs d'assurance régis par des codes différents.

L'article 2 de la loi prévoit la remise d'un rapport sur les aides directes et indirectes accordées au financement de la complémentaire santé ainsi que sur une refonte de la fiscalité appliquée aux contrats. Ce rapport doit également dresser un point d'étape des négociations de branche en cours.

L'article 4 prévoit que le Gouvernement doit remettre au Parlement un rapport sur les modalités de prise en charge du maintien des couvertures santé et prévoyance pour les salariés lorsqu'une entreprise est en situation de liquidation judiciaire. Le rapport devra notamment présenter la possibilité de faire intervenir un fonds de mutualisation existant ou à créer, pour prendre en charge le financement du maintien de la couverture santé et prévoyance lorsqu'une entreprise est en situation de liquidation judiciaire, dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

## **2. Etat d'avancement de la transposition législative/règlementaire**

- **Généralisation de la couverture complémentaire santé**

Le panier de soins minimum a été défini par le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale. Il définit le contenu de la couverture minimum ainsi que les cas de dispense d'adhésion à la couverture collective qui pourront être prévus dans l'acte juridique instaurant les garanties.

- **Mise en place d'un nouveau dispositif pour tenir compte de la censure du Conseil constitutionnel sur les clauses de désignation**

Le Conseil constitutionnel dans sa décision du 13 juin 2013 a censuré l'article 1<sup>er</sup> de la loi et a considéré que les dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale qui prévoyaient la clause de désignation sont inconstitutionnelles au motif qu'elles portent à la liberté d'entreprendre et à la liberté contractuelle une atteinte disproportionnée au regard de l'objectif poursuivi de mutualisation des risques. Cette décision conduit à ce que les partenaires sociaux ne puissent plus désigner un organisme d'assurance unique pour gérer leur régime.

Un nouveau dispositif a donc été introduit par l'article 14 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 qui a créé un nouvel article L 912-1 du code de la sécurité sociale. Cet article ouvre la possibilité aux branches professionnelles, si elles le souhaitent, de recommander, à l'issue d'une procédure d'appel d'offre transparente, un ou plusieurs organismes assureurs de leur choix pour gérer le régime de protection sociale complémentaire. Dans ce cas, les accords collectifs doivent prévoir des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité et comprenant à ce titre des prestations à caractère non directement contributif, pouvant notamment prendre la forme d'une



prise en charge partielle ou totale de la cotisation pour certains salariés ou anciens salariés, d'une politique de prévention ou de prestations d'action sociale. Les organismes recommandés ne peuvent refuser l'adhésion d'une entreprise relevant du champ d'application de l'accord et sont tenus d'appliquer un tarif unique et d'offrir des garanties identiques pour toutes les entreprises et pour tous les salariés concernés.

Les garanties présentant un degré élevé de solidarité ont été définies par le décret n°2014-1498 du 11 décembre 2014 relatif aux garanties collectives présentant le degré élevé de solidarité mentionné à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale. La procédure de mise en concurrence préalable a été déterminée par le décret n°2015-13 du 8 janvier 2015 relatif à la procédure de mise en concurrence des organismes dans le cadre de la recommandation prévue par l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

- **Le rapport prévu à l'article 2 a été établi par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie**

Consacré à la généralisation de la couverture complémentaire en santé, il dresse un panorama complet des aides directes et indirectes au financement de la complémentaire santé, ainsi que de la fiscalité applicable et répond ainsi dans une large mesure aux objectifs fixés par l'article 2 de la LSE. A la suite du rapport du HCAAM, deux évolutions ont été introduites :

- la part patronale de la cotisation versée à une complémentaire collective d'entreprise correspondant au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident a été réintégrée au cumul net imposable du salarié (article 4 de la loi n°2013-1278 portant loi de finances pour 2014).
- la LFSS pour 2014 a redéfini les règles du régime des contrats solidaires et responsables afin d'en faire un véritable outil de régulation. Les conditions du contrat responsable et solidaire ont été renforcées. Par ailleurs, afin d'accroître le caractère incitatif du régime, l'écart de taxation a été accru : le taux de la TSCA sur les contrats d'assurance maladie complémentaire « non solidaires et responsables » a été porté de 9% à 14% par l'article 19 de la LFSS pour 2014 pour les primes et cotisations échues à compter du 1er janvier 2014, contre 7% pour les contrats solidaires et responsables.

Les enjeux actuels de la fiscalité applicable sur les contrats de complémentaire santé portent notamment sur sa simplification et la cohérence des contrôles mis en œuvre, en lien avec la généralisation de la complémentaire santé et à la refonte des critères attachés aux contrats solidaires et responsables. Sur ces deux points, l'article 22 de la LFSS pour 2015 constitue une avancée majeure par la fusion, à compter de 2016 de deux taxes applicables à ces contrats, la TSA (actuellement recouvrée par l'URSSAF d'Ile-de-France) et la TSCA (recouvrée par la DGFIP). Cette fusion doit permettre une simplification de la fiscalité applicable aux complémentaires santé, avec la suppression d'une taxe et d'un échéancier de déclaration et de versement. Les organismes complémentaires n'auront plus dans ce domaine qu'un interlocuteur, l'URSSAF de Paris. Cette fusion permettra également de gagner en cohérence et en efficacité du contrôle de ces contrats, avec la spécialisation d'un seul corps de contrôle, les inspecteurs du recouvrement dans les différentes URSSAF (en articulation avec le fonds CMU), ce qui permettra d'accroître la performance de cette activité, dans le contexte de généralisation des complémentaires santé.

- **Le rapport prévu à l'article 4 est en cours d'élaboration.** Compte tenu des décisions du Conseil constitutionnel, qui ont respectivement censuré la clause de désignation et supprimé le dispositif d'incitation fiscale qui était associé à la clause de recommandation dans la version initiale du



nouvel article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les possibilités de faire intervenir un fonds de mutualisation sont actuellement limitées.

### 3. Bilan de la mesure depuis le vote de la loi du 14 juin 2013

- **Généralisation de la couverture complémentaire santé**

La commission des accords collectifs de retraite et de prévoyance (COMAREP) a pu constater que peu de branches professionnelles ont conclu, à ce jour, un régime de couverture complémentaire santé. Sept accords nouveaux ont l'objet d'une demande d'extension.

- **Portabilité**

Les dispositions relatives à la portabilité de la couverture complémentaire santé sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2014. Sur les sept accords précités, aucun n'a fait l'objet d'un avenant portabilité. Cependant, concernant les accords antérieurs, la COMAREP a constaté qu'un nombre très significatif (données en cours de consolidation) de branches professionnelles ont conclu un avenant à leur accord collectif pour se mettre en conformité avec les nouvelles dispositions législatives.

- **Application des nouvelles dispositions de l'article L. 912-1**

Il n'y a pas encore eu d'accord comportant une clause de recommandation compte tenu de la publication récente des décrets.