

CERCLE DES PYRAMIDES

ACTUALITES DE LA PROTECTION SOCIALE

Brigitte ECARY
Geneviève BERAUD-GRAVILLON
Pascal MARON
SPAC Actulaires
Actulaires conseil

Novembre 2014

Bruno SERIZAY
CAPSTAN
Avocat conseil en droit social

SOMMAIRE

I – RETRAITE

- a. Les décrets d'application de la loi de janvier 2014
- b. Les négociations en cours à l'ARRCO et l'AGIRC

II – REGIMES DE FRAIS DE SANTE

- a. Conséquences de l'avenant relatif à la Convention Médicale
- b. Panier de soins minimum
- c. Contrat responsable

III – ENVIRONNEMENT DE LA PREVOYANCE SANTE

- a. Evolutions prévisibles pour 2015
- b. Portabilité
- c. Caractère collectif obligatoire
- d. Point sur les projets de décrets relatifs aux clauses de recommandation / haut degré de solidarité



- 1. Les décrets d'application de la loi de janvier 2014**
- 2. Les négociations en cours à l'ARRCO et l'AGIRC**

LOI DU 20/01/2014 : Décrets d'application

- **Prise en compte des IJ maternité pour la détermination des périodes d'assurance vieillesse** : décret d'application n°2014-566 daté du 30 mai 2014 (JO du 1 juin 2014)

- **Droit à l'information sur la retraite à destination des assurés ayant un projet d'expatriation** : décret d'application n°2014-815 daté du 17 juillet 2014 (JO du 19 juillet 2014)
 - L'entretien prévu à l'article L161-7 du code de la Sécurité Sociale dont bénéficie l'assuré dans le cadre d'un projet d'expatriation devra l'informer :
 - Des règles générales d'acquisition de droits à pension,
 - Des dispositifs lui permettant de cotiser volontairement à l'assurance vieillesse ou d'effectuer des rachats de cotisations au titre des périodes d'expatriation,
 - Des modalités de prise en compte des activités professionnelles accomplies dans l'UE ou dans un Etat tiers ayant conclu une convention bilatérale de Sécurité Sociale avec la France.
 - Le conjoint peut également bénéficier d'un entretien dans les mêmes conditions

LOI DU 20/01/2014 : Décrets d'application

- **Compte personnel de formation** : décret d'application daté n°2014-1120 du 2 octobre 2014 (JO du 4 octobre 2014)
 - Alimentation du compte
 - Mobilisation du compte
 - Prise en charge des frais de formation

LOI DU 20/01/2014 : Décrets d'application

- **Compte pénibilité** : 6 décrets d'application datés du 9 octobre 2014 (JO du 10 octobre 2014)
 - N°2014-1155 : gestion du compte personnel, modalités de contrôle et de traitement des réclamations
 - N°2014-1156 : acquisition et utilisation des points
 - N°2014-1157 : fonds de financement des droits liés au compte personnel de prévention de la pénibilité
 - N°2014-1158 : document unique d'évaluation des risques et accords en faveur de la prévention de la pénibilité
 - N°2014-1159 : exposition des travailleurs à certains facteurs de risque professionnel au-delà de certains seuils de pénibilité et traçabilité
 - N°2014-1160 : accords en faveur de la prévention de la pénibilité

LOI DU 20/01/2014 : Décrets d'application

- **Compte pénibilité : Gestion des comptes**
 - La gestion du compte est assurée par la CNAV (la MSA pour les salariés agricoles)
 - L'évaluation de l'exposition est annualisée
 - La déclaration sera réalisée dans le cadre de la DADS, au terme de l'année civile, et au plus tard le 31 janvier.
 - La CNAV informe le salarié de l'inscription de points avant le 30 juin.
 - Le contrôle (effectivité et ampleur de l'exposition, exhaustivité des données déclarées) est réalisé par les agents de la CNAV / MSA
 - Suivent toutes les modalités de réclamation des salariés auprès de l'employeur, puis de la CNAV

LOI DU 20/01/2014 : Décrets d'application

- **Compte pénibilité** : acquisition et utilisation des points

- Attribution de 1 point par période de 3 mois d'exposition à 1 facteur; 2 points en cas d'exposition à plusieurs facteurs, dans la limite de 100 points
- L'acquisition de points est doublée pour les salariés nés avant le 1/7/1956
- L'utilisation des points :
 - 1 point = 25 heures de prise en charge de tout ou partie des frais de formation professionnelle continue en vue d'accéder à un emploi non ou moins exposé
 - 10 points = 3 mois de maintien de salaire pour un passage à mi-temps.
 - 10 points = 1 trimestre de majoration de durée d'assurance vieillesse (8 trimestres au maximum) et d'anticiper sa retraite d'autant.
- Les points sont utilisés par unité pour la formation, et par tranche de 10 points pour le passage à temps partiel ou pour la retraite.
- Les 20 premiers points sont réservés à la formation, sauf pour les salariés nés avant le 1^{er} janvier 1960 – pour les salariés nés entre le 1^{er} janvier 1960 et le 31 décembre 1962, ce nombre est ramené à 10 points.

LOI DU 20/01/2014 : Décrets d'application

- **Compte pénibilité** : acquisition et utilisation des points
 - La demande d'utilisation est adressée par le salarié à la CNAV/MSA
 - Formation :
 - après validation de la formation, les points sont convertis en heures de formation sur le compte personnel de formation (L6323-1 du Code du travail)
 - Le financeur (employeur ou organisme de formation) transmet à la CNAV une attestation de suivi de la formation
 - La CNAV rembourse le financeur sur la base du coût réel de la formation, plafonné (plafond fixé par décret). En cas de dépassement du plafond, l'excédent peut être financé par la valorisation monétaire d'heures supplémentaires de formation.
 - Passage à temps partiel :
 - Réduction du temps de travail minimum 20% - maximum 80%
 - Nombre de jours pris en charge = nbre de pts / 10 x 45 / coefficient de réduction du temps de travail
 - La CNAV rembourse à l'employeur le complément de rémunération et les cotisations et contributions légales et conventionnelles associées
 - Retraite :
 - Demande d'utilisation dès 55 ans
 - Les points utilisés (par tranche de 10 points/trimestre ; maximum 8 trimestres) augmentent la durée d'assurance et abaissent l'âge d'ouverture de droit (62 ans – 60 ans pour les carrières longues)
 - Le coefficient de minoration éventuel est limité à 25 %

LOI DU 20/01/2014 : Décrets d'application

- **Compte pénibilité** : Fonds de financement
 - Géré par la CNAV
 - Financement à la charge exclusive des employeurs :
 - Taux de base pour les entreprises ayant exposé au moins un salarié à la pénibilité – appliqué à la totalité de la masse salariale : taux nul en 2015 et 2016, de 0,01% à compter de 2017,
 - Taux par salarié exposé appliqué sur les rémunérations des salariés concernés :
 - de 0,1% en 2015 et 2016 et 0,2% à partir de 2017 pour les salariés exposés à un seul facteur de risque,
 - de 0,2% en 2015 et 2016 et 0,4% à partir de 2017 pour les salariés exposés à plusieurs facteurs de risque

LOI DU 20/01/2014 : Décrets d'application

● Compte pénibilité

- A chacun des risques, un seuil d'exposition **annuel** est fixé (intensité et durée minimale)
 - Exemple de la manutention manuelle de charges :
 - Lever ou porter 15kg pendant 600 heures par an
 - Pousser ou tirer 250kg pendant 600 heures par an
 - Déplacer, prendre au sol ou en hauteur 10kg pendant 600 heures par an
 - Cumul de manutentions 7,5 tonnes cumulées par jour pendant 120 jours par an
- **Sur les dix facteurs de pénibilité recensés, seuls quatre seront pris en compte dès le 1^{er} janvier 2015 :**
 - Le travail de nuit (une heure de travail entre minuit et 5 heures pendant 120 nuits par an)
 - Le travail en équipes successives alternantes (impliquant au minimum une heure de travail entre minuit et 5 heures pendant 50 nuits par an)
 - Le travail répétitif (temps de cycle inférieur à 1 minute ou 30 actions techniques ou plus par minute avec un temps de cycle supérieur à 1 minute pendant 900 heures par an)
 - Le risque hyperbare (1 200 hectopascals pendant 60 interventions/travaux par an).
- **Les six autres facteurs* s'appliqueront à compter du 1^{er} janvier 2016**

* : manutentions manuelles de charges lourdes, postures pénibles définies comme positions forcées des articulations, vibrations mécaniques, agents chimiques dangereux (y compris poussières et fumées), températures extrêmes, bruit.

LOI DU 20/01/2014 : Décrets d'application

- **Compte pénibilité : accord de prévention de la pénibilité**
 - Les entreprises ayant **plus de 25%** (50% antérieurement) de leurs salariés exposés aux facteurs de risques au-delà des seuils d'exposition doivent signer un accord définissant un plan d'action de prévention de la pénibilité.
 - L'accord est conclu pour trois ans au maximum
 - L'accord doit traiter (D 4163-3 du Code du travail) :
 - 1° D'au moins l'un des thèmes suivants :
 - a) La réduction des poly-expositions aux facteurs mentionnés à l'article D. 4161-2, **au-delà des seuils fixés au même article ;**
 - b) L'adaptation et l'aménagement du poste de travail ;
 - c) **La réduction des expositions aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article D. 4161-2**
 - 2° En outre, d'au moins **deux** des thèmes suivants :
 - a) L'amélioration des conditions de travail, notamment au plan organisationnel ;
 - b) Le développement des compétences et des qualifications ;
 - c) L'aménagement des fins de carrière ;
 - d) Le maintien en activité des salariés exposés aux facteurs mentionnés **à l'article D. 4161-2 du code du travail.**

LOI DU 20/01/2014 : Décrets d'application

- **Compte pénibilité : accord de prévention de la pénibilité**

- A défaut d'accord (ou d'un PV de désaccord), l'entreprise est soumise à une pénalité de 1% au maximum des rémunérations versées aux salariés concernés.
- Les modifications apportées par le décret n°2014-1160 entrent en vigueur de **1^{er} janvier 2018**, à l'exception du basculement des articles du Code de la Sécurité Sociale vers le Code du travail et la modification du 1^oa) du D 4163-3, qui entrent en vigueur **au 1^{er} janvier 2015**.
- Les accords conclus dans le cadre de l'article L138-29 et suivants du Code de la Sécurité Sociale (remplacés par les articles L4163-2 et suivants du Code du travail) signés avant la date de publication de la loi du 20 janvier 2014 et en vigueur au 1^{er} janvier 2015 continuent de produire leurs effets jusqu'à leur terme.

REFORME DES RETRAITES DU 20/01/2014 : Décrets d'application

→ Décrets toujours en attente :

- Règles de report des cotisations insuffisantes pour valider un trimestre
- Mesures en faveur des jeunes :
 - Barème de rachat de trimestres spécifique pour le rachat de 4 trimestres au maximum dans les 10 ans de la fin des études,
 - Possibilité de racheter les stages en entreprises d'une durée d'au moins deux mois
- Conditions de la retraite progressive : accessibilité dès 60 ans – le texte prévoyant l'abaissement du nombre de trimestres requis (actuellement 150) et la simplification du calcul des ressources maximales n'est pas paru

→ Réversion : une étude du COR a été présentée en séance plénière du 15 octobre 2014



- 1. Les décrets d'application de la loi de janvier 2014**
- 2. Les négociations en cours à l'ARRCO et l'AGIRC**

L'ARRCO-AGIRC

⇒ Conseils d'administration du 24 juin 2014 pour l'ARRCO, du 25 juin 2014 pour l'AGIRC

⇒ Résultat technique :

⇒ ARRCO = - 3,85 Md€ en 2013 (-2,4 Md€ en 2012)

⇒ AGIRC = - 3,27 Md€ en 2013 (-3,6 Md€ en 2012)

⇒ Résultat net :

⇒ ARRCO = -0,41 Md€

⇒ AGIRC = - 1,24 Md€

⇒ Horizon de l'annulation des réserves sans mesures

⇒ ARRCO = 2027 (49,1 Md€ fin 2013)

⇒ AGIRC = 2018 (7,8 Md€ fin 2013)

⇒ Première réunion le 27 juin 2014 : constitution d'un groupe de travail.
Négociation début 2015.

L'ARRCO-AGIRC

- ⇒ Ces négociations devraient aboutir à un nouvel accord, début 2015.
- ⇒ Les pistes d'étude actuelles sont les suivantes :
 - Une fusion de l'ARRCO et de l'AGIRC à l'horizon 2019, avec
 - La fusion de la T2 ARRCO avec les TB et TC AGIRC
 - **La disparition des références aux catégories particulières (4, 4bis, 36, VRP)**
 - Le taux d'appel qui pourrait être ajusté « automatiquement » en fonction de l'évolution de l'espérance de vie
 - La CET (contribution exceptionnelle temporaire) qui deviendrait une CET (contribution d'équilibre technique) étendue aux non-cadres, et qui intégrerait le paiement des droits GMP voués à disparaître,
 - L'AGFF qui pourrait être étendue à la tranche C

L'ARRCO-AGIRC

⇒ Les pistes d'étude actuelles sont les suivantes :

- La cotisation décès des cadres (1,50% du P.S.S.) sortirait des textes de base
- La réversion serait harmonisée entre les deux régimes : elle pourrait être abaissée du taux de 60% à 54% avec un recul de l'âge minimum de liquidation à 60 ans.
- Les majorations familiales (aujourd'hui fonction de la date d'acquisition des points) pourraient être calculées en totalité selon les règles en vigueur à la date de liquidation
- Le MEDEF souhaiterait en plus mettre des coefficients d'abattements temporaires sur toutes les liquidations intervenant avant 67 ans, et ce jusqu'à 67 ans.
- Les organisations syndicales ont demandé l'étude de l'impact d'un alignement des rémunérations des femmes sur celles des hommes

PLFSS pour 2015

- ⇒ Révision des bases de la CSG et de la CRDS applicable aux retraités :
Fonction du revenu fiscal de référence (montant d'impôt acquitté aujourd'hui)
- ⇒ Revalorisation du minimum vieillesse de 8 € (800 € pour une personne seule, 1 242 € pour un couple)
- ⇒ Versement, début janvier, d'une prime exceptionnelle de 40€ aux retraités percevant moins de 1 200 € de pension (remplace la revalorisation au 01/10/2014 des « petites retraites », prévue lors de la décision du gel des pensions par le budget rectificatif pour 2014).

SOMMAIRE

I – RETRAITE

- a. Les décrets d'application de la loi de janvier 2014
- b. Les négociations en cours à l'ARRCO et l'AGIRC

II – REGIMES DE FRAIS DE SANTE

- a. Conséquences de l'avenant relatif à la Convention Médicale
- b. Panier de soins minimum
- c. Contrat responsable

III – ENVIRONNEMENT DE LA PREVOYANCE SANTE

- a. Evolutions prévisibles pour 2015
- b. Portabilité
- c. Caractère collectif obligatoire
- d. Point sur les projets de décrets relatifs aux clauses de recommandation / haut degré de solidarité



- 1. Conséquences de l'avenant relatif à la Convention Médicale**
- 2. Panier de soins minimum**
- 3. Contrat responsable**

CONTRAT D'ACCES AUX SOINS (CAS)

- Prévu par l'avenant 8 du 6/12/2012 à la Convention Médicale
- Mis en place en Décembre 2013
 - La mise en place était conditionnée au fait qu'au moins 1/3 des médecins concernés adhèrent au contrat d'accès aux soins
- Peuvent y adhérer :
 - Les médecins du secteur 2 (avec dépassements autorisés)
 - Les médecins du secteur 1 avec Dépassements Permanents (280 médecins)
 - Les médecins qui s'installent pour la première fois en exercice libéral et qui sont titulaires des titres leur permettant d'exercer en secteur 2
 - Les médecins installés avant le 1/1/2013 en secteur 1 et qui avaient les titres pour s'installer en secteur 2

RAPPEL Les médecins libéraux sont classés en 4 catégories :

- *Les médecins conventionnés qui appliquent la convention médicale qui régit les relations entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie*
 - *Les médecins conventionnés de secteur 1 pratiquent les honoraires fixés par la Convention. Certains sont historiquement (droit attribué avant 1980) titulaires d'un droit à dépassement permanent. Ils sont très peu nombreux*
 - *Les médecins conventionnés de secteur 2 sont autorisés à pratiquer des dépassements au-delà des honoraires fixés par la Convention médicale*
- *Les médecins non conventionnés disposent de la liberté tarifaire. Leurs prestations sont prises en compte par l'Assurance maladie sur des bases très faibles. Ils sont peu nombreux (870 médecins)*

CONSEQUENCES DU CONTRAT D'ACCES AUX SOINS (CAS)

- Conséquences pour les médecins adhérents
 - Maintien de leur pratique tarifaire actuelle pendant 3 ans
 - Pour les médecins du secteur 1, le taux de dépassement est fixé à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux constatés pour les médecins dont les tarifs les rendent éligibles au contrat pour la même spécialité et dans la même région
 - La part réalisée à tarif opposable est calculée de la même manière sans pouvoir être inférieure à 30%
 - Maintien du taux de dépassement annuel recalculé de 2012 avec un maximum de 100% du tarif opposable (en moyenne)
 - Réalisation d'une proportion d'actes à tarif opposable au moins égale à celle de 2012
 - Bénéfice des tarifs du secteur 1 :
 - Revalorisation de certains actes techniques (de chirurgie notamment)
 - Majoration personnes âgées (+ 80 ans) de 5 € prise en charge par l'Assurance Maladie
 - Forfait pédiatrique pour grands prématurés ou maladies congénitales graves de 5 €
 - Forfait médecin traitant de 5 € (hors patients en Affection de Longue Durée (ALD), hors bénéficiaires de la CMU complémentaire)
 - Prise en charge de certaines charges sociales par la Sécurité sociale¹
 - Pas de dépassements pour les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'Aide à la Complémentaire Santé

CONSEQUENCES DU CONTRAT D'ACCES AUX SOINS (CAS)

- Conséquences pour les organismes complémentaires (OC)
 - Les OC complètent le financement mis en place par l'assurance maladie à hauteur de 150 M€, notamment par le développement de forfaits pour les médecins traitants
 - Les modalités pratiques et règles de calcul ont été définies dans une circulaire émise par la Direction de la Sécurité sociale
 - Pour 2013 :
 - Fixé à 2,50 € pour 2013 (prise d'effet au 1er juillet)
 - Versé en 2014 par les organismes complémentaires
 - Calculé sur les assurés et ayants droit présents au 31/12/2012 pour lesquels une consultation médecin traitant a été remboursée en 2012
 - Pour les personnes concernées (hors bénéficiaires de la CMU complémentaire, patients en ALD ou sans médecin traitant (- de 16 ans notamment))
 - Pour 2014 :
 - Versé en janvier 2015 par les organismes complémentaires
 - Calculé sur les assurés et ayants droit présents au 31/12/2013 pour lesquels une consultation médecin traitant a été remboursée en 2013
 - Ce nombre sera multiplié par un montant déterminé en fin d'année par la Sécurité sociale de 5 € maximum destiné à financer 150 M€ pour l'ensemble des complémentaires santé
 - Un grand nombre d'organismes complémentaires ont enregistré cette contribution comme une prestation

CONSEQUENCES DU CONTRAT D'ACCES AUX SOINS (CAS)

- Illustration de la répartition des médecins libéraux
 - Répartition approximative en septembre 2014 basée sur les adresses de professionnels de santé

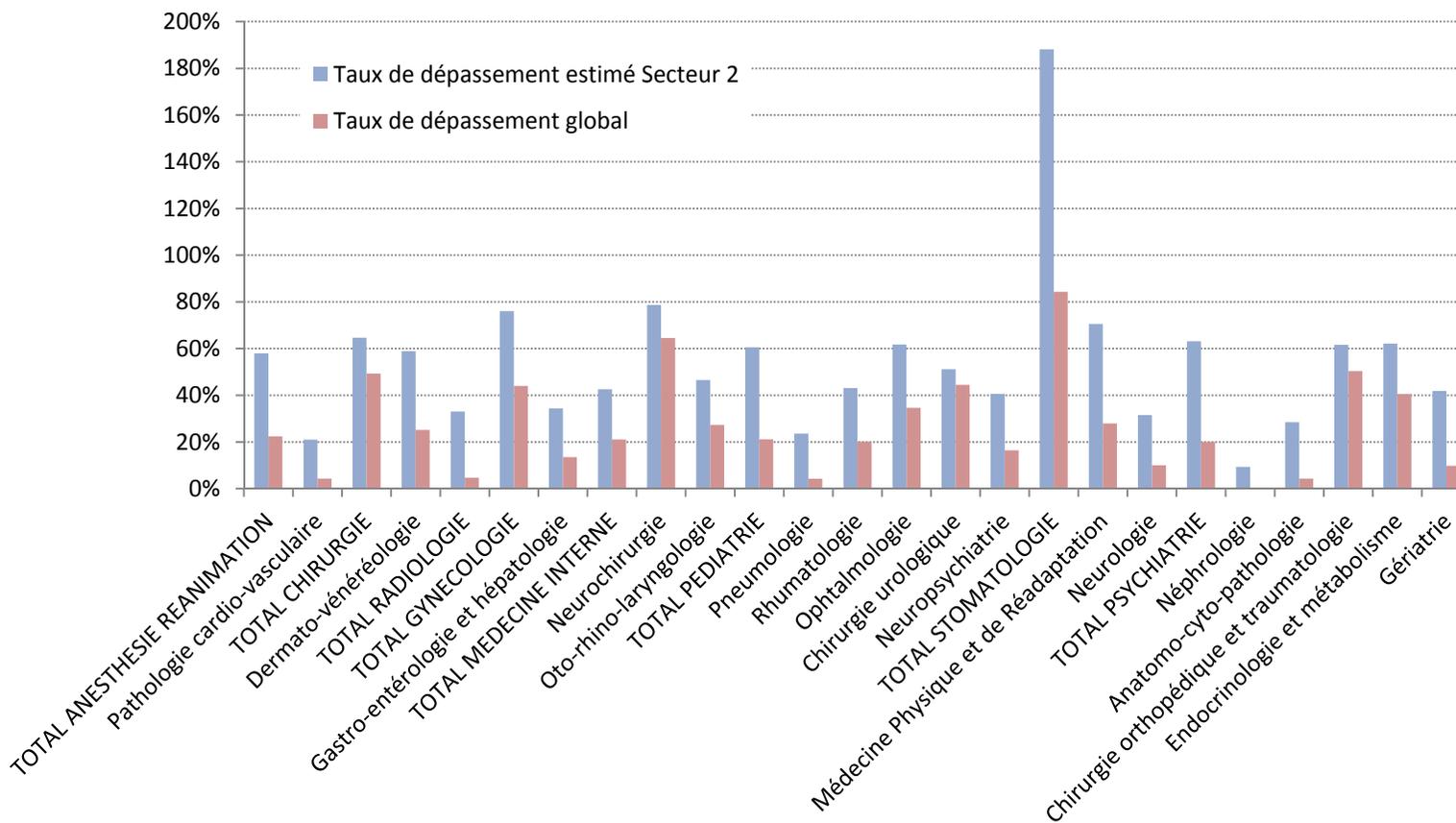
	Ophtalmologue			Cardiologue			Pédiatre			Anesthésiste		
	France	Paris	Bretagne	France	Paris	Bretagne	France	Paris	Bretagne	France	Paris	Bretagne
Secteur 1 opposable	39%	11%	57%	73%	38%	96%	62%	31%	91%	49%	37%	74%
CAS	7%	2%	5%	15%	13%	4%	14%	6%	9%	15%	6%	19%
<i>Dont secteur 2</i>	5%			9%			12%			7%		
<i>Dont secteur 1</i>	1%			6%			2%			8%		
Secteur 2 hors CAS	55%	86%	38%	13%	48%	1%	24%	63%	0%	36%	56%	7%

	Chirurgien général			Chirurgien orthopédiste			Radiologue			Médecin généraliste		
	France	Paris	Bretagne	France	Paris	Bretagne	France	Paris	Bretagne	France	Paris	Bretagne
Secteur 1 opposable	18%	7%	48%	9%	5%	18%	62%	28%	76%	94%	69%	99%
CAS	19%	3%	13%	15%	2%	16%	29%	17%	24%	3%	11%	1%
<i>Dont secteur 2</i>	12%			11%			6%			3%		
<i>Dont secteur 1</i>	7%			4%			23%			0%		
Secteur 2	63%	90%	39%	75%	93%	65%	9%	55%	0%	3%	19%	0%

CONSEQUENCES DU CONTRAT D'ACCES AUX SOINS (CAS)

- Illustration de la répartition des dépassements par spécialité

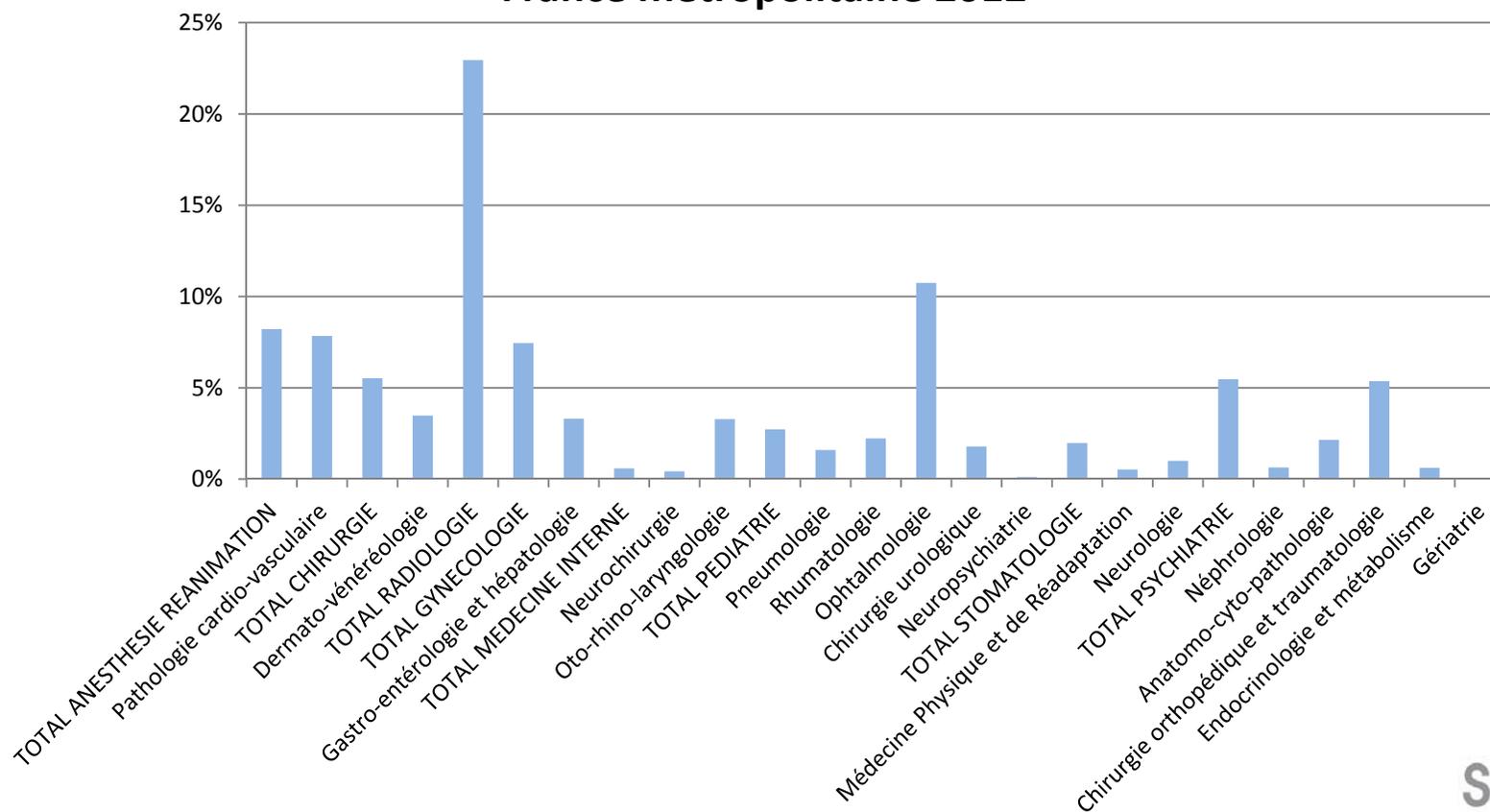
Taux de dépassement France métropolitaine 2012



CONSEQUENCES DU CONTRAT D'ACCES AUX SOINS (CAS)

- Illustration du poids des diverses spécialités en termes d'honoraires

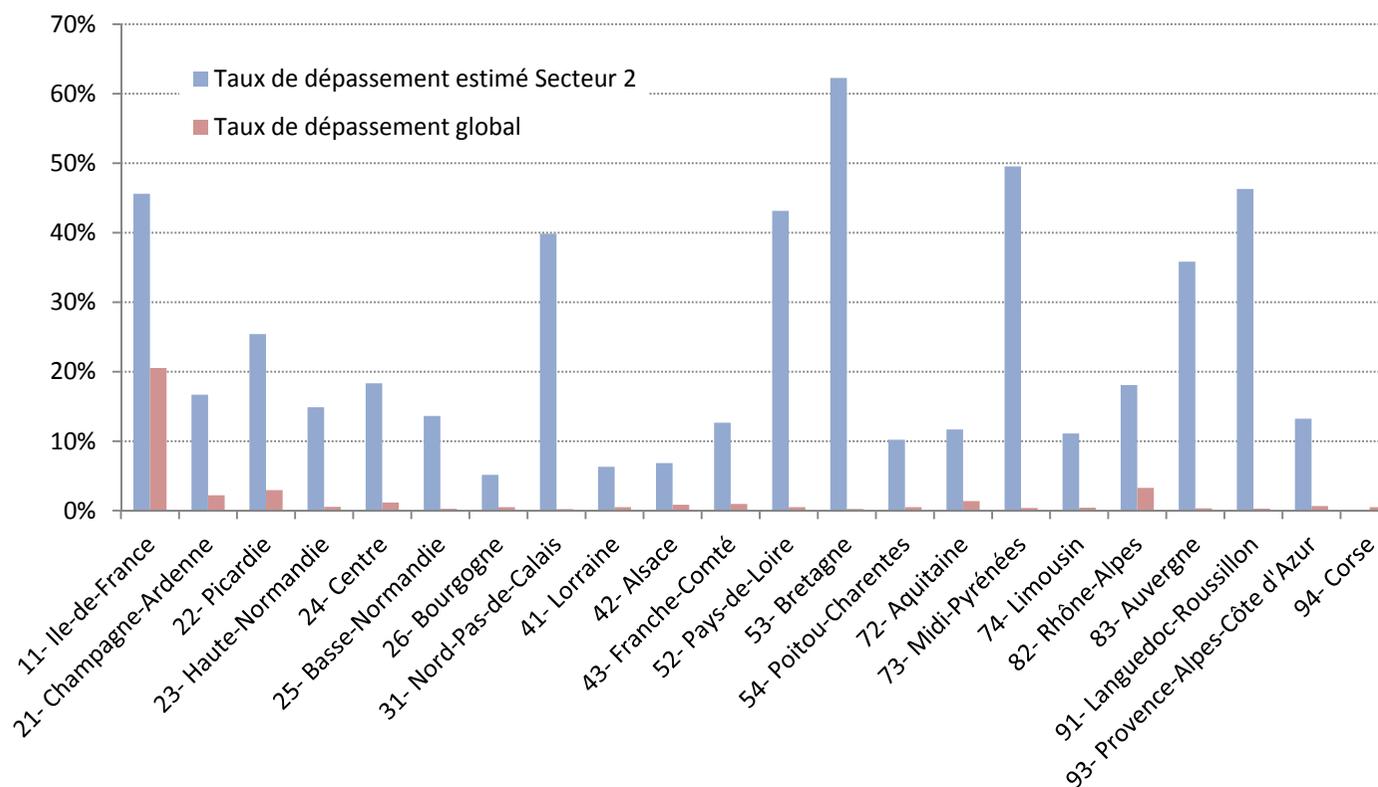
**Poids des différentes spécialités
France métropolitaine 2012**



CONSEQUENCES DU CONTRAT D'ACCES AUX SOINS (CAS)

- Illustration de la disparité des dépassements par région

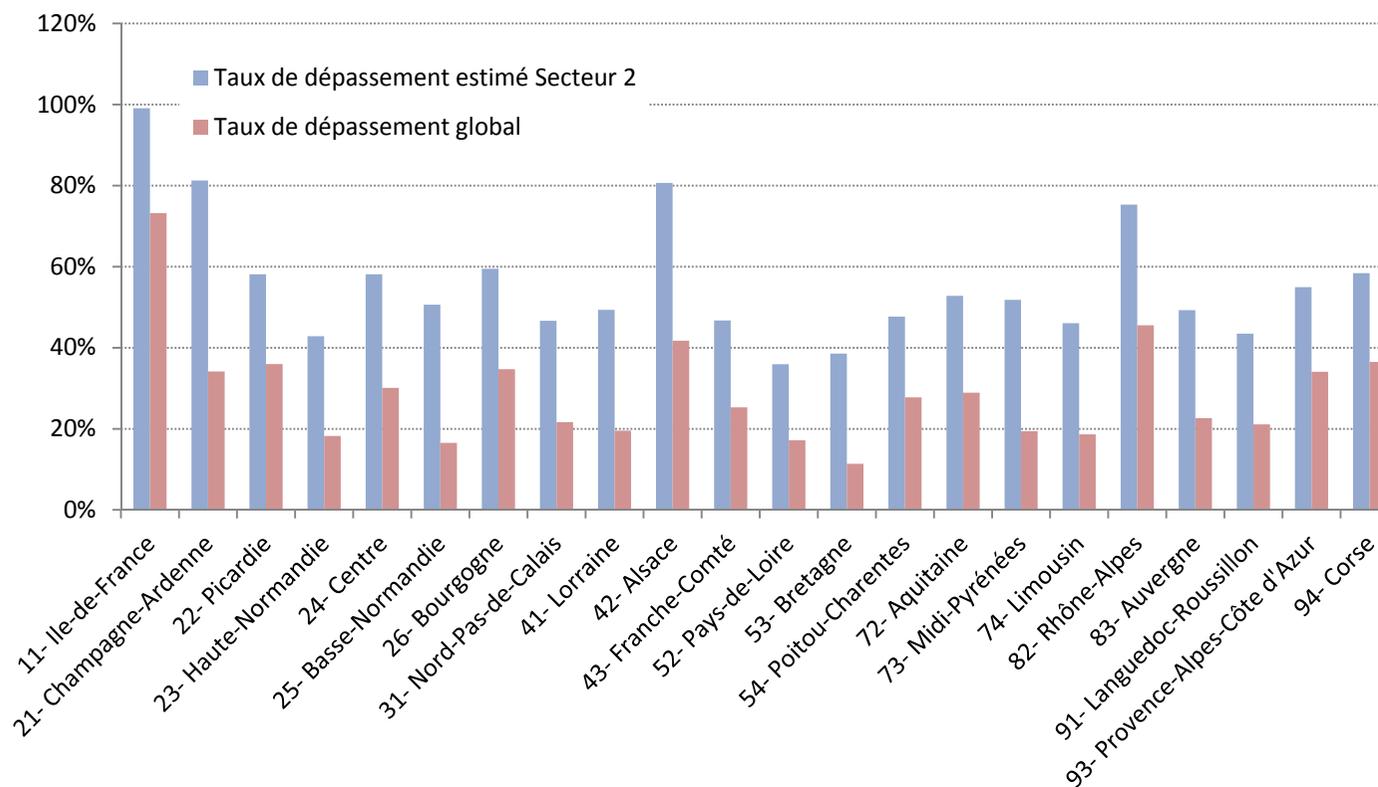
Taux de dépassement Radiologie 2012



CONSEQUENCES DU CONTRAT D'ACCES AUX SOINS (CAS)

- Illustration de la disparité des dépassements par région

Taux de dépassement Ophtalmologie 2012



CONSEQUENCES DU CONTRAT D'ACCES AUX SOINS (CAS)

- Illustration de l'impact de l'adhésion au CAS d'un médecin Secteur 1
 - Dépassement moyen cible : 20%

Part sans dépass.	Taux de dépass. sur la part avec dépass.	Revenu net CAS / revenu net hors CAS ¹
30%	29%	102%
40%	33%	104%
50%	40%	106%
60%	50%	108%
70%	67%	110%
80%	100%	112%
90%	200%	114%
100%		100%

CONSEQUENCES DU CONTRAT D'ACCES AUX SOINS (CAS)

- Illustration de l'impact de l'adhésion au CAS d'un médecin Secteur 2
 - Pratique tarifaire maintenue
 - Dépassement moyen : 40%

Part sans dépass.	Taux de dépass. sur la part avec dépass.	Revenu net CAS / revenu net hors CAS ¹
0%	40%	100%
10%	44%	102%
20%	50%	104%
30%	57%	106%
40%	67%	107%
50%	80%	109%
60%	100%	111%
70%	133%	113%
80%	200%	115%
90%	400%	117%

CONSEQUENCES DU CONTRAT D'ACCES AUX SOINS (CAS)

- Pour les médecins de secteur 1, le CAS ouvre une possibilité de dépassement permettant une majoration des revenus dépendant du niveau de dépassement autorisé
- Pour les médecins de secteur 2
 - Lorsque le taux moyen de dépassement dépasse 100%, le CAS ne présente pas d'intérêt financier
 - En revanche, lorsque ce n'est pas le cas, l'optimisation financière consisterait à majorer la part des honoraires à tarif opposable en contrepartie de dépassements élevés sur le reste de l'activité
- Le CAS devrait avoir un effet limité sur les complémentaires compte tenu de la faible proportion de praticiens ayant adhéré
 - Cet effet devrait toutefois être positif au travers de la hausse du remboursement de la Sécurité sociale, la hausse des honoraires des praticiens de secteur 1 n'annulant pas a priori cet avantage
 - Une interrogation subsiste : les praticiens ne seront-ils pas tentés de majorer leurs dépassements pour les patients bénéficiant d'une couverture santé de bon niveau (typiquement contrat d'entreprise), concentrant leur activité à tarif opposable au profit des retraités, bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS ...



- 1. Conséquences de l'avenant relatif à la Convention Médicale**
- 2. Panier de soins minimum**
- 3. Contrat responsable**

GENERALISATION DES COMPLEMENTAIRES SANTE

- Contrat « sécurisation »
 - La loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 faisant suite à l'ANI du 11 janvier 2013 prévoit une généralisation des complémentaires santé à compter du 1er janvier 2016 et a institué une couverture minimale, les contrats devant être solidaires et responsables
 - Négociations à compter du 1^{er} juillet 2014 dans les entreprises (...) qui ne sont pas couvertes (...) par une couverture collective à adhésion obligatoire (...) dont chacune des catégories de garanties et la part de financement assurée par l'employeur sont au moins aussi favorables que pour la couverture minimale (...)
 - L'employeur assure au minimum la moitié du financement de cette couverture
 - La question de la portée de cette répartition 50 / 50 de la cotisation santé dans le cadre de la loi de sécurisation (niveau minimal uniquement ou intégralité du régime mis en place) n'a pas trouvé de réponse claire à ce stade
 - Le décret du 8 septembre 2014 détermine le niveau minimum de prise en charge de ces dépenses

GENERALISATION DES COMPLEMENTAIRES SANTE

- Couverture minimale (décret du 8 septembre 2014)
 - Prise en charge à 100% du Forfait Journalier Hospitalier sans limitation de durée
 - Prise en charge du Ticket Modérateur pour les actes remboursés par la Sécurité sociale sauf :
 - Cures thermales
 - Pharmacie remboursée à 15% (vignette orange – Service Médical Rendu faible)
 - Homéopathie et pharmacie remboursée à 30% (vignette bleue – SMR modéré)
 - Prise en charge à hauteur d'au moins 125% BR¹ des prothèses dentaires et de l'orthodontie, a priori y compris remboursement de la Sécurité sociale
 - Forfait² de prise en charge des lunettes, dans la limite d'un équipement (2 verres + 1 monture) tous les 2 ans sauf en cas de changement de correction et pour les moins de 18 ans de :
 - 100 euros par équipement à verres « simples »
 - 200 euros par équipement à verres « complexes »
 - 150 euros par équipement comportant un verre de chacune des catégories précédentes

¹ Base de remboursement de la Sécurité sociale

² A priori y compris remboursement de la Sécurité sociale

GENERALISATION DES COMPLEMENTAIRES SANTE

- Couverture minimale (décret du 8 septembre 2014)
 - Définition des catégories de verres
 - Verres « simples »
 - Verres simple foyer dont la sphère est comprise entre $-6,00$ et $+6,00$ dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à $+4,00$ dioptries
 - Verres « complexes »
 - Verres simple foyer dont la sphère est supérieure à $-6,00$ ou $+6,00$ dioptries ou dont le cylindre est supérieur à $+4,00$ dioptries
 - Verres multifocaux ou progressifs



1. **Conséquences de l'avenant relatif à la Convention Médicale**
2. **Panier de soins minimum**
3. **Contrat responsable**

NOUVELLES CONDITIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- La LFSS¹ pour 2014 a modifié les conditions des contrats responsables (L871-1 du Code de la Sécurité sociale)
 - Outre la communication annuelle du montant et de la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme (arrêté 8 juillet 2013)
 - Et les conditions antérieures sur les garanties (non prise en charge des forfaits et franchises, prises en charge dans le cadre du parcours de soins)
 - De nouvelles conditions sont nécessaires
 - En attente d'un décret
- Conséquences à défaut d'application du contrat responsable :
 - Pas d'exonération des cotisations de l'employeur de l'assiette des cotisations sociales
 - Pas de déductibilité fiscale pour le salarié (pour la part de financement salarial)
 - Taxation à 20,27% au lieu de 13,27%

NOUVELLES CONDITIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- Prévues initialement au 1er janvier 2015, l'application des nouvelles conditions est reportée par la LFRSS¹ du 8 Août 2014
 - Les nouvelles conditions entrent en vigueur pour les contrats conclus, souscrits ou renouvelés à compter du 1er avril 2015
 - Dérogation pour les contrats résultant d'un acte du L911-1² conclu avant la LFRSS jusqu'à l'entrée en vigueur de la prochaine modification desdits actes postérieure à la LFRSS et au plus tard jusqu'au 31/12/2017, dès lors qu'ils y ouvriraient droit

¹ Loi de financement rectificative de la Sécurité sociale

² Accord collectif, referendum ou décision unilatérale de l'employeur

NOUVELLES CONDITIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- Conséquences pour les entreprises³
 - Si un accord collectif n'est pas modifié après le 8 août 2014, possibilité tant qu'il n'est pas modifié de conserver un contrat non responsable au plus tard jusqu'au 31/12/2017
 - Si un accord collectif est modifié à partir du 1er avril 2015, application du contrat responsable à la date d'effet des modifications
 - Si un accord collectif est modifié avec une date d'effet entre le 8 août 2014 et le 31 mars 2015, 2 interprétations à ce stade :
 - Application immédiate du contrat responsable
 - Application au plus tard au 1/1/2016

EVOLUTION DU CONTRAT RESPONSABLE (d'après projet de décret du 29/08/2014)

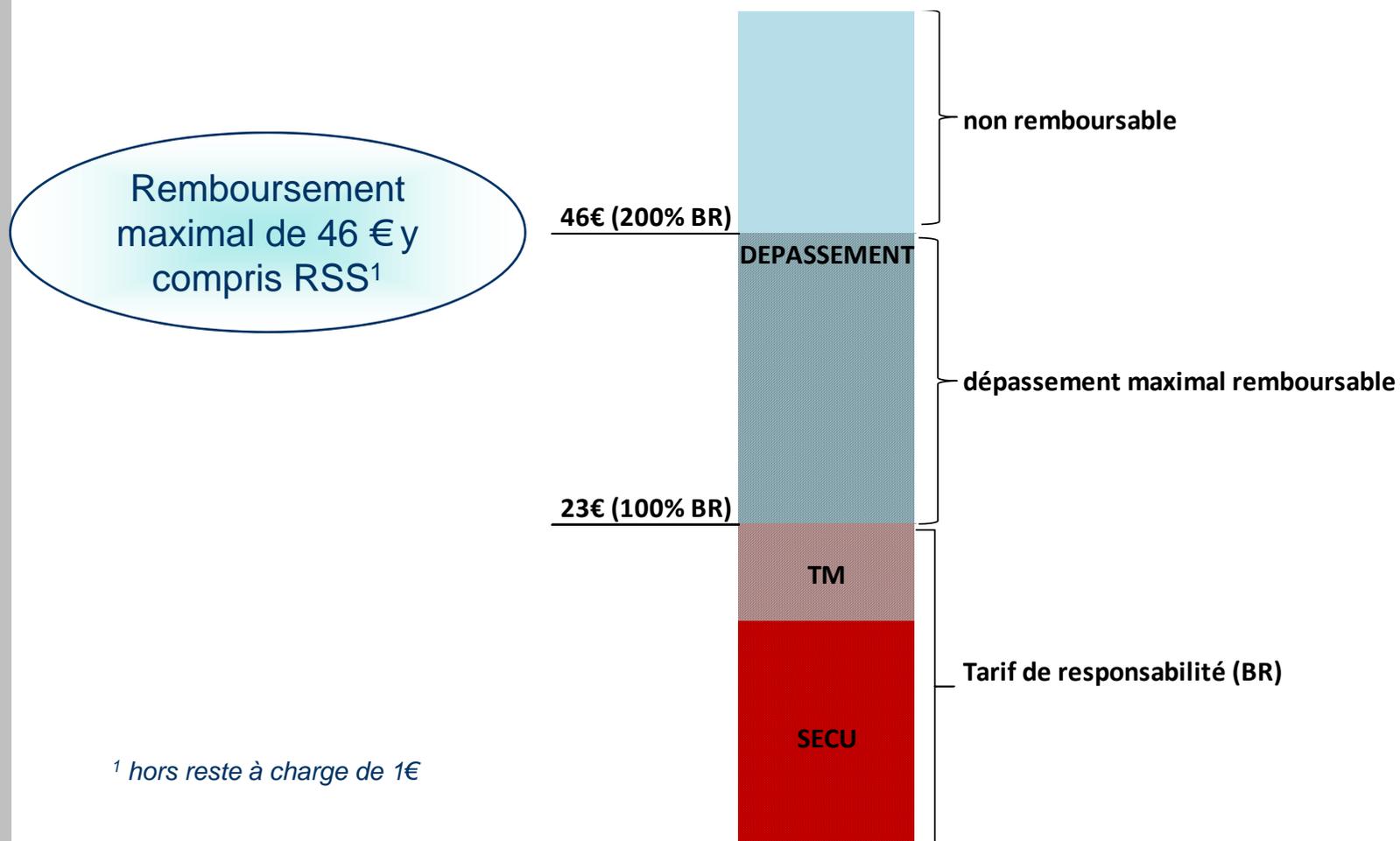
- Prise en charge à 100% du Forfait Journalier Hospitalier sans limitation de durée
- Prise en charge du Ticket Modérateur pour les actes remboursés par la Sécurité sociale sauf :
 - Cures thermales
 - Pharmacie remboursée à 15% (vignette orange – Service Médical Rendu faible)
 - Homéopathie et pharmacie remboursée à 30% (vignette bleue – SMR modéré)

EVOLUTION DU CONTRAT RESPONSABLE (d'après projet de décret du 29/08/2014)

- Dépassements d'honoraires :
 - Plafonnement des remboursements des dépassements d'honoraires pour les médecins n'adhérant pas au contrat d'accès aux soins (CAS) selon une double limitation :
 - 100%¹ de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)
 - Exemple : prise en charge maximale (y compris Sécurité sociale) de 46 € pour une consultation de spécialiste dont la base de remboursement est de 23 €
 - Montant pris en charge pour les médecins ayant adhéré au CAS minoré de 20% BR
 - Seraient concernés tous les dépassements d'honoraires :
 - Consultations
 - Actes techniques médicaux
 - Honoraires chirurgicaux et médicaux en hospitalisation
 - Radiologie

EVOLUTION DU CONTRAT RESPONSABLE (d'après projet de décret du 29/08/2014)

- Exemple de montant maximal remboursable pour un spécialiste du secteur 2 (avec dépassements autorisés) n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins :



EVOLUTION DU CONTRAT RESPONSABLE (d'après projet de décret du 29/08/2014)

- Modalités d'application du plafonnement du remboursement des honoraires des médecins
 - Les bases de remboursement étant différentes selon que le médecin a ou non adhéré au CAS, la détermination du « montant pris en charge pour les médecins ayant adhéré au CAS minoré de 20% BR » soulève certaines questions
 - Connaissance du montant pris en charge pour les médecins ayant adhéré au CAS
 - Base de remboursement retenue pour la minoration de 20% BR
 - Une interprétation¹ de la modulation d'honoraires consiste à prévoir un écart de remboursement d'au moins 20% BR entre les prises en charge maximales CAS et hors CAS
 - Exemples
 - 180% BR - RSS dans CAS / 160% BR - RSS hors CAS
 - 250% BR - RSS dans CAS / 200% BR - RSS hors CAS

EVOLUTION DU CONTRAT RESPONSABLE (d'après projet de décret du 29/08/2014)

- Modalités d'application du plafonnement du remboursement des honoraires des médecins
 - Illustration : Consultation de spécialiste
 - BR hors CAS : 23 €
 - BR secteur 1 et CAS : 28 € (CS : 23 € + majo. 5 €)

	Situation actuelle			Max contrat responsable hors CAS		
	Secteur 1	Secteur 2 dans CAS	Secteur 2 hors CAS	Calcul exact base BR hors CAS	Calcul exact base BR CAS	Garantie CAS – 20% BR
Frais engagés						
• CS	23,00 €	50,00 €	55,00 €	55,00 €	55,00 €	55,00 €
• Majorations	5,00 €	5,00 €	- €	- €	- €	- €
Sécurité sociale						
• CS	16,10 €	16,10 €	16,10 €	16,10 €	16,10 €	16,10 €
• Majorations	3,50 €	3,50 €	- €	- €	- €	- €
Compl.						
• CS : 100% BR	6,90 €	23,00 €	23,00 €	19,90 €	18,90 €	18,40 €
• Majo. : TM	1,50 €	1,50 €	- €	- €	- €	- €
SS + Complémentaire	28,00 €	44,10 €	39,10 €	36,00 €	35,00 €	34,50 €
Reste à charge	0,00 €	10,90 €	15,90 €	19,00 €	20,00 €	20,50 €

EVOLUTION DU CONTRAT RESPONSABLE (d'après projet de décret du 29/08/2014)

- Modalités d'application du plafonnement du remboursement des honoraires des médecins
 - Illustration : Accouchement par césarienne au cours du travail, par laparotomie
 - BR secteur 1 et CAS : 404,31 €
 - BR hors CAS : 313,50 €

	Situation actuelle			Max contrat responsable hors CAS		
	Secteur 1	Secteur 2 dans CAS	Secteur 2 hors CAS	Calcul exact base BR hors CAS	Calcul exact base BR CAS	Garantie CAS – 20% BR
Frais engagés	404,31 €	700,00 €	700,00 €	700,00 €	700,00 €	700,00 €
Sécurité sociale	404,31 €	404,31 €	313,50 €	313,50 €	313,50 €	313,50 €
Compl. à 250% BR	0,00 €	295,69 €	386,50 €	232,99 €	214,83 €	313,50 €
SS + Complémentaire	404,31 €	700,00 €	700,00 €	546,49 €	528,33 €	627,00 €
Reste à charge	0,00 €	0,00 €	0,00 €	153,51 €	171,67 €	73,00 €

EVOLUTION DU CONTRAT RESPONSABLE (d'après projet de décret du 29/08/2014)

- Optique
 - Limitation de la prise en charge à un équipement¹ tous les 2 ans sauf en cas de changement de correction et pour les – de 18 ans auquel cas les forfaits s'appliquent sur une année
 - Dès lors qu'il y a une prise en charge des dépassements, remboursement² minimal et maximal (y compris ticket modérateur) par équipement, selon la correction des verres
 - Verre « simple »
 - Verre unifocal de sphère comprise entre -6,00 et +6,00 ou de cylindre inférieur ou égal à + 4,00
 - Verre « complexe »
 - Verre unifocal de sphère supérieure à -6,00 ou +6,00 ou de cylindre supérieur à 4,00
 - Verre multifocal ou progressif
 - Verre « hypercomplexe »
 - Verre pour adulte multifocal ou progressif sphéro-cylindrique de sphère hors zone de -8,00 à +8,00
 - Verres pour adulte multifocal ou progressif sphérique de sphère hors zone de -4,00 à +4,00

¹ Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour un équipement composé de deux verres et d'une monture

² A priori en plus du remboursement de la Sécurité sociale

EVOLUTION DU CONTRAT RESPONSABLE (d'après projet de décret du 29/08/2014)

- Optique
 - Comparaison des derniers projets

	Projet de mars (max)	Projet de mai (min / max)	Projet de juin (min / max)	Projet de sept. (min / max)
Monture	100 € max	100 € max	150 € max	150 € max
Equipement (une monture + 2 verres)				
2 verres simples	De 450 € en 2015 à 300 € en 2018	50 € (100 € pour l'ANI) / 450 €	50 € (100 € pour l'ANI) / 450 €	50 € (100 € pour l'ANI) / 470 €
2 verres complexes	De 700 € en 2015 à 500 € en 2018	200 € / 700 €	200 € / 700 €	200 € / 750 €
2 verres hypercomplexes	De 700 € en 2015 à 500 € en 2018	200 € / 700 €	200 € / 800 €	200 € / 850 €
1 verre simple + 1 verre complexe	nd	125 € / 575 €	125 € / 575 €	125 € / 610 €
1 verre simple + 1 verre hypercomplexe	nd	125 € / 575 €	125 € / 625 €	125 € / 660 €
1 verre complexe + 1 verre hypercomplexe	nd	200 € / 700 €	200 € / 750 €	200 € / 800 €

EVOLUTION DU CONTRAT RESPONSABLE (d'après projet de décret du 29/08/2014)

- Impact de la mise en œuvre du contrat responsable pour les complémentaires
 - Baisse de la charge de 3,5% à 5,5% selon les régimes
 - Optique
 - Plafonnement à une paire tous les 2 ans (lorsqu'il n'était pas déjà prévu) : -2,5% à -3,5%
 - Plafonnement des remboursements
 - Variable selon les contrats mais concernera en priorité les montures et les verres progressifs
 - Selon toute vraisemblance, adaptation des comportements entraînant un impact limité sur le reste à charge
 - Honoraires des médecins
 - Le plafonnement des dépassements devrait constituer une économie de 1% à 2 % pour les régimes complémentaires, cette économie variant selon le niveau des garanties des régimes, la localisation des assurés
 - En l'état actuel des adhésions au CAS (relativement limitées), le reste à charge des salariés devrait absorber la baisse des remboursements complémentaires, au moins partiellement, et devrait donc connaître une hausse

SOMMAIRE

I – RETRAITE

- a. Les décrets d'application de la loi de janvier 2014
- b. Les négociations en cours à l'ARRCO et l'AGIRC

II – REGIMES DE FRAIS DE SANTE

- a. Conséquences de l'avenant relatif à la Convention Médicale
- b. Panier de soins minimum
- c. Contrat responsable

III – ENVIRONNEMENT DE LA PREVOYANCE SANTE

- a. Evolutions prévisibles pour 2015
- b. Portabilité
- c. Caractère collectif obligatoire
- d. Point sur les projets de décrets relatifs aux clauses de recommandation / haut degré de solidarité



- 1. Evolutions prévisibles pour 2015**
- 2. Portabilité**
- 3. Caractère collectif obligatoire**
- 4. Point sur les recommandations / désignations**

MODALITES DE CALCUL DES IJ

- Un décret du 20 août simplifie les modalités de calcul des indemnités journalières à effet du 1er janvier 2015
 - Simplification des modalités de calcul du gain journalier (seules 3 situations de paie sont retenues contre 5 auparavant)
 - Pour le plafonnement, la référence est le SMIC applicable le dernier jour du mois civil précédant l'arrêt
 - Et non le SMIC applicable pour chaque paie prise en compte
 - Pour les Accidents du travail – Maladies professionnelles, le calcul du gain journalier net résulte de l'application d'un taux forfaitaire de 21% représentatif des cotisations légales et conventionnelles
 - Actuellement, prise en compte des cotisations salariales et de la CSG applicables au salarié

LES MESURES DU PLFSS¹ POUR 2015

- Dépenses de santé
 - Un objectif d'économies de 3,2 Milliards d'euros pour la branche Maladie
 - Des mesures d'économies pour ramener l'ONDAM² à 2,1% en 2015
 - Baisse des prix des médicaments et dispositifs médicaux (1 milliard)
 - Conséquences a priori positives sur les complémentaires
 - Baisse de durée des séjours à l'hôpital (virage ambulatoire, 370 Millions)
 - Conséquences a priori négatives sur les complémentaires
 - Pertinence et bon usage des soins (baisse des tarifs et volumes à l'hôpital, 1,1 milliard)
 - Mesures d'efficience à l'hôpital (520 millions) ...

¹ *Projet de loi de financement de la Sécurité sociale*

² *Objectif national des dépenses de l'Assurance Maladie*

LES MESURES DU PLFSS¹ POUR 2015

- CSG à taux réduit (article 7)
 - Les évolutions relatives à l'application du taux réduit de CSG évoquées pour les pensions de retraite concernent également les indemnités journalières et les pensions d'invalidité
- Transfert de l'IJ maternité au parent survivant en cas de décès de la mère
 - Quelle que soit la raison du décès
- Réforme du capital décès (article 52)
 - Actuellement fixé à 91,25 fois le gain journalier de base avec un minimum de 1% PASS (375,48 € pour 2014) et un maximum de 25% PASS (9 387 € pour 2014), le montant serait désormais forfaitaire
 - Le niveau évoqué est de 25% SMIC annuel (4 336 € pour 2014)
 - Le capital serait donc inchangé pour les personnes rémunérées au SMIC, majoré pour les personnes percevant moins que le SMIC (temps partiel, chômeur) et minoré pour les autres

LES MESURES DU PROJET DE LA LOI DE SANTE POUR 2015

- **Axe 1 - Prévenir avant d'avoir à guérir**
 - Désigner un médecin traitant pour les enfants
- **Axe 2 - Faciliter la santé au quotidien**
 - Généraliser le tiers payant, supprimer l'avance de frais chez le médecin
 - Etendre le bénéfice des tarifs sociaux pour les lunettes, les prothèses auditives et les soins dentaires aux bénéficiaires de l'ACS
 - Permettre l'action de groupe en santé (« class action »)
- **Axe 3 - Innover pour consolider l'excellence de notre système de santé**
 - Permettre aux professionnels de mieux coordonner le parcours de leur patient
 - Relance du Dossier Médical Partagé
 - Moderniser les pratiques et les professions de santé
 - Le métier d'infirmier clinicien sera reconnu : celui-ci pourra formuler un diagnostic, établir une prescription, participer à des activités de prévention dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire
 - Les sages-femmes pourront vacciner l'entourage des femmes et des nouveau-nés : père, fratrie, grands-parents et personnes impliquées dans la garde de l'enfant
 - Les pharmaciens pourront pratiquer la vaccination
 - Les médecins du travail, sages-femmes et infirmiers pourront prescrire les substituts nicotiniques
 - Les sages-femmes pourront réaliser des IVG médicamenteuses



- 1. Evolutions prévisibles pour 2015**
- 2. Portabilité**
- 3. Caractère collectif obligatoire**
- 4. Point sur les recommandations / désignations**

PORTABILITE – LES PRINCIPALES MESURES

- Les salariés garantis collectivement bénéficient du maintien à titre gratuit de leur couverture prévoyance et santé en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :
 - Le maintien est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois
 - Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur
 - Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise
 - Le maintien ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période
 - L'ancien salarié justifie auprès de son ancien employeur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article
 - L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail

PORTABILITE – LE CALENDRIER

- Une entrée en vigueur :
 - Au 1er juin 2014 pour les frais de santé
 - Au 1er juin 2015 pour la prévoyance

- Un coût pouvant être très variable d'une entreprise à l'autre, dépendant principalement :
 - De la proportion de CDD dans le régime
 - De la proportion de licenciés ou ruptures conventionnelles
 - ...

- Selon nos estimations sur une dizaine de régimes prévoyance, une charge en année pleine de 1% à 4% des prestations du régime
 - Coût proportionnellement moindre que pour la santé
 - Moindre recours en cas d'incapacité (arbitrage en faveur des allocations chômage en l'absence de maintien employeur pendant la période de franchise)
 - Moindre indemnisation de l'incapacité du fait du plafonnement au regard des allocations chômage (57% du salaire)
 - Compte tenu de l'entrée en vigueur en cours d'année, l'impact 2015 ne devrait représenter qu'environ 20% de la charge en année pleine



- 1. Evolutions prévisibles pour 2015**
- 2. Portabilité**
- 3. Caractère collectif obligatoire**
- 4. Point sur les recommandations / désignations**

CARACTERE COLLECTIF ET OBLIGATOIRE

- 11 janvier 2012 : parution du décret relatif aux caractères collectif et obligatoire (création de 6 articles précisant le R242-1 du code de la Sécurité sociale)
 - Entrée en vigueur le lendemain de la publication
 - Exonération jusqu'au 31 décembre 2013 pour les contrats en bénéficiant auparavant
- 25 Septembre 2013 : parution de la Circulaire de la Direction de la Sécurité sociale
 - Report d'application du décret au 1er juillet 2014
- 4 février 2014 : parution d'une circulaire complémentaire sous forme d'un Questions / Réponses
- 8 juillet 2014 : parution d'un nouveau décret
 - Pour l'essentiel, il entérine certaines dispositions figurant dans les circulaires de la DSS

LE CARACTERE COLLECTIF

- Catégories objectives :
 - Les garanties prévues par un ou par plusieurs dispositifs doivent couvrir l'ensemble des salariés. Ces garanties peuvent également ne couvrir qu'une ou plusieurs catégories de salariés sous réserve que ces catégories permettent de couvrir tous les salariés que leur activité professionnelle place dans une situation identique au regard des garanties concernées
 - Par exception, possibilité de limiter les catégories couvertes à partir de « critères » :

	Critère 1	Critère 2	Critère 3	Critère 4	Critère 5
	Catégories cadres / non cadres	Seuil de rémunération	Catégories des conventions collectives	Sous-catégories des conventions collectives	Catégories issues d'usages
Retraite	cadre général			cadre particulier²	
Incapacité, invalidité, décès ¹					
Maladie	si tous les salariés sont couverts				

¹ Utilisation des critères 1, 2 ou 3 pour le décès s'il est associé à de l'incapacité, de l'invalidité ou de l'inaptitude (sauf application 1,5% tranche A de la CCN des cadres de 1947)

² L'employeur doit justifier du caractère objectif des catégories instituées

LE CARACTERE COLLECTIF

- Critère 2
 - Le décret remplace la notion de tranche de rémunération par celle de **seuil défini par référence aux limites inférieures des tranches de rémunération ARRCO AGIRC**
 - A priori, les seuls seuils autorisés seraient 1 PSS et 4 PSS
 - Quid de dérogations admises, par ex. à 2 ou 3 PSS, par le circulaire du 25 sept. 2013 ?
 - Le décret exclut explicitement la catégorie des salariés dont la rémunération excède 8 PSS
 - Comme déjà indiqué par l'administration, ce critère vise à n'autoriser que 2 catégories : celle se situant au-dessus du seuil et celle se situant en-deçà
 - Quid de l'aménagement des cotisations selon TA – TB – TC ?
 - Nécessité de revoir les modalités particulières de cotisations en tranche D (par ex. du fait de l'existence d'une cotisation de réassurance au vu des montants en jeu) ou de garanties (par ex. absence de rentes décès) ?
- Critère 3
 - « L'appartenance aux catégories et classifications professionnelles » est remplacée par « **la place dans les classifications professionnelles** »
 - La circulaire précisait que ce critère visait le 1er niveau de classification des salariés défini par la convention collective dont relève l'employeur
 - Quelles sont les conséquences de cette nouvelle rédaction qui ne se réfère plus aux catégories ?

LE CARACTERE COLLECTIF

- Critère 4
 - Les critères de niveau de responsabilité, de type de fonctions ou de degré d'autonomie correspondant aux sous-catégories fixées par les conventions collectives sont complétés par le critère **d'ancienneté dans le travail** (et non dans l'entreprise)
- Critère 5
 - Le critère est élargi afin d'intégrer une partie des critères définis en marge des 5 critères principaux par la circulaire du 25 septembre 2013
 - L'appartenance aux catégories définies à partir des usages constants, généraux et fixes en vigueur dans la profession est complétée par :
 - **L'appartenance au champ d'application d'un régime légalement ou réglementairement obligatoire** assurant la couverture du risque concerné (Alsace-Moselle, régimes spéciaux)
 - **L'appartenance à certaines catégories spécifiques de salariés définies par les stipulations d'une convention collective**, d'un accord de branche ou d'un accord national interprofessionnel caractérisant des conditions d'emploi ou des activités particulières (intermittents, pigistes, intérimaires...)
 - Ces critères permettent-il de distinguer les VRP ? Les salariés détachés à l'étranger ?

LE CARACTERE COLLECTIF

- Pluralité de dispositifs : prise en compte de l'ensemble des actes de mise en œuvre
- Garanties identiques pour tous les salariés d'une même catégorie
 - Pas de catégories ou de différences de garanties / cotisations liées :
 - Au temps de travail
 - A la nature du contrat
 - A l'âge
 - A l'ancienneté
 - Concernant les conditions d'ancienneté, la circulaire précise que l'accès aux garanties (obligation de cotiser et accès aux prestations) peut être réservé aux salariés ayant plus de 6 mois d'ancienneté en frais de santé
 - Possibilité d'avoir des garanties plus favorables en fonction des conditions d'exercice de l'activité pour les prestations de prévoyance complémentaire
- Mandataires sociaux
 - Possibilité d'étendre le régime aux mandataires sociaux non titulaires d'un contrat de travail :
 - Lorsqu'une décision du conseil d'administration le prévoit (sauf si la catégorie est définie par référence au champ de la convention AGIRC)
 - Copie du procès verbal à tenir à la disposition de l'URSSAF

LE CARACTERE COLLECTIF

- Les contributions de l'employeur doivent être fixées à un taux (exprimé en pourcentage de la rémunération) ou à un montant uniforme pour l'ensemble des salariés ou pour tous ceux d'une même catégorie mais certaines particularités sont admises :
 - La mise en place de taux croissants en fonction de la rémunération du salarié, dans la mesure où **une progression au moins aussi importante** s'applique également à la contribution du salarié, pour les prestations de retraite supplémentaire, d'incapacité de travail, d'invalidité ou d'inaptitude
 - Le décret confirme que cette faculté n'est autorisée, pour le bénéfice de l'exemption d'assiette, que si la part patronale reste constante mais aussi décroît à mesure que la rémunération du salarié augmente
 - Différence de taux ou de montant recouvrant une différence entre catégories objectives, par exemple, catégories définies par les tranches de rémunération
 - Sont tolérées des contributions en partie forfaitaires et en partie assises sur la rémunération, des contributions exprimées sous forme de taux avec plancher et/ou plafond
 - Le décret conforte la position de la circulaire sur **l'exonération de la participation patronale à la couverture des ayants-droit sous réserve que l'affiliation des ayants-droit soit obligatoire (sauf cas de dispense identiques à ceux prévus pour les salariés)**
 - Le décret confirme que **pour les salariés multi-employeurs, les cotisations peuvent être réparties entre les employeurs**
 - La méthode de partage reste à valider

LE CARACTERE OBLIGATOIRE

- Les exceptions à l'adhésion du salarié qui peuvent être prévues explicitement dans l'acte de mise en œuvre du régime sont détaillées page suivante
 - Le décret confirme la position de la circulaire selon laquelle **les dispenses peuvent être introduites lors de la modification d'un acte**
 - Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés (et les justificatifs le cas échéant)
 - Le décret précise que **cette demande doit comporter la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix**
 - Le décret confirme la position de la circulaire qui autorisait la **dispense des salariés embauchés avant la mise en œuvre d'un régime instauré par décision unilatérale**
 - Le décret autorise **la dispense des salariés à temps très partiel, des CDD et des apprentis pour les régimes mis en place par décision unilatérale**
 - Le décret introduit les contrats de mission aux côtés des CDD
 - **Les salariés bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS peuvent être dispensés tant qu'ils bénéficient de ces aides**
 - Auparavant, la dispense cessait à l'échéance du contrat

LE CARACTERE OBLIGATOIRE

- Les exceptions à l'adhésion du salarié qui peuvent être prévues explicitement dans l'acte de mise en œuvre du régime :

		Acte de mise en œuvre			
		Justificatif	Décision unilatérale	Accord collectif	Referendum
Salariés déjà couverts par ailleurs	Embauchés avant la mise en place du régime	Demande	Oui		
	Temps partiel pour lesquels la cotisation (part salariale) représente 10% ou plus de la rémunération brute	Demande	Oui	Oui	Oui
	CDD ou apprentis "< 12 mois"	Demande	Oui	Oui	Oui
	CDD ou apprentis ">= 12 mois" couverts par ailleurs	Demande + tous documents d'une couverture individuelle - même type de garantie	Oui	Oui	Oui
	Bénéficiaires de la CMU ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé	Demande	Oui	Oui	Oui
	Salariés couverts par une assurance individuelle jusqu'à l'échéance suivante du contrat individuel	Demande	Oui	Oui	Oui
	Salariés bénéficiant par ailleurs, y compris en qualité d'ayants droit, de l'un des dispositifs : <ul style="list-style-type: none"> contrat collectif obligatoire régime Alsace-Moselle régime des IEG contrat avec participation de l'Etat contrat avec participation d'une collectivité territoriale 	Demande + justificatifs annuels	Oui	Oui	Oui



- 1. Evolutions prévisibles pour 2015**
- 2. Portabilité**
- 3. Caractère collectif obligatoire**
- 4. Point sur les recommandations / désignations**

CONSEQUENCES DE LA FIN DES DESIGNATIONS

- La décision du Conseil constitutionnel du 13 juin 2013 mettant fin aux désignations s'appliquent aux accords conclus à compter du 1er janvier 2014
- Les accords conclus antérieurement restent valides jusqu'à la fin de leur période maximale de réexamen (au plus 5 ans)
 - Dans un arrêt du 16 octobre 2014, la Cour d'appel de Paris précise que :
 - Les entreprises ayant adhéré avant le 16 juin 2013¹ à un contrat mis en œuvre dans le cadre d'une désignation sont tenues jusqu'à la fin de la désignation
 - Les entreprises n'ayant pas adhéré à cette date ne peuvent plus être contraintes par la clause de désignation
- A l'issue de ces périodes de validité et pour les nouveaux accords, les entreprises sont donc libres de contracter auprès de l'organisme de leur choix, sous réserve de respecter les conditions de couverture prévues par les accords

NOUVELLES MODALITÉS DE RECOMMANDATION

- Au niveau de l'accord :
 - Exigence d'un degré élevé de solidarité
 - Projet de décret en circulation
 - Mise en concurrence réalisée dans des conditions de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement entre les candidats
 - Projet de décret en circulation
 - Clause de réexamen quinquennal
 - Possibilité de prévoir que certaines des prestations nécessitant la prise en compte d'éléments relatifs à la situation des salariés ou sans lien direct avec le contrat de travail sont financées et gérées de façon mutualisée pour l'ensemble des entreprises entrant dans le champ de l'accord
 - Décret en attente
- Au niveau des organismes recommandés :
 - Affiliation obligatoire de toute entreprise relevant du champ d'application de l'accord
 - Application d'un tarif unique et de garanties identiques pour toutes les entreprises et pour tous les salariés concernés
 - Rapport sur la mise en œuvre du régime adressé annuellement au ministre chargé de la Sécurité sociale
 - Son contenu doit être précisé par décret
 - Application potentielle d'un forfait social majoré

NOUVELLES MODALITÉS DE RECOMMANDATION

- Au niveau de l'accord :
 - Exigence d'un degré élevé de solidarité
 - Projet de décret en circulation
 - Mise en concurrence réalisée dans des conditions de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement entre les candidats
 - Projet de décret en circulation
 - Clause de réexamen quinquennal
 - Possibilité de prévoir que certaines des prestations nécessitant la prise en compte d'éléments relatifs à la situation des salariés ou sans lien direct avec le contrat de travail sont financées et gérées de façon mutualisée pour l'ensemble des entreprises entrant dans le champ de l'accord
 - Décret en attente
- Au niveau des organismes recommandés :
 - Affiliation obligatoire de toute entreprise relevant du champ d'application de l'accord
 - Application d'un tarif unique et de garanties identiques pour toutes les entreprises et pour tous les salariés concernés
 - Rapport sur la mise en œuvre du régime adressé annuellement au ministre chargé de la Sécurité sociale
 - Son contenu doit être précisé par décret
 - Application potentielle d'un forfait social majoré