



AG2R LA MONDIALE

ÉLABORATION D'UN CAHIER DES CHARGES PRÉVOYANCE ET SANTÉ

L'ESSENTIEL

L'élaboration d'un cahier des charges est un document à réaliser en amont de tout appel d'offre prévoyance ou frais de santé. Il permet en effet, d'exprimer les besoins et attentes d'une entreprise, de ses salariés et des partenaires sociaux auprès d'un organisme assureur, en vue de la

mise en place d'un régime de prévoyance, ou de frais de santé. La rédaction d'un cahier des charges permet également à l'organisme assureur de répondre à la demande sans interprétation.

SOMMAIRE - AVRIL 2016

- 02 QUELLES SONT LES
INFORMATIONS
À FAIRE FIGURER
 - 02 CHOISIR UN MODE DE MISE EN
PLACE PROPRE À L'ENTREPRISE
 - 03 CONNAÎTRE LES ATTENTES ET
LES BESOINS DES SALARIÉS
 - 03 LES POINTS PRIORITAIRES EN
PRÉVOYANCE
 - 03 LES POINTS PRIORITAIRES EN
SANTÉ
 - 04 CAS PARTICULIER DES CCN
 - 04 PRÉCONISATIONS ET PIÈGES
À ÉVITER
-

QUELLES SONT LES INFORMATIONS À FAIRE FIGURER ?

Que cela soit dans le cadre d'une mise en place, d'un avenant ou d'une annexe à la convention ou encore dans le cadre de la négociation d'un nouvel accord avec plusieurs organismes assureurs, les points suivants sont essentiels pour aboutir à un bon accord.

Ces points constituent la base d'un cahier des charges :

- Le périmètre des entreprises ou filiales objet de l'étude.
- Choix du mode de mise en place : accord collectif, référendum ou Décision Unilatérale de l'Employeur (DUE).
- Définition de la ou des catégories de salariés concernés par l'accord.
- Les conditions d'accès au régime. Indications claires de toute limitation de garantie doivent être clairement indiquées : périodes de franchises, exclusions...
- Définition des prestations et niveau de prise en charge pour chacun des risques couverts : maladie, invalidité, décès.
- En santé, la structure de cotisation.
- Mode de revalorisation des salaires de référence permettant par exemple de revaloriser les prestations périodiques : indemnités journalières, rentes d'invalidité, de conjoint ou d'éducation.
- Les critères de revalorisation des rentes (Rentes d'invalidité, de conjoint ou d'éducation) point ARRCO/AGIRC inflation...
- Pour mémoire : répartition de la prise en charge de la cotisation entre l'employeur et le salarié (et éventuellement, incidences sur cette répartition en fonction des évolutions des cotisations)
- Les conditions de maintien des garanties en cas de résiliation du contrat ou de changement d'organisme assureur, pour les risques en cours (loi Evin du 31 décembre 1989, article 4 et 5 en annexe).
- Modalités et conditions tarifaires en cas de maintien de la couverture à titre individuel aux salariés en cas de départ à la retraite ou/et pour les ayants droits d'un salarié décédé.
- La création d'une commission paritaire de suivi du régime doit être prévue, avec définition de ses missions (examen des comptes et du rapport annuel,

projet de notice remis aux salariés...) et de sa composition. (Art. L 2232- 8-9-10 du Code du travail), prévoit en faveur des salariés d'entreprises participants aux négociations, la mise en place de dispositions relatives aux modalités d'exercice du droit de s'absenter à la compensation des pertes de salaires ou au maintien de ceux-ci, ainsi qu'à l'indemnisation des frais de déplacement. La création d'une commission de suivi n'est pas une obligation légale, mais c'est une forte recommandation : sinon c'est l'employeur qui décide. (L'autorité de contrôle dans certains contrats l'a imposé)

- La date de prise d'effet, la durée, les modalités de renouvellement et de dénonciation du contrat de la convention ou de l'accord
- En cas de remplacement, la copie des contrats et des comptes de résultats...

FOCUS SUR LES STRUCTURES DE COTISATION

Uniforme : cotisation identique pour l'ensemble des salariés couverts. La famille du salarié est également couverte.

Isolé Famille : le salarié choisit en fonction de sa situation familiale et de ses besoins, soit la cotisation isolé (il sera le seul à être couvert) soit la cotisation famille (sa famille sera également couverte).

Adulte Enfant : il s'agit d'une cotisation par individu avec une cotisation pour chaque adulte et chaque enfant de la famille selon le choix du salarié.

1/2/3 bénéficiaires : le salarié choisit sa cotisation : 1, 2 ou 3 bénéficiaires et plus en fonction de ses besoins.

CHOISIR UN MODE DE MISE EN PLACE PROPRE À L'ENTREPRISE

ACCORD D'ENTREPRISE

Le régime est institué par un acte écrit entre l'employeur et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des salariés. En pratique, l'accord s'impose à l'ensemble des salariés présents dans l'entreprise et aux futurs embauchés, y compris le précompte salarial quand il est prévu. Le formalisme de la conclusion, modification, dénonciation d'un accord conventionnel est régi par les dispositions du droit du travail.

RÉFÉRENDUM

Il s'agit d'un accord proposé par l'employeur et ratifié par la majorité des salariés inscrits par référendum. En pratique, l'accord référendaire s'impose à l'ensemble

des salariés présents dans l'entreprise et aux futurs embauchés, y compris le précompte salarial.

Une information complète du personnel est obligatoire concernant tous les objets de la consultation (nature et niveau des prestations, répartition de la cotisation entre employeur et salarié, incidences de la résiliation du contrat, etc.).

DÉCISION UNILATÉRALE DE L'EMPLOYEUR

Par la décision unilatérale de l'employeur, le régime à adhésion obligatoire est institué à l'initiative exclusive de l'employeur. Les salariés déjà présents dans l'entreprise lors de la mise en place, ne peuvent être contraints à adhérer, à condition que la décision unilatérale de l'employeur le prévoie.

CONNAÎTRE LES ATTENTES ET LES BESOINS DES SALARIÉS

Qu'il s'agisse d'une négociation de branche ou d'entreprise, il est intéressant de collecter des données sur les salariés : l'âge moyen des effectifs, la répartition homme / femme, les catégories socioprofessionnelles, les salaires perçus, les situations de famille. En effet, les besoins des salariés concernés par l'accord négocié sont très différents selon qu'il s'agit de jeunes ayant un ou plusieurs enfants en bas âge ou de salariés proches du départ à la retraite, qui n'ont plus d'enfants à charge par exemple.

La nature des contrats de travail est également un élément dont il convient de tenir compte.

En effet, si l'activité de l'entreprise / de la branche l'amène à recourir régulièrement aux contrats à durée déterminée, à l'intérim, à embaucher des salariés saisonniers ou des jeunes en contrat d'apprentissage, les situations dans lesquelles le salarié pourrait être dispensé de s'affilier au régime de branche devront être étudiées très attentivement.

Les bilans sociaux annuels, des enquêtes de branche sur les conditions de travail, les données statistiques des assureurs de protection sociale ayant des contrats en toute ou partie avec les branches concernées (occurrence des maladies, « sociologie » de la branche) peuvent vous être utiles.

LES POINTS PRIORITAIRES EN PRÉVOYANCE

| Décès | Incapacité de travail |
|--|--|
| Majoration ou non en cas d'accident | Durée de la franchise |
| Rente et/ou capital | Indemnisation limitée au salaire net ? |
| Rente de conjoint/rente éducation | Incapacité temporaire ? Permanente ? |
| Ocirp | Durée de l'indemnisation |
| Exclusion (suicide, ...) | Ajout de la garantie invalidité, incapacité permanente professionnelle (catégories prises en charge) |
| Définition du conjoint et des enfants à charge | Exclusions |

LES POINTS PRIORITAIRES EN SANTÉ

| Santé |
|---|
| Financement ou non des ayants droit |
| Extension ou non aux ayants droit |
| Couverture des dépassements d'honoraires |
| Grille optique |
| Garantie inflationniste ou maîtrisable ? |
| Garanties frais réels limités à un niveau de prestation minimum |
| Garantie Sécurité sociale incluse ou en complément ? |
| Sorties de groupe (Loi Evin) |
| Qualité du gestionnaire |
| Les cas de dispense d'affiliation |

RAPPEL

Époux, concubins, partenaires de PACS, enfants, personnes à charges sont des ayants droit qui ont la possibilité de bénéficier de la couverture santé du salarié.

ANI

Depuis le 1^{er} Janvier 2016, un changement important intervient dans chaque entreprise.

Tout employeur a l'obligation légale de proposer à ses salariés une complémentaire santé ou mutuelle d'entreprise.

Aussi appelé « santé pour tous ! » ce nouveau dispositif a été signé par les partenaires sociaux en 2013 dans le cadre de l'Accord National Interprofessionnel.

Toutes les entreprises du secteur privé sont concernées : celles n'ayant pas encore de mutuelle d'entreprise, mais aussi celles disposant déjà d'une mutuelle et qui devront en adapter les garanties. Cette loi marque une évolution importante de la couverture sociale en France. Elle a pour but d'offrir une couverture minimale à tous.

LE « PANIER DE SOIN »

Le forfait hospitalier : 18 euros pour le forfait journalier hospitalier en hôpital ou en clinique et 13,50 euros en psychiatrie. La prise en charge des frais d'hospitalisation, des consultations, des actes techniques et de la pharmacie remboursée (65% et 30%), est au minimum fixée au niveau du ticket modérateur. **Soins dentaires** : 125% de la BRSS 134 euros pour une couronne dentaire. **Frais d'optique** : 100 euros pour les verres simples, 200 euros pour les verres complexes, 150 euros pour un équipement mixte (un verre simple et un verre complexe). Les forfaits mentionnés s'entendent par période de deux ans, sauf pour les mineurs ou en cas de changement de correction ; dans les deux cas la durée est réduite à un an.

LE CONTRAT RESPONSABLE

La notion de contrat responsable s'applique aux contrats santé collectifs et individuels.

Il a pour objectif d'encadrer les dépenses en imposant le respect d'un certain nombre d'obligations et d'interdictions en termes de prestations santé.

Renforcement des conditions du contrat responsable
La Loi de financement de la Sécurité sociale de 2014 renforce les conditions d'un contrat « responsable » (Modification de l'article L. 871-1 code de la sécurité sociale) par de nouvelles dispositions.

Dorénavant, les contrats responsables devront respecter les planchers et les plafonds définis par décret pour les prestations santé suivantes :

- les consultations et visites réalisées dans le cadre du parcours de soins,
- le forfait journalier hospitalier sans limitation de durée,
- les frais optiques et les soins dentaires prothétiques ou d'orthodontie dentofaciale.

À NOTER Bénéficiaire d'un contrat responsable permet à une entreprise de voir la taxe sur le contrat de complémentaire santé réduite de 7% et de bénéficier d'avantages fiscaux et sociaux. Les cotisations étant déductibles de son résultat imposable et exonérées de cotisations de Sécurité sociales.

CAS PARTICULIER DES CCN

La convention collective dont relève l'entreprise peut également prévoir que l'employeur complète les indemnités journalières avant le 8^e jour d'arrêt de travail (dès le premier jour par exemple). Elle peut également prévoir un montant d'indemnisation plus élevé et/ou prévoir des périodes de versement du complément de rémunération plus longues que les périodes indiquées dans le tableau ci-dessus.

La convention collective peut prévoir :

- une extension de la période de versement du complément de rémunération par l'employeur ;
- une réduction voire une suppression du délai de carence ;
- une augmentation du montant du complément de rémunération versé par l'employeur ;
- en santé, des garanties supérieures au panier de soins ANI.

PRÉCONISATIONS ET PIÈGES À ÉVITER

Il est nécessaire lors de la définition des garanties, de rechercher un niveau de couverture sur la majorité des actes et de ne pas fixer celui-ci sur des cas de dépassements peu fréquents.

L'objet d'une garantie est de couvrir dans de bonnes conditions une majorité d'assurés, et de limiter la partie des garanties en apparence « généreuse » qui en fait ne serviront pas ou seulement dans des cas très limités.

LES GARANTIES INUTILES

Des garanties aux frais réels sur des actes comme les soins dentaires, sur lesquels aucun dépassement d'honoraire n'est autorisé.

LES GARANTIES TROP ÉLEVÉES

La « sur-couverture » de certains actes pour lesquels les assurés payent une cotisation élevée, alors qu'ils n'en ont pas besoin.