

Par Patricia PENGOV

GUIDE PRATIQUE

Pour la mise en place et le suivi de régime de prévoyance santé des branches professionnelles ou des entreprises

I. Mise en place d'une obligation en matière de prévoyance et /ou santé

a. Les différents types de régimes en accord de branche

Les obligations en matière de prévoyance et de santé au niveau d'une branche peuvent-être de différentes natures : les partenaires sociaux peuvent définir un taux de cotisations minimal, des garanties minimales ou les deux.

Par exemple, on peut prévoir dans la convention collective une obligation en matière de taux de cotisation à hauteur de 1 % du salaire tranche A, tranche B, avec au moins 200 % du salaire tranche A, tranche B, en cas de décès.

Outre l'obligation de prévoir un régime de prévoyance et/ou de frais de santé, les partenaires sociaux souhaitent également souvent instaurer une mutualisation au niveau de la branche. A cette fin, les partenaires de la branche définissent un niveau de garanties minimum très précis et détaillé, et mènent un appel d'offres qui conduira au choix d'un ou plusieurs organismes d'assurance avec un taux de cotisations négocié, inscrit dans la convention.

Pour le choix de cet ou de ces organismes, on rencontre 3 cas de figures principaux :

> Le ou les organismes d'assurances sont préconisés (ou recommandés)

Il n'y a aucune obligation pour les entreprises de la branche d'adhérer auprès de ce(s) organisme(s). Une préconisation permet une grande souplesse pour les entreprises dans le choix de leur organisme d'assurance, par contre elle empêche toute mutualisation. Les entreprises ayant « un bon risque », préférant aller auprès d'organismes d'assurances proposant un taux de cotisations plus bas, le(s) organisme(s) préconisé(s), se retrouve(nt) donc avec les mauvais risques ce qui conduit mécaniquement au dérapage des résultats : le taux de cotisation n'est alors plus tenable. La mutualisation recherchée, n'est pas mise en œuvre.

> Le ou les organismes d'assurance sont désignés

Dans ce cas les entreprises n'ayant pas d'organisme d'assurance avant cette désignation doivent rejoindre le(s) organisme(s) désigné(s) ; ceux ayant déjà un organisme doivent se mettre en conformité avec la convention collective, mais peuvent rester auprès de ce dernier. On peut ou non prévoir dans la convention collective que si ces entreprises souhaitent changer, ils doivent rejoindre l'organisme désigné. Cette solution permet une bonne mutualisation surtout pour les petites entreprises qui sont souvent sans couverture, tout en permettant aux entreprises qui le souhaitent de conserver leur organisme d'assurances.

> Le ou les organismes d'assurance sont désignés avec migration obligatoire

Dans ce dernier cas, toutes les entreprises y compris celles couvertes auprès d'un autre organisme d'assurance sont obligées de rejoindre le (ou les) organisme(s) désigné(s). C'est la solution permettant la meilleure mutualisation. Par contre, toutes les entreprises et notamment les plus grosses rechignent de rejoindre le(s) organisme(s) désigné(s).

b. Mécanisme de mise en place en entreprise ou en accord de branche

Pour la mise en place d'un régime de prévoyance et/ou santé, il convient de mener, avec un actuair, une étude préalable afin de chiffrer le régime souhaité. Cela permet d'éviter des allers-retours avec les organismes d'assurances et de calibrer au mieux les garanties et le coût. Cela permet également de juger de la pertinence des taux de cotisations proposés par les différents organismes d'assurances en réponse de l'appel d'offres afin de détecter ceux qui ont fait du dumping etc. En outre la réglementation est complexe et un actuair aide à la décrypter. Pour mémoire citons, les obligations liées à la loi EVIN, celles de la CCN des cadres de 1947, l'ANI etc...

b.1. Régime frais de santé

Un régime santé doit être responsable (cf. encadré de définitions) afin de bénéficier des déductions fiscales et sociales.

Il convient de plafonner les garanties afin qu'elles soient non inflationnistes et qu'on puisse maîtriser les dépenses de santé.

Les partenaires sociaux définissent l'expression des cotisations.

Elle peut être ou non fonction de la composition de la famille suivant la mutualisation familiale souhaitée : une cotisation dite « Famille », couvrira tous les membres de la famille pour le même prix par salarié ; a contrario le coût d'une cotisation « Adulte/Enfant » dépendra de la présence ou non d'un conjoint et du nombre d'enfants à charge du salarié. On trouve aussi des structures intermédiaires (par exemple Isolé / Famille...).

Le coût d'un régime de santé ne dépend pas du salaire. C'est pourquoi, de nombreux régimes ont un coût mensuel en € ou en pourcentage du PMSS. Mais, s'ils le souhaitent, les partenaires sociaux peuvent décider que la cotisation dépendra en tout ou partie du salaire.

Doivent également être définies les personnes à couvrir tant pour le conjoint (marié, pacsé, concubin,..), sous condition que ce dernier travaille ou non, que pour les enfants, (choix des limites d'âge et des conditions : études, à la recherche d'un premier emploi, etc.).

Le choix de la définition du conjoint et des enfants a bien sûr un impact sur le coût du régime.

Lorsque la cotisation dépend de la composition familiale, l'adhésion des ayants droits (conjoint, enfants) peut-être obligatoire ou facultative sachant que les conséquences fiscales et sociales diffèrent.

b.2. Régime prévoyance

En prévoyance, les garanties en cas de décès peuvent se présenter soit sous la forme d'un régime unique soit d'un régime à options au choix du salarié.

Dans le cas d'un régime unique, les garanties peuvent être par exemple :

- > un capital décès égal à 200% du salaire et une rente éducation égale à 7% du salaire.

Dans le cas du régime à options, les garanties peuvent être par exemple :

- > option 1 : un capital décès égal à 300% du salaire
- > option 2 : un capital décès égal 200% du salaire et une rente éducation égale à 7% du salaire).

La construction du régime est donc une phase importante afin que le régime final corresponde au choix des partenaires sociaux. Parmi les garanties possibles, citons par exemple une majoration de la garantie décès en cas de décès par accident et si oui de quel ordre, une garantie allocation obsèques qui couvre la famille,....

En arrêt de travail, le versement de l'indemnité peut démarrer à l'issue d'une **franchise fixe** (nombre de jours d'arrêts déterminés, par exemple 90 jours) ou en **relais de l'obligation de maintien de salaire par l'employeur**.

Les partenaires sociaux doivent également décider des éventuelles **exclusions** (nous recommandons de n'en prévoir aucune autre que la guerre qui est exclu par la loi), de la mise en place ou non de **contrôles médicaux**, de l'indice de revalorisation des rentes,....

Dans le cadre d'une désignation, **le régime peut prévoir également la couverture immédiate en décès et en arrêt de travail, des salariés encore à l'effectif mais en arrêt de travail**. C'est une mesure sociale importante. Un mécanisme de financement de ces arrêts en cours, est généralement prévu dans le régime.

b.3. Autres points

Dans le cahier des charges de l'appel d'offres, les partenaires sociaux doivent outre les points évoqués ci-dessus prévoir :

- les conséquences de changement d'organismes d'assurances au cours de la vie du régime, et notamment le sort des sinistres en cours à la date de la résiliation ou du transfert
- un régime à destination des droits de suite Loi Evin (Cf encadré) et notamment à destination des retraités en cas de mise en place d'un régime de santé.
- la mise en place d'un compte de participation aux bénéfiques. Ce compte a pour but d'affecter les éventuels excédents du régime, pour partie à un fond social à destination des salariés du régime, pour partie à une provision d'égalisation permettant d'amortir les écarts de sinistralité d'un exercice sur l'autre et de rendre une partie des excédents du régime de prévoyance santé à ce dernier.

II. Suivi d'un régime conventionnel ou pas en prévoyance et/ou santé

Une fois mis en place, un régime de prévoyance santé doit être suivi régulièrement par les partenaires sociaux avec l'aide d'un actuinaire.

Ce suivi doit porter sur plusieurs points :

a. Suivi des résultats

Au moins une fois par an (et parfois 2 en frais de santé), l'organisme d'assurances doit remettre à la commission paritaire des résultats détaillés afin de mesurer l'équilibre du régime.

Les comptes de résultats peuvent être présentés de deux manières :

- **Les comptes par exercice comptable** : chaque somme est rattachée à son exercice de comptabilisation. Cette présentation permet le calcul du résultat de l'organisme d'assurances et l'alimentation éventuelle de la provision d'égalisation et du fonds social.

Exemple de compte par exercice de comptable arrêté au 31/12/n

Crédit	Débit
Cotisations brutes	Prestations
Provision au 31/12/n-1	Provision au 31/12/n
Produits financiers sur PM	Frais
	Report déficitaire éventuel

- > **Les comptes par exercice de survenance** : chaque somme est rattachée à son exercice d'origine. Cette présentation permet le suivi du risque et le calcul du tarif d'équilibre. Autrement qu'en survenance le rapport sinistres / primes (S/P) encore appelé P/C : prestations/ cotisations) n'a pas de sens. C'est à partir des comptes par exercice de survenance qu'on peut juger de l'équilibre d'un tarif.

Exemple de compte par exercice de survenance arrêté au 31/12/n

Exercice de survenance	Cotisations brutes	Cotisations nettes	Prestations payées	Provisions sinistres	Intérêts techniques	Total prestations	Résultat	S/P
1	1 000	900	800	150	80	870	30	97%
2	1 200	1 080	500	400	60	840	240	78%
:								
:								
n	1 500	1 350	150	600	10	940	410	70%

Nous conseillons de demander les deux présentations.

Les points à examiner plus particulièrement sont :

- > **Les frais** sur cotisations et éventuellement sur prestation).
- > **Le calcul des provisions** qui peuvent être surestimées.

b. Analyse de la consommation médicale en frais de santé

L'organisme d'assurances doit transmettre des informations détaillées sur la consommation médicale, la couverture des dépenses par le régime, les postes de dépenses ayant des dérapages et la cause (fréquence trop importante ou surconsommation due par quelques uns)...

c. Audit de la gestion

La commission paritaire de suivi doit également s'intéresser à la qualité de la gestion :

- > **Les délais** de liquidation des sinistres et du paiement des prestations
- > **La bonne application du contrat** et notamment du calcul des prestations (remboursements frais de santé, indemnités journalières, ...)
- > **La rapidité et la qualité de l'affiliation** des salariés et de leurs ayants droits ainsi que la rapidité de leur radiation lorsqu'ils ne sont plus couverts.
- > **La qualité et la rapidité de réponse aux problèmes des entreprises**

A noter que l'organisme gestionnaire peut être différent de l'organisme d'assurances.

S'il y a plusieurs organismes gestionnaires, il faut également veiller à ce que les contrats soient appliqués de la manière quel que soit l'organisme.

d. Remarque

Les règles applicables pour un régime conventionnel sont en grande partie les mêmes que pour un régime d'entreprise sachant qu'il faut moduler les diligences à mener en fonction de la taille du contrat.

Définitions :

Actuaire : professionnel, spécialiste des statistiques et des probabilités, capable d'évaluer le risque : calcul de tarif, calcul de provisions,...

Provisions : l'organisme d'assurances doit disposer à tout moment de la somme nécessaire pour payer les sinistres survenus. Qu'ils soient connus ou non. Il est tenu d'estimer ces sinistres non entièrement réglés (par exemple un arrêt de travail en cours pour lequel le paiement de la prestation est échelonné), suivant des règles très précises. En contrepartie de cet engagement l'organisme d'assurances doit disposer des sommes nécessaires, appelées provisions.

Par exemple pour un arrêt de travail survenu le 15/01/2007 à un salarié âgé de 45 ans, l'assureur a déjà versé 10 000 € au 31/12/2009. Il doit estimer au 31/12/2009 la somme encore nécessaire pour indemniser ce sinistre jusqu'à son terme, c'est-à-dire jusqu'aux 60 ans de l'assuré, soit pendant encore peut-être 12 ans.

Le calcul de cette provision est revu chaque année, pour tenir compte des nouveaux sinistres, des sinistres clos et des informations nouvelles sur les sinistres en cours (le fait que le sinistre soit toujours en cours constituant une information nouvelle).

Les provisions doivent être suffisamment prudentes pour couvrir le risque jusqu'à son terme.

Contrat responsable : le législateur a prévu une taxation réduite et des avantages fiscaux et sociaux pour des contrats santé dit « responsables », c'est-à-dire qui respectent un certain nombre de critères :

- non pris en charge des pénalités en cas de non respect du parcours de soins ;
- prise en charge obligatoire de consultation et de prescription dans le cadre du parcours de soins ;
- prise en charge d'actes de prévention.

Droit de suite Loi Evin : l'article IV de la Loi Evin du 31 décembre 1989, prévoit que pour les retraités et les licenciés, l'organisme d'assurances doit maintenir les garanties avec un tarif n'excédant pas de plus de 50 % le tarif des actifs.