

L'ACCORD NATIONAL INTERPROFESSIONNEL (ANI) DU 11 JANVIER 2013



Généralisation de la complémentaire santé collective

Une couverture complémentaire santé pour tous les salariés, c'est ce que prévoit la loi du 14 juin 2013 sur la sécurisation de l'emploi transposant l'ANI du 11 janvier 2013 :

1. L'obligation pour l'employeur de mettre en place une couverture complémentaire santé collective et obligatoire pour TOUS les salariés

Toutes les entreprises du secteur privé sont concernées, quel que soit leur taille et le secteur d'activité.

Ainsi, les entreprises de moins de 50 salariés, et les secteurs d'activité qui ne relevaient pas du champ de l'ANI du 11 janvier 2008 portant sur la portabilité des garanties (agriculture, économie sociale et solidaire, professions libérales, etc....) sont cette fois concernés.

Il existe cependant certains cas de dispenses d'affiliation pouvant être prévus dans l'acte juridique du régime. Pour plus de détails, consultez la fiche pratique Ociane. « Contrat obligatoire : Les avantages fiscaux et sociaux ».

2. Un niveau de garanties minimum déterminé par la loi : le panier de soins

Le contenu du panier de soins est précisé dans le décret du 8 septembre 2014. La couverture santé minimale est la suivante :

Soins de ville ⁽²⁾	▶ 100% de la BR ⁽¹⁾ Sauf Cure thermale
Frais d'hospitalisation	▶ 100% de la BR ⁽¹⁾ + Forfait hospitalier illimité
Pharmacie SMR important ⁽³⁾	▶ 100% de la BR ⁽¹⁾
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	▶ 125% de la BR ⁽¹⁾
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	▶ 125% de la BR ⁽¹⁾
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	▶ 100€ par an
Lunettes : Monture + Verres simples	▶ 100€ tous les 2 ans
Lunettes : Monture + Verres mixtes (1 simple + 1 complexe)	▶ 125€ tous les 2 ans
Lunettes : Monture + Verres complexes	▶ 200€ tous les 2 ans

(1) BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale.

(2) Ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors d'une hospitalisation ou d'un hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux : consultations de médecins généralistes ou spécialistes en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires, consultations dispensées à l'hôpital en dehors des situations d'hospitalisation ...

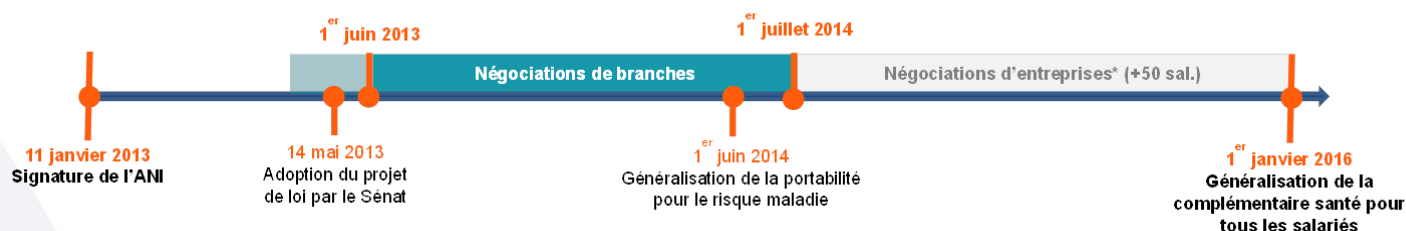
(3) Médicaments à SMR (Service Médical Rendu) important : remboursement à 65% par l'Assurance maladie.

Ce panier de soins devra également respecter les obligations de prise en charge et de non prise en charge des contrats solidaires et responsables, ainsi que le cadre légal et réglementaire de l'exonération sociale des régimes collectifs et obligatoires de protection sociale complémentaire.

3. Le financement pris en charge à 50 % minimum par l'employeur.

L'employeur est tenu de prendre en charge au moins 50% de la cotisation obligatoire du salarié, quel que soit le niveau de garantie souscrit.

4. Avant le 1^{er} janvier 2016



- ▶ **Avant le 1^{er} juin 2013** : les branches professionnelles doivent ouvrir des négociations en vue de permettre aux salariés qui ne bénéficient pas encore d'une couverture collective d'accéder à cette dernière (= **accord de branche**).

Il revient alors aux partenaires sociaux de fixer les garanties prises en charge, les modes de financement des cotisations et le cas échéant de recommander un ou plusieurs organismes assureurs.

- ▶ **A défaut d'accord de branche signé avant le 1^{er} juillet 2014**, les entreprises de 50 salariés et plus non couvertes, ou déjà couvertes par des garanties moins favorables que le panier minimal, doivent ouvrir des négociations en vue de parvenir à l'objectif de généralisation (= **accord d'entreprise**).

Sont visées par cette obligation de négocier, les entreprises où ont été désignées un délégué syndical, et celles tenues d'engager une négociation sur la couverture complémentaire de frais de santé dans le cadre des négociations annuelles obligatoires.

- ▶ **Au plus tard à compter du 1^{er} janvier 2016, à défaut d'accord d'entreprise**, l'accord prévoit que les entreprises seront tenues de faire bénéficier les salariés non couverts, d'une couverture collective de frais de santé couvrant un panier de soins minimal déterminé par la loi et dont le financement sera partagé par moitié entre salariés et employeurs (= **Décision Unilatérale de l'Employeur**).

Mutualisation de la portabilité

Pour plus de détails, consultez la fiche pratique Ociane. « **Loi EVIN & ANI : Départ de l'entreprise** ».

Le nouvel article L911-8 du code de la Sécurité sociale généralise la portabilité pour les demandeurs d'emploi* issue de l'ANI du 11 janvier 2008, en modifiant quelques caractéristiques :

- ▶ **La durée maximale de la portabilité est portée de 9 à 12 mois à compter de la cessation du contrat de travail.**
- ▶ La portabilité continue à être conditionnée à la perception de l'assurance chômage.
- ▶ La portabilité est réservée aux seules garanties en vigueur chez le dernier employeur ; l'évolution des garanties pendant la période de portabilité s'applique également aux anciens salariés.
- ▶ La portabilité concerne l'ensemble des garanties prévoyance et santé.
- ▶ La portabilité doit faire l'objet d'une information par l'employeur du salarié portée sur le certificat de travail, et de l'assureur.
- ▶ Le financement de la portabilité sera désormais mutualisé.

Ainsi, le maintien des garanties des couvertures complémentaires santé s'effectue désormais à titre gratuit : le coût de la portabilité est réparti entre l'entreprise et l'ensemble des salariés en activité, et financé par les cotisations, de telle sorte que l'ancien salarié n'a pas à verser de cotisation au-delà du terme de son contrat de travail.

**Le dispositif prend effet au 1^{er} juin 2014 pour les garanties santé
et au 1^{er} juin 2015 pour les garanties prévoyance.**

* Anciens salariés, ayant au moins un mois complet d'ancienneté chez son ancien employeur, bénéficiaire de l'assurance chômage, et dont la rupture du contrat de travail n'est pas consécutive à une faute lourde.