



ÉDITION 2022

LES ACCORDS DE BRANCHE EN FRAIS DE SANTÉ

ÉTAT DES LIEUX DANS LES CONVENTIONS COLLECTIVES
NATIONALES DE PLUS DE 100 000 SALARIÉS



**DIRECTION JURIDIQUE –
DIRECTION SANTÉ**

Isabelle Parienté-Mercier

Directrice juridique

Magali Sierra

Directrice Santé et Modernisation des Déclarations Sociales

Rémi Lestrade

Chargé d'études juridiques

Thibault Morselli

Chargé de mission santé

Clara Tusch

Chargée de mission santé

SOMMAIRE

04 AVANT-PROPOS

05 QUELQUES POINTS À RETENIR

06 L'ÉVOLUTION DE LA NÉGOCIATION DE BRANCHE EN FRAIS DE SANTÉ

- 06 | Un démarrage timide de la négociation de branche (2000 - 2013)
- 06 | Une accélération rapide de la négociation de branche (2014 - 2015)
- 07 | Une stagnation de la négociation de branche à partir de 2016

08 LE CONTENU DES GRANDS ACCORDS DE BRANCHE EN FRAIS DE SANTÉ

- 08 | Les clauses de recommandation d'organismes d'assurance
- 09 | L'assiette de la cotisation frais de santé
- 10 | La participation financière de l'employeur
- 10 | La répartition entre garanties obligatoires et garanties facultatives
- 12 | La complémentaire santé des retraités

14 LES GARANTIES SANTÉ DANS LES GRANDS ACCORDS DE BRANCHE

HOSPITALISATION

- 16 | Frais de séjour
- 16 | Honoraires des praticiens hospitaliers
- 17 | Forfait journalier hospitalier
- 17 | Chambre particulière et lit accompagnant

SOINS COURANTS

- 18 | Honoraires des médecins généralistes
- 19 | Honoraires des médecins spécialistes
- 19 | Médecine douce

OPTIQUE

- 20 | Équipement verres et monture
- 21 | Lentilles de contact
- 21 | Chirurgie réfractive

21 | AIDES AUDITIVES

DENTAIRE

- 22 | Soins conservateurs
- 22 | Actes prothétiques
- 24 | Inlay/Onlay
- 25 | Implantologie
- 25 | Orthodontie

26 ANNEXES

ANNEXE 1

- 27 | Liste des 22 branches de plus de 100 000 salariés ayant signé un accord en frais de santé

ANNEXE 2

- 28 | Complémentaire santé des actifs - Comparaison secteur privé / secteur public

AVANT-PROPOS

Les frais de soins de santé remboursés par la Sécurité sociale ont de tout temps fait l'objet d'un complément de prise en charge par les organismes d'assurance. Historiquement, la complémentaire santé a constitué le champ d'intervention privilégié des mutuelles régies par le code de la mutualité sous la forme de contrats individuels. Elle est devenue très tôt un sujet de négociation dans les grandes entreprises sous la forme de contrats collectifs applicables à l'ensemble des salariés. **C'est à partir des années 2000 que les branches professionnelles se sont emparées de ce sujet pour en faire un nouveau champ de la négociation collective, reconnaissant ainsi l'importance croissante de la santé dans le dialogue social portant sur les conditions de travail des salariés.** Même si le nombre d'accords de branche en frais de santé reste aujourd'hui inférieur à celui conclu en prévoyance, ce sont très majoritairement dans les branches qui se sont dotées — souvent de longue date — d'un régime de prévoyance, qu'un accord en frais de santé a été signé.

Les dernières réformes en matière de santé ont consolidé l'intervention des organismes d'assurance pour favoriser l'accès aux soins et la solvabilisation des dépenses de santé (réforme de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise et réforme du 100 % santé). Depuis le 1^{er} janvier 2016, les entreprises doivent proposer à leurs salariés une couverture complémentaire santé collective comprenant la prise en charge d'un panier de soins minimal. Si ces réformes n'ont pas eu d'impact majeur sur le taux global de couverture des salariés, c'est essentiellement par la transformation de couvertures santé individuelles en couvertures santé collectives financées au moins à hauteur de 50 % par l'employeur. **Aujourd'hui, 96 % des salariés ont accès à une assurance complémentaire santé d'entreprise (IRDES - enquête PSCE juillet 2018).**

Ces réformes qui ont généré un fort dynamisme du dialogue social sur le thème de la santé dans les branches professionnelles prouvent **l'efficacité de la négociation collective de branche** pour couvrir un nombre important de salariés dans des conditions parfaitement homogènes.

Sur 250 conventions collectives nationales recensées par le Ministère du Travail, 121 branches ont signé un accord en frais de santé couvrant 10,6 millions de salariés (soit 53 % des salariés du secteur privé)¹. **Parmi les 38 grandes branches de plus de 100 000 salariés, 22 couvrent les salariés en frais de santé. Ces 22 grandes branches couvrent à elles seules 7,6 millions de salariés (soit 38 % des salariés du secteur privé)².**

La présente étude porte sur l'évolution de la négociation de branche en frais de santé, ainsi que sur le contenu et les niveaux de garanties des grands accords de branche en frais de santé de plus de 100 000 salariés³.

¹Au 4^{ème} trimestre 2021, 20 millions de salariés occupent un emploi dans le secteur privé (Dares). La nouvelle convention collective nationale de la Métallurgie du 7 février 2022 couvre à elle seule 1,6 million de salariés. Il s'agit de la plus grande branche professionnelle en terme d'effectifs.

²En 2022, environ 200 branches sur 250 ont négocié un accord en prévoyance couvrant 16,6 millions de salariés. Les 35 grandes branches de plus de 100 000 salariés couvrent à elles seules 12,6 millions de salariés en prévoyance.

³Les informations recueillies pour la présente étude sont issues de la base de données ELnet Conventions collectives (Éditions Législatives).

QUELQUES POINTS À RETENIR...

DEPUIS LE DÉBUT DES ANNÉES 2000, LES POUVOIRS PUBLICS ONT ENCOURAGÉ LA NÉGOCIATION COLLECTIVE DE RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES DE FRAIS DE SANTÉ DANS LES BRANCHES PROFESSIONNELLES :

Les impulsions législatives ont été nombreuses ces vingt dernières années :

- Loi CMU du 27 juillet 1999 : incitation à négocier un régime de frais de santé par accord de branche.
- Loi du 13 août 2004 : réforme de l'assurance maladie et cadre légal des contrats dits « solidaires et responsables ».
- ANI du 11 janvier 2013 (article 1^{er}) : généralisation de la complémentaire santé collective d'entreprise.
- Loi du 14 juin 2013 : généralisation de la complémentaire santé collective d'entreprise.
- Loi du 22 décembre 2018 : réforme du 100 % santé en optique, dentaire et aide auditive.

Les négociateurs de branche se sont récemment saisis de la thématique complémentaire santé :

- Les accords d'entreprise en frais de santé ont largement précédé les accords de branche dont les négociations n'ont débuté que dans les années 2000 : le nombre d'accords signés dans les branches professionnelles est passé de 27 en 2007 à 138 en 2017, pour redescendre à 121 accords en 2022.
- La réduction du nombre d'accords frais de santé observée à partir de 2016 est directement liée à la restructuration des branches professionnelles (réforme de la loi « travail » d'août 2016).

La négociation de branche fixe un niveau minimal de garanties frais de santé au plus près des besoins des entreprises et des salariés :

- **Les garanties obligatoires de branche favorisent la mutualisation du coût de la complémentaire santé (co-financement employeur/salarié) :** 82 % des accords de branche de plus de 100 000 salariés prévoient 1 seul niveau de garanties obligatoires, 18 % de ces accords laissent aux entreprises le choix entre 3 à 4 niveaux. Ces garanties obligatoires sont identiques pour l'ensemble des salariés.
- **L'employeur est tenu de financer au moins 50 % de la complémentaire santé obligatoire du salarié :** 77 % des accords de branche de plus de 100 000 salariés se conforment strictement à cette obligation légale, 23 % de ces accords fixent un taux de participation patronale supérieur à 50 %.

- **Les garanties facultatives sont de plus en plus fréquentes :** 54 % des accords de branche de plus de 100 000 salariés prévoient des garanties facultatives sous forme d'une extension de la couverture santé aux ayants-droit du salarié ou d'une amélioration des garanties. Ces options facultatives sont intégralement financées par les salariés.
- 45 % des grands accords de branche en frais de santé de plus de 100 000 salariés ont signé une **clause de recommandation** dans le cadre défini à l'article L.912-1 du code de la Sécurité sociale.

Dans un contexte d'hyper-réglementation, les accords de branche proposent des garanties conformes à la législation des contrats « responsables » et du 100 % santé :

- Les garanties visées par la réglementation des contrats responsables appliquent **des planchers et des plafonds de remboursement conduisant à la définition de couvertures relativement uniformisées.**
- **Le niveau de la plupart de ces garanties se situe entre les planchers de remboursement et un niveau intermédiaire de prise en charge.** Les garanties qui atteignent les plafonds de remboursement restent rares.
- **Lorsqu'ils sortent du champ d'application de la réglementation des contrats responsables, les contenus des accords de branche se différencient :** certains accords prévoient la prise en charge d'une chambre particulière à l'hôpital, de prestations de médecine douce (psychologie, ostéopathie...), de chirurgie réfractive (optique), d'implantologie (dentaire).

L'ÉVOLUTION DE LA NÉGOCIATION DE BRANCHE EN FRAIS DE SANTÉ

UN DÉMARRAGE TIMIDE DE LA NÉGOCIATION DE BRANCHE (2000 - 2013)

Avant les années 2000, la garantie complémentaire de frais de santé ne constituait pas pour les branches professionnelles un champ habituel de la négociation collective. Les régimes de branche en frais de santé étaient extrêmement rares. Les contrats complémentaire santé des salariés étaient majoritairement institués par accord d'entreprise ou par décision unilatérale de l'employeur.

Les premières négociations consacrées aux régimes de branche en frais de santé ont débuté juste après le vote de la loi du **27 juillet 1999 sur la couverture maladie universelle** (dite loi « CMU »). La loi CMU est en effet le premier texte à avoir incité les branches à prévoir des dispositions conventionnelles sur « les modalités d'accès à un régime de prévoyance maladie », à peine de refus d'extension⁴. À cette époque, le rapporteur à l'Assemblée Nationale, M. Jean-Claude Boulard, indiquait que cette mesure se plaçait « dans une perspective d'universalité de la couverture complémentaire ».

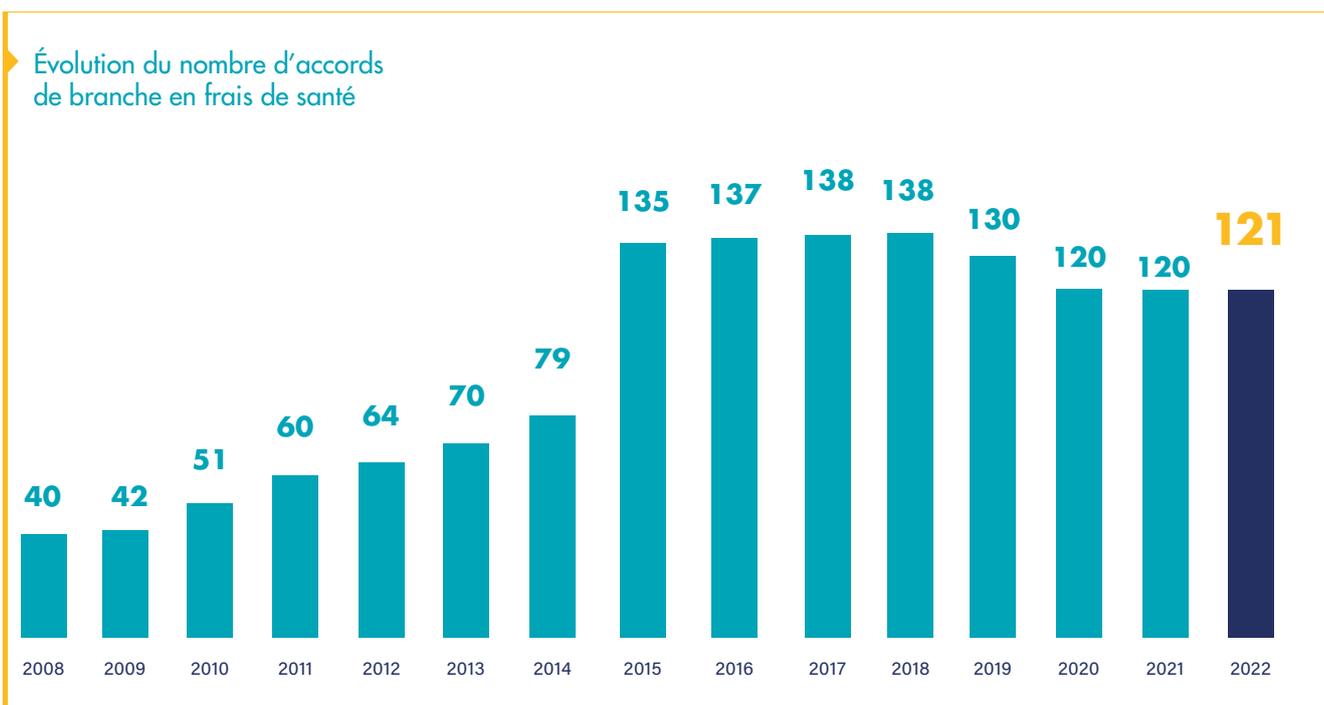
Le nombre d'accords de branche a ensuite augmenté de façon régulière après le vote de la **loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie**. Cette loi a donné naissance à la première génération des contrats solidaires et responsables. Elle a obligé toutes les branches à réviser leurs accords pour continuer à bénéficier des avantages fiscaux et sociaux attachés aux contrats collectifs.

UNE ACCÉLÉRATION RAPIDE DE LA NÉGOCIATION DE BRANCHE (2014 - 2015)

Après ces réformes, la négociation de branche en matière de complémentaire a progressivement augmenté, avec 40 accords signés en 2008 contre 70 accords en 2013. Ces accords ont été majoritairement conclus par des grandes branches professionnelles qui disposaient déjà de longue date d'un accord en prévoyance lourde (incapacité de travail, invalidité, décès, rente de conjoint, rente éducation).

La négociation de branche s'est très vite accélérée avec la réforme de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise issue de l'Accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013, transposée dans la **loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013**. Le décret du 8 janvier 2015 sur la procédure de recommandation des organismes d'assurance a donné un véritable coup d'accélérateur aux négociations de branche.

En seulement deux ans, le nombre d'accords de branche frais de santé a presque doublé sous l'impulsion de la loi du 14 juin 2013 (70 accords en 2013 et 135 accords en 2015).



⁴Ancien article L.133-5 du code du travail : « La convention de branche conclue au niveau national contient obligatoirement, pour pouvoir être étendue (...) des dispositions concernant (...) 14° Les modalités d'accès à un régime de prévoyance maladie ».

UNE STAGNATION DE LA NÉGOCIATION DE BRANCHE À PARTIR DE 2016

À partir de 2016, la signature de nouveaux accords de branche a subi un net ralentissement, laissant la place aux négociations d'entreprises. Les TPE-PME qui ne disposaient pas de couverture collective en frais de santé ont majoritairement eu recours aux décisions unilatérales de l'employeur pour se conformer à la loi de juin 2013 sur la généralisation de la complémentaire santé.

La stagnation de la négociation de branche s'est accompagnée d'une réduction du nombre de conventions collectives suite au **mouvement de restructuration des branches** prévu par la loi « Travail » du 8 août 2016 : le nombre d'accords de branche en frais de santé est ainsi passé **de 138 en 2018 à 121 en 2022**.

Ce mouvement de réduction du nombre d'accords de branche devrait vraisemblablement se poursuivre dans les années à venir, en dépit de l'importante **convention collective nationale de la Métallurgie signée le 7 février 2022 qui couvre à elle seule 1,6 million de salariés⁵**. Avec cette nouvelle convention collective, le nombre de salariés bénéficiaires de garanties de protection sociale a considérablement augmenté :

7,6 millions

de salariés sont couverts en frais de santé par seulement 22 accords de branche de plus de 100 000 salariés (soit 38 % des salariés du secteur privé)

12,6 millions

de salariés sont couverts en prévoyance par seulement 35 accords de branche de plus de 100 000 salariés (soit 63 % des salariés du secteur privé)

► Nombre d'accords en frais de santé selon la taille des branches (évolution 2018-2022)

Taille des branches	2018	2022
Plus de 100 000 salariés	25 accords	22 accords
Entre 50 000 et 100 000 salariés	15 accords	18 accords
Entre 5 000 et 50 000 salariés	75 accords	81 accords
Moins de 5 000 salariés	23 accords	-
TOTAL	138 accords en frais de santé 9 millions de salariés	121 accords en frais de santé 10,6 millions de salariés

⁵La nouvelle convention collective de la Métallurgie fusionne l'accord national des ingénieurs et cadres ainsi que 76 accords territoriaux. Le Titre XI sur la protection sociale complémentaire entrera en vigueur au plus tôt le 1^{er} janvier 2023.



PROTECTION SOCIALE DES AGENTS DE LA FONCTION PUBLIQUE D'ÉTAT, TERRITORIALE ET HOSPITALIÈRE

L'ordonnance n°2021-174 relative à la négociation et aux accords collectifs dans la fonction publique et l'ordonnance n°2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique fixent une obligation de participer au financement d'une couverture frais de santé et prévoyance des agents publics.

Cette réforme s'appliquera progressivement entre le 1^{er} janvier 2022 et le 1^{er} janvier 2026.

Elle concerne 5,6 millions agents de la fonction publique : 2,491 millions dans la fonction publique d'État, 1,935 million dans la fonction publique territoriale et 1,184 million dans la fonction publique hospitalière (Chiffres clés 2021 - Ministère de la Transformation et de la Fonction publiques).

L'Accord interministériel sur la protection sociale complémentaire dans la fonction publique de l'État a été signé le 26 janvier 2022 (Journal officiel du 6 mars 2022). Les agents de la fonction publique d'État pourront bénéficier d'un socle de garanties santé qui sera financé à 50 % par leur employeur à compter du 1^{er} janvier 2024.

Ce premier Accord cadre constituera un modèle pour les négociations sur la complémentaire santé des agents de la fonction publique territoriale et hospitalière prévue pour 2026.

(voir annexe 2 : Complémentaire santé des actifs - Comparaison secteur privé / secteur public)

LE CONTENU DES GRANDS ACCORDS DE BRANCHE EN FRAIS DE SANTÉ

LES CLAUSES DE RECOMMANDATION D'ORGANISMES D'ASSURANCE

Depuis le 1^{er} janvier 2014, le dispositif des clauses de recommandation s'est substitué dans le Code de la Sécurité sociale à celui des clauses de désignation pour assurer la couverture des garanties complémentaires en prévoyance et frais de santé. Contrairement au domaine de la prévoyance, le mécanisme de la clause de recommandation a été davantage utilisé dans les grands accords de branche en frais de santé⁶.

En effet, 10 accords de branche de plus de 100 000 salariés sur 22 ont signé une clause de recommandation (3 millions de salariés). Les mutuelles sont majoritairement recommandées (62%), devant les institutions de prévoyance (35%) et les sociétés d'assurance (3%).

► Les clauses de recommandation en frais de santé dans les accords de branche de plus de 100 000 salariés

Clause de recommandation	10 accords sur 22 (3 millions de salariés)	Mutuelles : 62 % Institutions de prévoyance : 35 % Sociétés d'assurance : 3 %
Absence de recommandation	12 accords sur 22 (4,6 millions de salariés)	-

Les organismes recommandés sont toutefois placés dans une situation paradoxale en ce qui concerne la gestion d'un régime de branche en complémentaire santé :

- Depuis la loi du 14 juillet 2019 sur la résiliation infra-annuelle des contrats santé (dite loi RIA), les organismes recommandés ne peuvent refuser l'adhésion d'une entreprise durant une durée maximale de 5 ans. A contrario, l'entreprise adhérente est en droit de résilier son contrat à tout moment après la première année de souscription.
- L'existence d'une clause de recommandation ne signifie pas que toutes entreprises se dirigent vers le(s) organisme(s) recommandé(s) par la branche. Dans les faits, **les recommandations sont suivies par les entreprises dans un cas sur deux**. En effet, l'IRDES indique que « parmi les contrats pour lesquels des organismes étaient recommandés, à peine plus d'un sur deux (53%) a été souscrit auprès de ces organismes. Pour 44% des contrats, l'organisme gestionnaire ne fait pas partie de ceux recommandés. Enfin, pour 3% des contrats, le répondant n'a pas pu indiquer si l'organisme gestionnaire était ou non celui recommandé. » (Enquête PSCE 2017, Novembre 2019, page 110).

Ce paradoxe de la loi RIA, associé au faible taux de recours aux organismes d'assurance recommandés, ne facilite pas le pilotage d'un régime de branche en frais de santé. **Les négociateurs de branche ne disposent plus de tous les éléments nécessaires pour assurer une surveillance efficace d'un régime en frais de santé.**

⁶En matière de prévoyance, le recours aux clauses de recommandations est faible dans les accords de branche : seulement 22% des grands accords de plus de 50 000 salariés ont négocié une clause de recommandation (14 accords sur 65). 78% de ces accords laissent aux entreprises la liberté de choisir leur organisme d'assurance, sans aucune recommandation (51 accords sur 65). Voir étude CTIP « Les clauses de recommandation d'organismes d'assurance dans les accords de branche en prévoyance et frais de santé – État des lieux dans les CCN de + 50 000 salariés ».

L'ASSIETTE DE LA COTISATION FRAIS DE SANTÉ

Parmi les grands accords de branche en frais de santé de plus de 100 000 salariés, **il existe 4 assiettes de cotisation différentes** servant au financement du contrat d'assurance :

- Un pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (3 428 € en 2022).
- Un montant forfaitaire en euros.
- Un pourcentage de la rémunération brute du salarié.
- Un pourcentage mixte du PMSS et de la rémunération brute.

Les assiettes les plus fréquemment utilisées sont le pourcentage du PMSS (40 % des accords) et le forfait en euros (20 % des accords) devant la rémunération brute du salarié (15 % des accords) et un pourcentage mixte du PMSS et de la rémunération brute (15 % des accords). Quelques accords de branche ne prévoient aucune assiette et renvoient ce sujet aux contrats d'assurance souscrits au sein des entreprises (10 % des accords).

Le montant global de la cotisation complémentaire santé varie en fonction du nombre de bénéficiaires du contrat : une cotisation « salarié isolé » s'applique lorsque le salarié est le seul bénéficiaire du contrat, une cotisation « famille » s'applique lorsque le salarié et ses ayants-droit sont bénéficiaires du contrat.

Selon l'IRDES, la cotisation moyenne d'une complémentaire santé s'élève à 64 € par salarié en 2017 : « ce coût vaut en moyenne 62 euros par contrat et 64 euros par salarié. Pour 10 % des contrats, la cotisation est inférieure ou égale à 24 euros. Pour 10 % des contrats coûtant le plus cher, elle est supérieure ou égale à 127 euros et pour les 10 % de salariés ayant accès aux contrats les plus chers, elle est supérieure ou égale à 124 euros. »

(Enquête PSCE 2017, Novembre 2019, page 92)

► Les cotisations santé dans les accords de branche de plus de 100 000 salariés

Assiette de la cotisation	Cotisation salarié isolé	Cotisation famille
PMSS 40 % des grands accords⁷	0,84 % à 1,48 %	2 %
Forfait 20 % des grands accords⁸	28 à 45 €	50 €
Rémunération brute 15 % des grands accords⁹	1,57 % à 3,20 %	-
Rémunération brute + PMSS 15 % des grands accords¹⁰	-	0,77 % à 1,02 % + 1 % à 1,32 %
Aucune assiette définie 10 % des grands accords	-	-

⁷Pour une cotisation salarié isolé, le taux du PMSS varie de 0,84 % (28,8 € en 2022) à 1,48 % (50,7 € en 2022). Pour une cotisation famille, le taux du PMSS est de 2 % (68,50 € en 2022).

⁸Pour une cotisation salarié isolé, le forfait varie de 28 € à 45 €. Pour une cotisation famille, le forfait est de 50 €.

⁹Pour une cotisation salarié isolé, le taux de cotisation varie de 1,57 % à 3,2 % de la rémunération brute.

¹⁰Pour une cotisation famille, le taux de cotisation varie de 0,77 % à 1,02 % de la rémunération brute et de 1 % à 1,32 % du PMSS (34,3 € à 41,5 € en 2022).

LA PARTICIPATION FINANCIÈRE DE L'EMPLOYEUR

Depuis le 1^{er} janvier 2016, l'employeur doit financer au moins 50 % de la cotisation complémentaire santé obligatoire mise en place au sein de l'entreprise (article L.911-7 du code de la Sécurité sociale).

Parmi les grands accords de branche en frais de santé de plus de 100 000 salariés :

77%

des grands accords de branche fixent le taux de participation patronale minimal à 50%.

23%

des grands accords de branche prévoient un taux de participation patronale supérieur à 50% (1 accord à 55%, 1 accord à 58%, 2 accords à 60% et 1 accord à 95%).

Les accords de branche fixent un seuil minimal de participation de l'employeur qui doit être supportable pour l'ensemble des entreprises de la branche. Si elles le souhaitent, ces entreprises sont libres de déroger à ces seuils dans un sens plus favorable aux salariés. L'IRDES indique qu'en moyenne « la part du financement employeur est de 60% par contrat ».



LA PARTICIPATION DE L'EMPLOYEUR

« En moyenne, la part du financement employeur est de 60 % par contrat et par salarié concerné par le contrat. (...) Près de 61 % des contrats concernant 54 % des salariés offrent la participation minimum de 50 %, 15 % des contrats qui concernent 19 % des salariés offrent un niveau de participation supérieur à 50 % et inférieur ou égal à 60 %, 10 % des contrats qui concernent 16 % des salariés offrent un niveau de participation supérieur 60 % et inférieur ou égal à 80 %. Les contrats offrant une participation supérieure à 80 % représentent 14 % des contrats et concernent 11 % des salariés. L'intégralité de la prime est financée par l'employeur pour 11 % des contrats qui concernent 6 % des salariés. »

Source : IRDES - Enquête PSCE 2017 - Novembre 2019

LA RÉPARTITION ENTRE GARANTIES OBLIGATOIRES ET GARANTIES FACULTATIVES

La conclusion d'un accord collectif de branche permet d'offrir à l'ensemble des salariés cadres et non-cadres une couverture identique en frais de santé (contrairement aux garanties de prévoyance calculées en fonction du salaire de référence qui diffèrent selon les catégories de salariés, souvent plus avantageuses pour les salariés cadres). L'existence d'une couverture obligatoire en frais de santé dans la branche facilite la diffusion de garanties facultatives.

► Garanties obligatoires : exemples de tarif négocié par accord de branche

	Cotisation exprimée en forfait ¹¹	Cotisation exprimée en % du PMSS 2022 ¹²
Niveau obligatoire 1	50 €	0,96 % (soit 33 €)
Niveau obligatoire 2	60 €	1,44 % (soit 49 €)
Niveau obligatoire 3	73,50 €	1,89 % (soit 65 €)
Niveau obligatoire 4	98,50 €	2,35 % (soit 80 €)

¹¹Bureaux d'études techniques et sociétés de conseil (avenant du 3 novembre 2020).

¹²Hospitalisation privée à but non lucratif (avenant du 17 mai 2018).

Les garanties obligatoires

Parmi les grands accords de branche en frais de santé de plus de 100 000 salariés :

- 82% ont négocié 1 seul niveau de garanties obligatoires,
- 18% ont négocié entre 3 et 4 niveaux de garanties obligatoires: les entreprises disposent ainsi d'un large choix de couvertures à mettre en place selon leur capacité.

Les garanties obligatoires en frais de santé constituent un socle conventionnel applicable aux entreprises de la branche. Elles sont co-financées par les entreprises et les salariés selon un tarif uniforme qui varie, le cas échéant, selon le niveau de garanties :

Les garanties facultatives

Parmi les grands accords de branche en frais de santé de plus de 100 000 salariés, 50 % proposent des garanties facultatives dont la cotisation est financée intégralement par le salarié. Ces garanties constituent des options qui relèvent du choix des salariés. D'autres accords prévoient la possibilité d'accéder à des garanties facultatives, sans fixer le tarif ou le montant des garanties¹³.

Selon les accords de branche, plusieurs niveaux d'options facultatives sont proposés (entre 1 à 4) avec un tarif qui varie selon le nombre de bénéficiaires (conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS, enfant(s) à charge).

► Garanties facultatives : exemples de tarif négocié par accord de branche

	Cotisation exprimée en forfait ¹⁴	Cotisation exprimée en % du PMSS 2022 ¹⁵
Niveau facultatif 1	Conjoint : 54 € Salarié + enfant : 62 €	Conjoint : 1,06 % (soit 36 €) Enfant : 0,60 % (soit 20 €)
Niveau facultatif 2	Conjoint : 67 € Salarié + enfant : 77,50 €	Conjoint : 1,60 % (soit 54 €) Enfant : 0,91 % (soit 31 €)
Niveau facultatif 3	Conjoint : 90 € Salarié + enfant : 102,50 €	Conjoint : 2,14 % (soit 73 €) Enfant : 1,30 % (soit 45 €)
Niveau facultatif 4	-	Conjoint : 2,71 % (soit 93 €) Enfant : 1,67 % (soit 57 €)

11



PROGRESSION DES OPTIONS DANS LES CONTRATS COMPLÉMENTAIRES SANTÉ OBLIGATOIRES

« Près de la moitié des salariés (45 %) ont une complémentaire santé collective avec options. En 2019, cette même proportion était estimée à environ un quart des salariés (27 %). La hausse des complémentaires santé obligatoires avec options ne s'observe pas sur les résultats de l'enquête auprès des entreprises. La moitié des entreprises a mis en place ce type de complémentaire en 2021 soit autant qu'en 2019 (52 % et 53 %). Néanmoins si cette part est stable, elle cache une diminution de la part des complémentaires avec options financées conjointement (-5 points) au profit de la part des complémentaires avec options financées en intégralité par le salarié (+4 points). »

Source : Baromètre CTIP/CREDOC -
14^{ème} édition Novembre 2021



¹³Exemple : « Le salarié pourra améliorer les prestations dont il bénéficie en souscrivant facultativement des garanties optionnelles. Ces garanties sont intégralement financées par le salarié ».

¹⁴Bureaux d'études techniques et sociétés de conseils (avenant du 3 novembre 2020).

¹⁵Hospitalisation privée à but non lucratif (avenant du 17 mai 2018).

LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DES RETRAITÉS

Le sujet de la complémentaire santé des retraités n'est presque jamais abordé dans les accords de branche. Il existe une exception pour les anciens salariés de l'industrie pharmaceutique qui disposent d'un accord en frais de santé négocié au niveau de la branche.

Les retraités du secteur privé

Le salarié couvert par une complémentaire santé d'entreprise est susceptible d'en perdre le bénéfice lorsqu'il prend sa retraite. Pour assurer une continuité de couverture, l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 (dite loi Evin) organise les modalités de maintien de la complémentaire santé au profit des anciens salariés du secteur privé :

- La demande d'adhésion doit être formulée dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail.
- Les cotisations santé des retraités sont encadrées par le décret n°2017-372 du 21 mars 2017 : la cotisation de la 1^{ère} année doit être identique aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs, la cotisation de la 2^{ème} année ne peut être supérieure de plus de 25% des tarifs globaux applicables aux salariés actifs, la cotisation de la 3^{ème} année ne peut être supérieure de plus de 50% des tarifs globaux applicables aux salariés actifs.
- L'organisme d'assurance est tenu de proposer à l'ancien salarié des garanties identiques à celles dont il bénéficiait au sein de son entreprise.

Ce dispositif de maintien de garanties encadré par la loi « Evin » doit impérativement être mentionné dans les contrats collectifs d'entreprise.



LE RÉGIME FRAIS DE SANTÉ DES ANCIENS SALARIÉS DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE (IDCC 176)

Depuis 2007, la convention collective de l'industrie pharmaceutique a négocié un régime de branche en frais de santé pour les anciens salariés des entreprises du médicament. Ce régime est ouvert aux retraités, aux ayants droit du salarié décédé, aux bénéficiaires d'une rente d'incapacité, d'invalidité ou d'un revenu de remplacement.

Le régime des anciens salariés de l'industrie pharmaceutique est géré par une convention d'assurance et un compte de résultat spécifiques, sans aucune mutualisation avec le régime de prévoyance des salariés. Les cotisations des retraités évoluent en fonction de leurs ressources selon un barème fixé par l'accord de branche. Les cotisations sont révisées en fonction des résultats du régime et des évolutions réglementaires.

Source : *Prévoyancepharma.com - Accord frais de santé des anciens salariés du 22 juin 2007*



Les retraités de la fonction publique d'État

La couverture complémentaire santé des retraités de la Fonction publique d'État est encadrée par l'**Accord interministériel signé le 26 janvier 2022 par le Ministère de la Transformation et de la Fonction publiques** et les différentes organisations syndicales. En application de cet Accord, les retraités de la fonction publique d'État pourront être couverts dans le cadre de contrats collectifs à compter du 1^{er} janvier 2024.

Les droits des anciens salariés du secteur privé régis par l'article 4 de la loi Evin et ceux des anciens **agents publics** se distinguent sur plusieurs aspects : nature du contrat, délai d'obtention, modalités de calcul des cotisations, adhésion des ayants droit, dispositif de solidarité (voir tableau ci-après).

► Complémentaire santé des retraités - Comparaison secteur privé / secteur public

	Retraité du secteur privé Article 4 Loi Evin	Retraité de la fonction publique d'État Accord interministériel du 26 janvier 2022
Nature du contrat	Contrat individuel (sortie du contrat collectif)	Contrat collectif
Bénéficiaires retraités	Anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite	Anciens agents de l'État titulaire d'une pension de retraite ayant cessé définitivement toute activité, en même temps que la liquidation pension de retraite
Garantie des retraités	Garanties identiques à celles dont le salarié bénéficiait dans l'entreprise	Garanties identiques à celles dont l'agent bénéficiait dans la fonction publique
Cotisation des retraités	<p>Encadrement des cotisations</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 1^{ère} année : tarif identique aux tarifs globaux des salariés actifs ○ 2^{ème} année : tarif plafonné à 125 % des tarifs globaux des salariés actifs ○ 3^{ème} année : tarif plafonné à 150 % des tarifs globaux des salariés actifs 	<p>Encadrement des cotisations</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 1^{ère} année : cotisation égale à la cotisation d'équilibre ○ 2^{ème} année : cotisation plafonnée à 125 % de la cotisation d'équilibre ○ 3^{ème}, 4^{ème}, 5^{ème} année : cotisation plafonnée à 150 % de la cotisation d'équilibre. <p>La cotisation est plafonnée à 175% de la cotisation d'équilibre, quel que soit l'âge du retraité. La cotisation n'évolue plus au-delà de l'âge de 75 ans</p>
Demande d'adhésion (délais)	Dans les 6 mois suivant la cessation du contrat de travail	Dans les 12 mois suivant la cessation d'activité
Adhésion des ayants droit du retraité	Adhésion non prévue	Les ayants droit des bénéficiaires retraités peuvent adhérer aux contrats collectifs : <ul style="list-style-type: none"> ○ Conjoint non divorcé ou non séparé de corps judiciairement ○ Personne liée par un PACS ○ Concubin ○ Enfants ou petits-enfants âgés de moins de 21 ans ou de moins de 25 ans (poursuite d'études) ou reconnus handicapés (quel que soit leur âge)
Maintien pour les ayants droit du retraité décédé	Maintien non prévu pour les ayants droit du retraité décédé. Maintien prévu uniquement pour les ayants droit du salarié décédé pendant une durée minimale de 12 mois (demande à formuler dans le délai de 6 mois à compter du décès)	Le conjoint ou l'orphelin du retraité décédé peuvent conserver leur adhésion après le décès de l'agent public (demande à formuler dans le délai d'1 an à compter du décès)
Fonds d'aide pour les retraités	-	Création d'un fonds d'aide pour la prise en charge des cotisations des retraités selon leurs ressources. Financement : 2 % des cotisations hors taxe (ce taux peut être augmenté par accord)

LES GARANTIES SANTÉ DANS LES GRANDS ACCORDS DE BRANCHE

Les grands accords de branche en frais de santé de plus de 100 000 salariés respectent tous le contenu des contrats « responsables » tel que modifié par la réforme du « 100 % santé »¹⁶. Cette réglementation prévoit un panier de soins sans reste à charge pour les garanties optique, dentaire et aide auditive¹⁷. Le respect de ces exigences conditionne l'extension au plan national des accords de branche en frais de santé. Ainsi, l'ensemble de ces accords de branche couvre **un socle de garanties** incluant la prise en charge des postes suivants :

- Hospitalisation : chambre particulière, forfait journalier, honoraires des praticiens hospitaliers.
- Soins courants : honoraires de généralistes ou de spécialistes (dont les dépassements d'honoraires), honoraires paramédicaux, honoraires médicaux, analyses et examens en laboratoires, médicaments et matériels médicaux.
- Optique : équipement classe A (panier 100 % santé sans reste à charge), équipement classe B (panier libre), lentilles prescrites.
- Aides auditives : aide auditive classe I (panier 100 % santé sans reste à charge), aide auditive classe II (panier libre), piles et accessoires.
- Dentaire : panier dentaire 100 % santé (sans reste à charge), panier dentaire avec reste à charge maîtrisé, panier dentaire libre et les soins conservateurs.

Lorsqu'ils sortent du champ d'application de la réglementation des contrats responsables, **les contenus des accords de branche en frais de santé se différencient sur certaines garanties** :

- Hospitalisation : chambre particulière et lit accompagnant ;
- Optique : lentilles non remboursées par la Sécurité sociale, forfait de chirurgie réfractive.
- Dentaire : implantologie, orthodontie, parodontologie ou prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale.
- Forfait prévention : séances de tabacologue/sevrage tabagique, contraception, dépistage des troubles de l'audition chez les plus de 50 ans, dépistage de l'hépatite B, vaccins antigrippaux, etc...

Presque tous les grands accords de branche en frais de santé de plus de 100 000 salariés comportent un tableau de garanties frais de santé incluant les remboursements de l'assurance maladie obligatoire (seuls 2 accords expriment leurs prises en charge à la fois « assurance maladie obligatoire incluse » et « assurance maladie obligatoire exclue » selon les types de garanties). Aucun accord de branche n'exprime la totalité des garanties frais de santé excluant les remboursements de l'assurance maladie obligatoire.

Les accords de branche fixent les niveaux des garanties frais de santé qu'ils expriment :

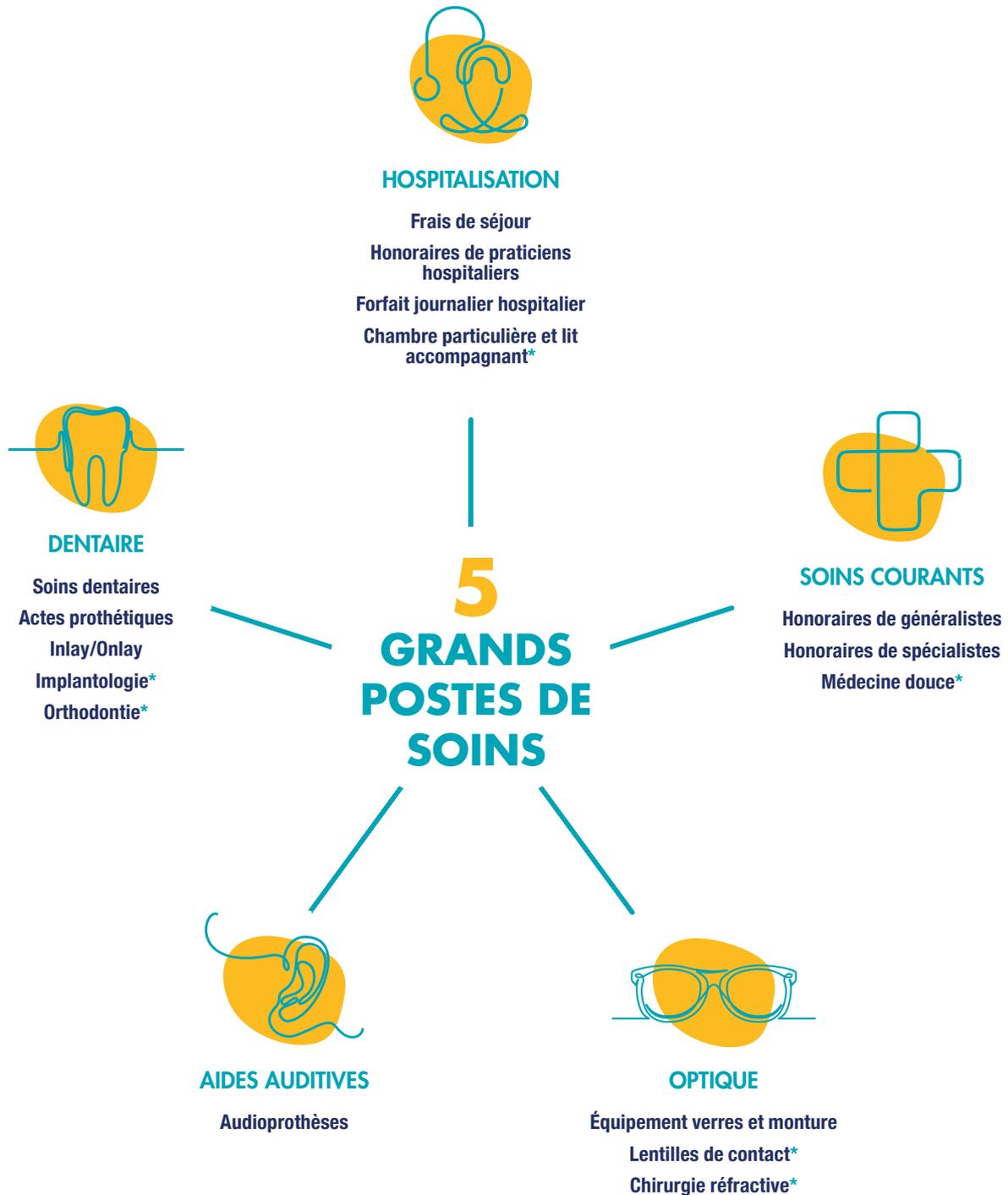
- **En pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)** : montant en euros fixé chaque année servant au calcul des cotisations sociales et des prestations sociales (PMSS 2022 : 3428 €).
- **En pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR)** : tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.
- **En forfait euros** : somme forfaitaire servant au remboursement de certaines prestations (forfait annuel ou forfait par séance).
- **En forfait mixte** : forfait en euros, auquel s'ajoute un montant complémentaire exprimé en pourcentage de la BR ou du PMSS.

¹⁶Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires.

¹⁷Paniers de soins 100 % santé (sans reste à charge) en optique, dentaire et aide auditive dans la limite des prix (honoraires) ou limite de vente (facturation) ; nouveaux planchers et plafonds de garanties ; abaissement du plafond des montures (de 150 à 100 €) ; création d'un plafond pour les aides auditives (1 700 €).

LE NIVEAU DES GARANTIES SANTÉ DANS LES GRANDS ACCORDS DE BRANCHE

Parmi les grands accords de branche de plus de 100 000 salariés, 16 garanties de frais de santé réparties dans 5 grands postes de soins ont été examinées pour déterminer leurs niveaux moyens de prise en charge¹⁸ :



*Actes non remboursés par la Sécurité sociale ou sous réserve du respect de certaines conditions.

¹⁸L'analyse du niveau des garanties frais de santé concerne 21 accords de branche de plus de 100 000 salariés (un seul accord laissant aux entreprises le soin de déterminer le montant des garanties santé n'a pas été pris en compte).



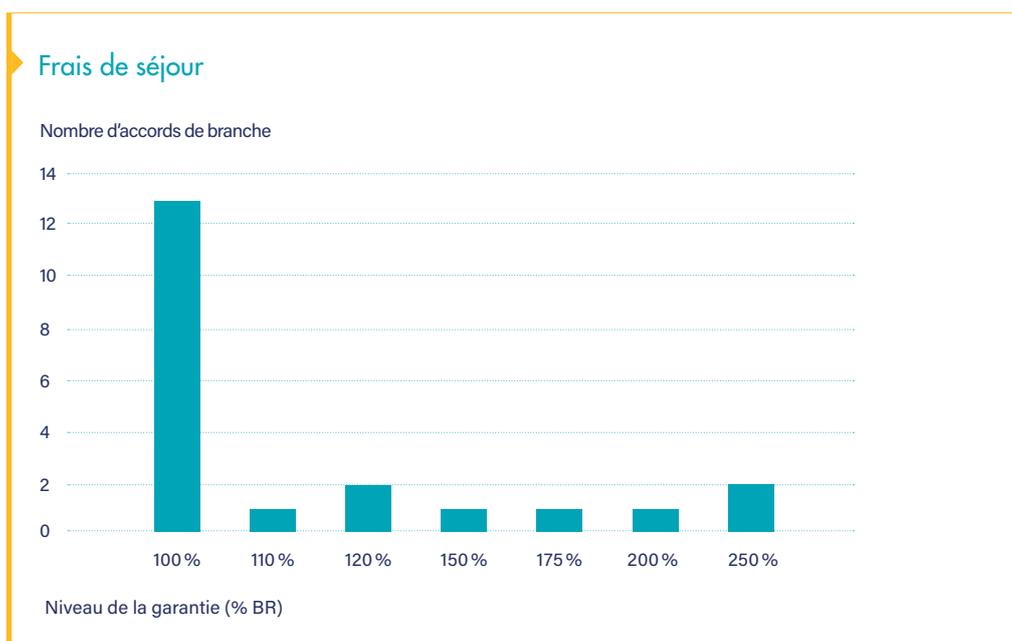
HOSPITALISATION

FRAIS DE SÉJOUR

Les frais de séjour facturés par un établissement de santé couvrent l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses. Ces frais sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire au taux de 80 % (100 % pour les actes coûteux). Le ticket modérateur (20 %) est remboursé par l'organisme complémentaire dans le cadre du contrat responsable.

Concernant le remboursement des frais de séjour à l'hôpital :

- 13 accords de branche prennent en charge 100 % de la BR (garantie minimale du contrat responsable)
- 8 accords de branche prennent en charge entre 110 % et 175 % de la BR (5 accords) ou entre 200 % et 250 % de la BR (3 accords)



16

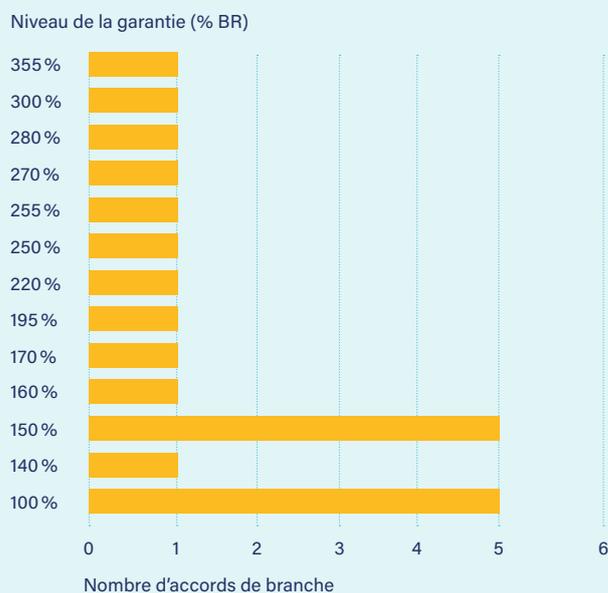
HONORAIRES DES PRATICIENS HOSPITALIERS

Tous les grands accords de branche en frais de santé remboursent les honoraires des praticiens hospitaliers qu'ils soient adhérents ou non au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).

Concernant les honoraires des praticiens adhérents au DPTAM

- 16 accords de branche prennent en charge les dépassements d'honoraires au-delà de 100 % de la BR (jusqu'à 355 % de la BR) :
 - 14 accords expriment leurs garanties en pourcentage de la BR,
 - 2 accords expriment leurs garanties en pourcentage de la BR plus un forfait.
- 5 accords de branche ne prennent pas en charge les dépassements d'honoraires et se limitent au remboursement de 100 % de la BR (garantie minimale du contrat responsable).

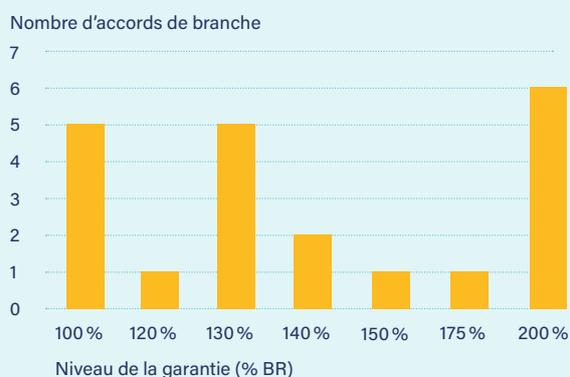
Honoraires des praticiens hospitaliers adhérents au DPTAM



Concernant les honoraires des praticiens non-adhérents au DPTAM

- 16 accords de branche prennent en charge des dépassements d'honoraires (jusqu'à 200% de la BR) :
 - 14 accords de branche expriment leurs garanties en pourcentage de la BR,
 - 2 accords expriment leurs garanties en pourcentage de la BR plus un forfait.
- 5 accords de branche ne prennent pas en charge les dépassements d'honoraires et se limitent au remboursement de 100% de la BR (garantie minimale du contrat responsable).

Honoraires des praticiens hospitaliers non-adhérents au DPTAM



FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

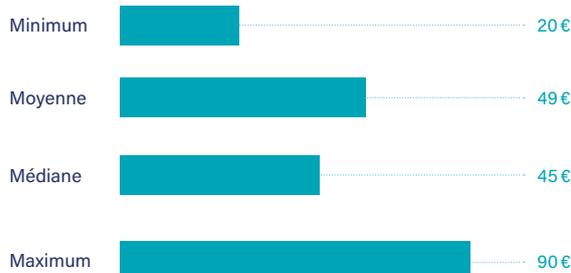
Tous les grands accords de branche en frais de santé proposent un remboursement à hauteur des frais réels du forfait journalier hospitalier (20 € à l'hôpital et 15 € en service psychiatrique).



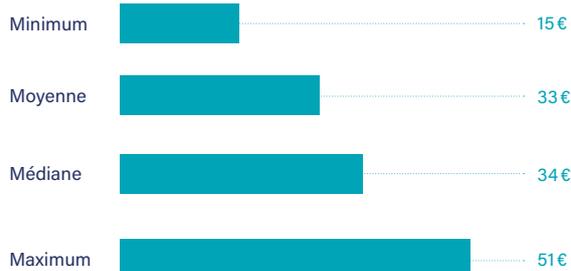
CHAMBRE PARTICULIÈRE ET LIT ACCOMPAGNANT

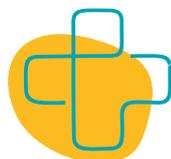
Tous les grands accords de branche en frais de santé prennent en charge les frais de chambre particulière d'un séjour à l'hôpital non remboursés par la Sécurité sociale (remboursement compris entre 20 € à 90 €, avec une moyenne de 49 €). La majorité des accords de branche prennent également en charge les frais d'un lit accompagnant (remboursement moyen de 33 €).

Chambre particulière



Lit accompagnant





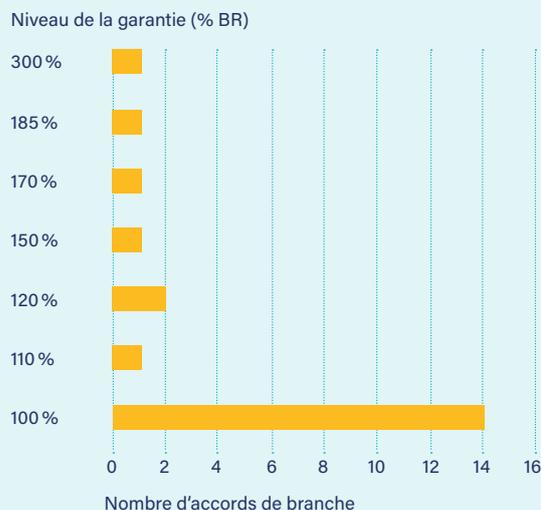
HONORAIRES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Les grands accords de branche en frais de santé remboursent les honoraires des médecins généralistes qu'ils soient adhérents ou non au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) :

Concernant les honoraires des généralistes adhérents au DPTAM

- 7 accords de branche prennent en charge les dépassements d'honoraires (jusqu'à 300 % de la BR) :
 - 5 accords expriment leurs garanties en pourcentage de la BR,
 - 2 accords expriment leurs garanties en pourcentage de la BR plus un forfait.
- 14 accords de branche ne prennent pas en charge les dépassements d'honoraires et remboursent uniquement 100 % de la BR (garantie minimale du contrat responsable).

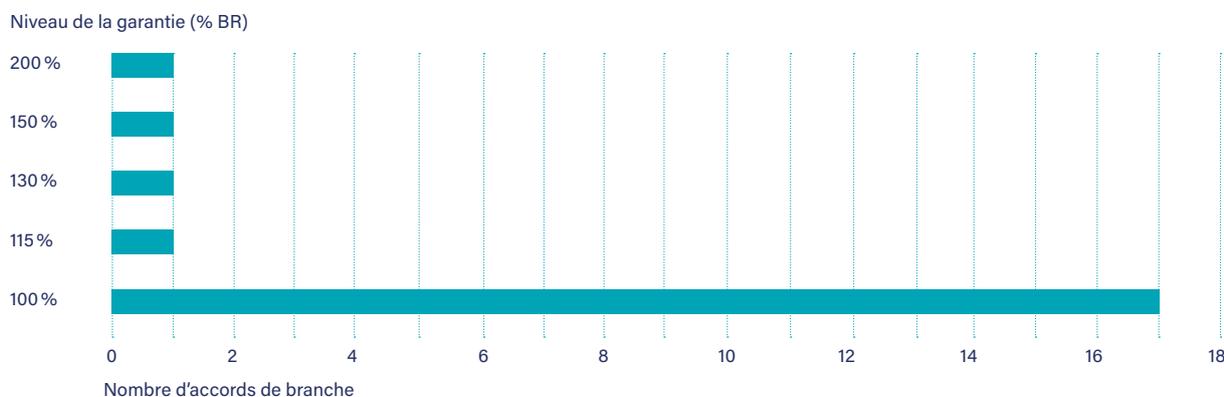
▶ Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTAM



Concernant les honoraires des généralistes non-adhérents au DPTAM

- 4 accords de branche prennent en charge des dépassements d'honoraires (jusqu'à 200 % de la BR) :
 - 3 accords expriment leurs garanties en pourcentage de la BR,
 - 1 accord exprime sa garantie en pourcentage de la BR plus un forfait.
- 17 accords de branche ne prennent pas en charge les dépassements d'honoraires et remboursent uniquement 100 % de la BR (garantie minimale du contrat responsable) :
 - 16 accords expriment leurs garanties en pourcentage de la BR,
 - 1 accord exprime sa garantie en pourcentage de la BR plus un forfait.

▶ Honoraires des médecins généralistes non-adhérents au DPTAM



HONORAIRES DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

Les grands accords de branche en frais de santé remboursent les honoraires des médecins spécialistes qu'ils soient adhérents ou non au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) :

Concernant les honoraires des spécialistes adhérents au DPTAM

- 13 accords de branche prennent en charge les dépassements d'honoraires (jusqu'à 300% de la BR) :
 - 11 accords expriment leurs garanties en pourcentage de la BR,
 - 2 accords expriment leurs garanties en pourcentage de la BR plus un forfait.
- 8 accords de branche ne prennent pas en charge les dépassements d'honoraires et remboursent uniquement 100% de la BR (garantie minimale du contrat responsable).

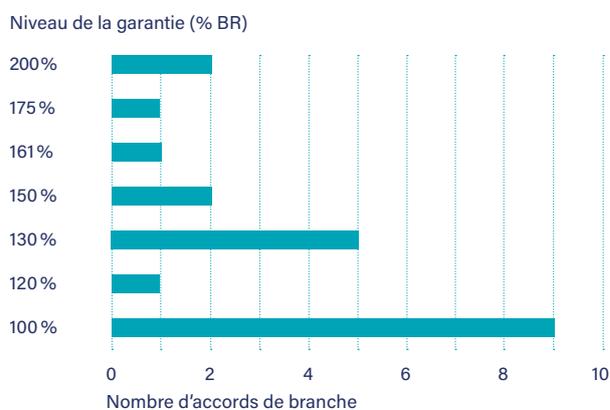
Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTAM



Concernant les honoraires des spécialistes non-adhérents au DPTAM

- 12 accords de branche prennent en charge les dépassements d'honoraires (jusqu'à 200% de la BR) :
 - 11 accords expriment leurs garanties en pourcentage de la BR,
 - 1 accord exprime sa garantie en pourcentage de la BR plus un forfait.
- 9 accords de branche ne prennent pas en charge les dépassements d'honoraires et remboursent uniquement 100% de la BR (garantie minimale du contrat responsable) :
 - 8 accords expriment leurs garanties en pourcentage de la BR,
 - 1 accord exprime sa garantie en pourcentage de la BR plus un forfait.

Honoraires des médecins spécialistes non-adhérents au DPTAM



MÉDECINE DOUCE

Avant la crise sanitaire, certains accords de branche remboursaient déjà les séances de psychologue non prises en charge par la Sécurité sociale, anticipant les besoins des salariés en matière de santé mentale. En effet, **15 accords de branche en frais de santé de plus de 100 000 salariés ont négocié une garantie « médecine douce » sous la forme d'un forfait annuel de séances**. Selon les accords, ces forfaits peuvent s'intituler « médecine alternative », « forfait bien-être », « médecine additionnelle de prévention » : ils regroupent le remboursement de séances dispensées notamment par

un psychologue, chiropracteur, étiope, ostéopathe, acuponcteur, diététicien, pédicure, podologue, tabacologue. En moyenne, le forfait médecine douce dans les accords de branche s'élève à 103€ par an (forfait compris entre 30€ et 300 € par an). Ces forfaits annuels de « médecine douce » seront amenés à évoluer pour tenir compte des nouvelles conditions de prise en charge des séances d'accompagnement de psychologue (8 séances maximum par an remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les organismes d'assurance dans le cadre du dispositif « Mon Psy »).¹⁹

¹⁹Article 79 de la LFSS pour 2022 - Décret n°2022-195 du 17 février 2022 - Décision UNCAM/UNOCAM du 24 février 2022 - Arrêté du 2 mars 2022 fixant la convention type entre l'Assurance maladie et les professionnels s'engageant dans le cadre du dispositif de prise en charge de séances d'accompagnement par un psychologue.

ÉQUIPEMENT VERRES ET MONTURE

Tous les grands accords de branche sont conformes au contenu du contrat responsable en remboursant intégralement les équipements en optique « 100 % santé » (panier A).

Les enjeux de comparabilité concernent davantage les équipements du panier libre (panier B) regroupés en 4 grandes catégories :

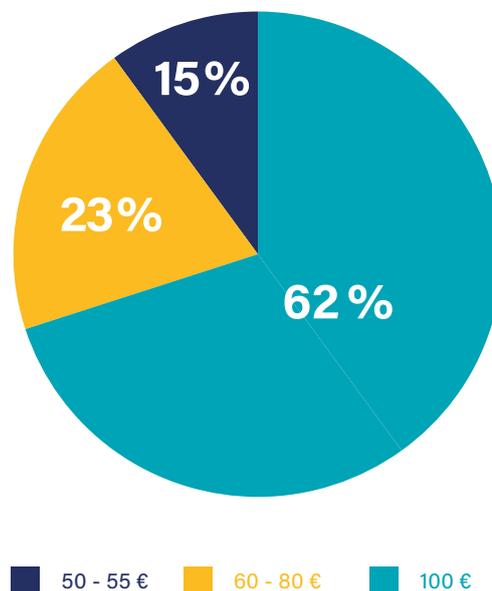
- **Équipement simple** : sphère comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries, cylindre inférieur ou égal à +4,00 dioptries.
- **Équipement complexe unifocal** : sphère hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries, cylindre supérieur à +4,00 dioptries.
- **Équipement complexe multifocal** : sphère comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries, cylindre inférieur ou égal à +4,00 dioptries.
- **Équipement très complexe** : sphère hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ou bien avoir simplement une sphère hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries).

ÉQUIPEMENT AVEC 2 VERRES DE MÊME CATÉGORIE	MINIMUM	MÉDIANE	MOYENNE	MAXIMUM
Équipements simples	125 €	220 €	226 €	420 €
Équipements complexes unifocaux	200 €	260 €	306 €	544 €
Équipements complexes multifocaux	200 €	298 €	340 €	700 €
Équipements très complexes	200 €	330 €	404 €	800 €

La prise en charge des montures est très variable selon les accords de branche :

- 62% prévoient un remboursement à hauteur de 100€ (plafond du contrat responsable).
- 23% prévoient un remboursement compris entre 60€ et 80€.
- 15% prévoient un remboursement compris entre 50€ et 55€.

Prix des montures :



LENTILLES DE CONTACT

Lentilles remboursées par la Sécurité sociale

Tous les grands accords de branche prévoient un remboursement des lentilles remboursées par la Sécurité sociale (sous forme d'un forfait annuel). Le forfait le mieux-disant s'élève à 320 €, le forfait le moins-disant se limite au remboursement du ticket modérateur (environ 40 €). Le forfait moyen est de 151 €.

Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale

15 grands accords de branche proposent un remboursement des lentilles non remboursées par la Sécurité sociale. Le forfait le mieux-disant s'élève à 320 € (autant que les lentilles remboursées par la Sécurité sociale). Le forfait moyen est de 138 €.

	MINIMUM	MÉDIANE	MOYENNE	MAXIMUM
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	40 €	142 €	151 €	320 €
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale	40 €	120 €	138 €	320 €

CHIRURGIE RÉFRACTIVE

La chirurgie réfractive est une intervention au laser visant à corriger les troubles de la vision (amétropie). L'assurance maladie obligatoire ne rembourse pas ce type d'opération chirurgicale. Parmi les grands accords de branche en frais de santé, 12 prévoient une prise en charge de cette opération sous forme

d'un forfait annuel par œil. Le forfait le mieux-disant s'élève à 1100 € par œil, le forfait le moins-disant s'élève à 130 €. Le forfait moyen est de 493 €.

	MINIMUM	MÉDIANE	MOYENNE	MAXIMUM
Forfait chirurgie réfractive (par œil)	130 €	400 €	493 €	1 100 €



AIDES AUDITIVES

AUDIOPROTHÈSES

Tous les grands accords de branche sont conformes au contenu du contrat responsable et prévoient un remboursement intégral des aides auditives du panier 100 % santé (classe I). 15 accords proposent un remboursement distinct des aides auditives en fonction de la catégorie d'âge (plus ou moins de 20 ans). Parmi les grands accords de branche en frais de santé :

- Le forfait le mieux-disant pour le remboursement d'une aide auditive est de 1 700 € quel que soit l'âge.
- Le forfait le moins-disant diffère en fonction de l'âge de l'assuré : 400 € pour les plus de 20 ans et 560 € pour les moins de 20 ans.
- Le forfait moyen s'élève à 646 € pour les assurés de plus de 20 ans et à 1 354 € pour les assurés de moins de 20 ans.

	MINIMUM	MÉDIANE	MOYENNE	MAXIMUM
Assuré de 20 ans ou moins (par oreille)	560 €	1 400 €	1 354 €	1 700 €
Assuré de plus de 20 ans (par oreille)	400 €	580 €	646 €	1 700 €



DENTAIRE

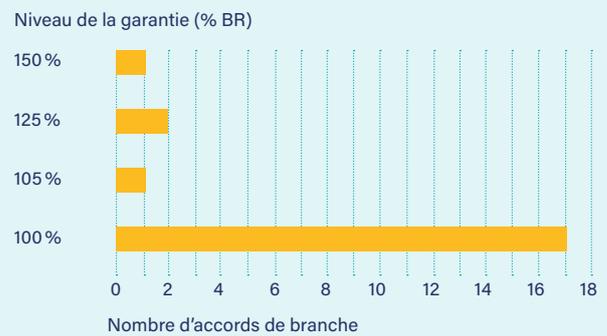
SOINS CONSERVATEURS

Les soins conservateurs regroupent tous les actes visant à restaurer la dent (hors prothèses dentaires). Ils sont remboursés par l'assurance maladie obligatoire mais en dehors de la réforme « 100 % santé ».

Parmi les grands accords de branche en frais de santé :

- 17 accords proposent un remboursement égal à 100 % de la BR (ticket modérateur).
- 4 accords prennent en charge les dépassements d'honoraires (105 %, 125 % ou 150 % de la BR).

Soins conservateurs



ACTES PROTHÉTIQUES

Les prothèses dentaires sont composées de trois paniers :

- **Le panier sans reste à charge (100 % santé)** entièrement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires
- **Le panier maîtrisé et le panier libre** pris en charge par les organismes complémentaires à hauteur des garanties prévues au contrat.

Tous les grands accords de branche prévoient un remboursement intégral des prothèses dentaires concernées par la réforme « 100 % santé » (garantie du contrat responsable).

Les enjeux de comparabilité des garanties prévues par les accords de branche concernent davantage les paniers maîtrisé et libre :

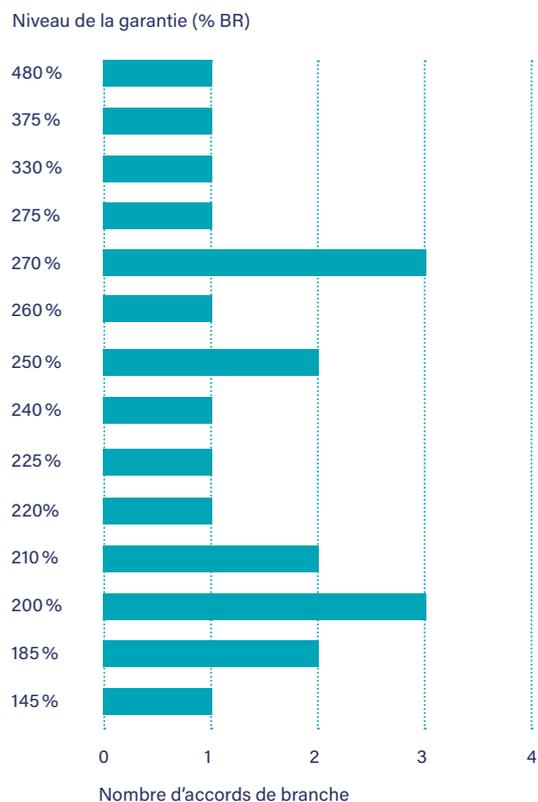
Concernant les prothèses dentaires du panier maîtrisé

Le remboursement le moins-disant par acte est de 145% de la BR, le remboursement le mieux-disant par acte est de 480 % de la BR. La prise en charge des prothèses « dents du sourire » est globalement plus avantageuse que celle des prothèses « dents de fond de bouche ».

Panier maîtrisé Dents de fond de bouche

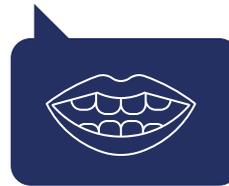


Panier maîtrisé Dents du sourire



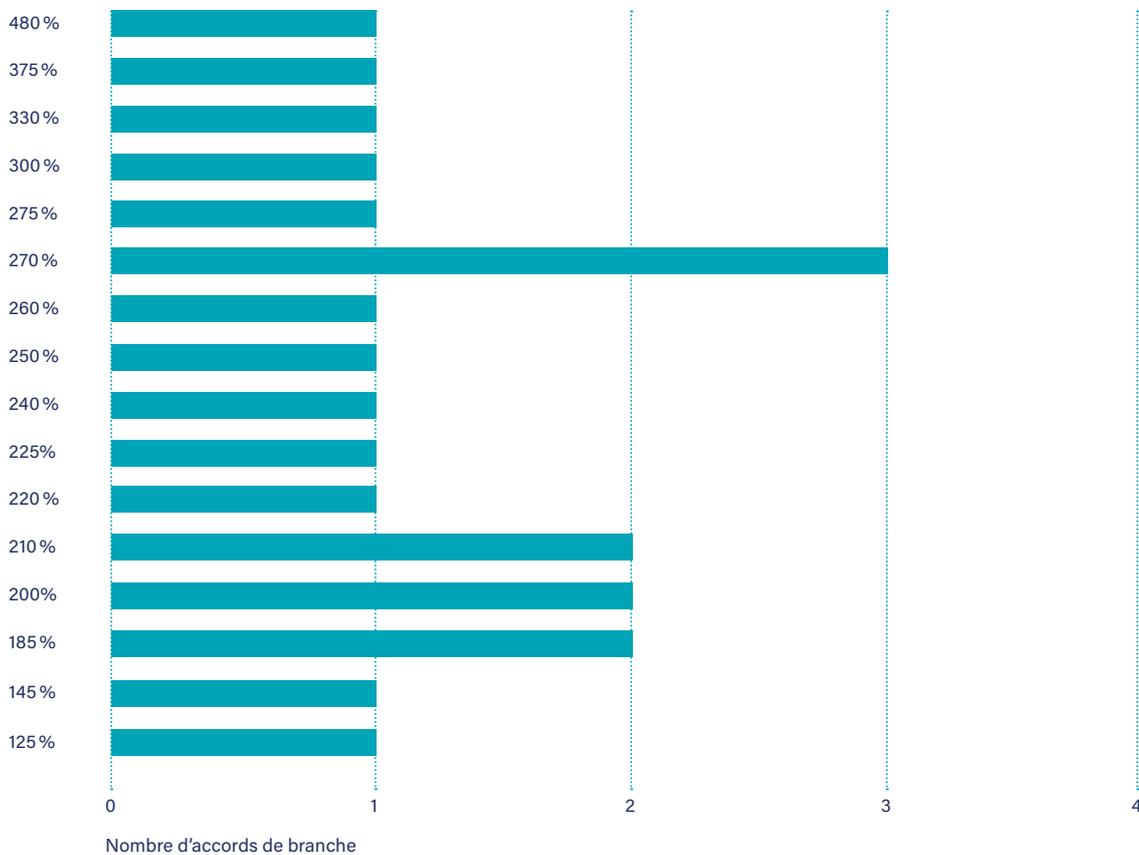
Concernant les prothèses dentaires du panier libre

Le remboursement le moins-disant par acte est de 125% de la BR, le remboursement le mieux-disant par acte est de 480% de la BR. La prise en charge des prothèses « dents du sourire » est globalement plus avantageuse que celle des prothèses « dents de fond de bouche ».



Panier libre Dents du sourire

Niveau de la garantie (% BR)



Panier libre Dents de fond de bouche



INLAY/ ONLAY

Tous les grands accords de branche en frais de santé prévoient une prise en charge des inlay/onlay :

- 8 accords remboursent à hauteur de 100% de la BR.
- 13 accords prennent en charge des dépassements d'honoraires (entre 105% et 450% de la BR).

Inlay / Onlay



IMPLANTOLOGIE

Les implants dentaires ne font pas l'objet de remboursement par l'assurance maladie obligatoire.

Parmi les grands accords de branche en frais de santé, 8 accords proposent une garantie « implantologie » sous forme de forfait annuel :

- Le forfait le mieux-disant s'élève à 1 500€ par implant (limité à 3 implants).
- Le forfait le moins-disant s'élève à 165€ par bénéficiaire.
- Le forfait moyen est de 606€.

	MINIMUM	MÉDIANE	MOYENNE	MAXIMUM
Forfait implantologie	165 €	450 €	606 €	1 500€

ORTHODONTIE

Tous les grands accords de branche en frais de santé prévoient une prise en charge des frais d'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale :

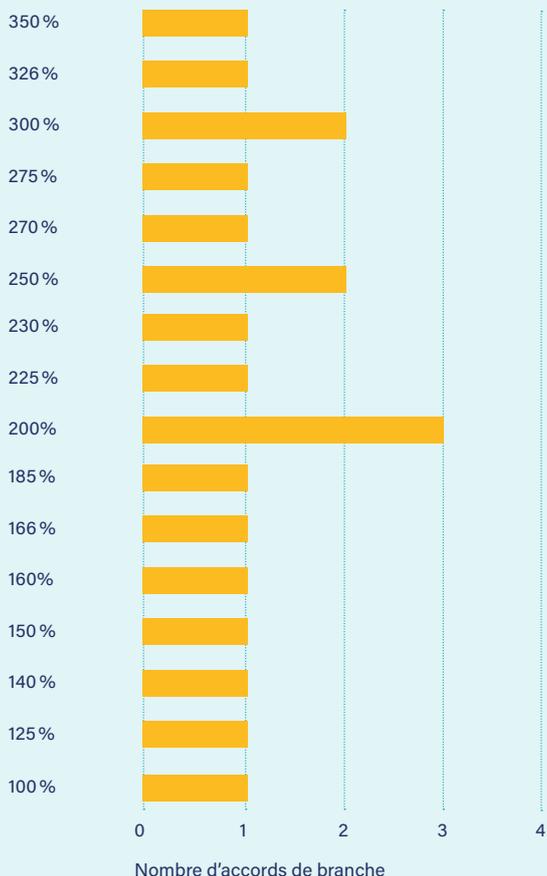
- 13 accords remboursent entre 200 % et 350 % de la BR par semestre de traitement
- 7 accords remboursent entre 100 % et 185 % de la BR par semestre de traitement
- 1 accord rembourse 200 % de la BR, plus un forfait de 200€ par semestre de traitement (absent du graphique pour des enjeux de comparabilité)

Quelques accords de branche prévoient une prise en charge des frais d'orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale :

- 5 accords remboursent le semestre de traitement en pourcentage de la BR (230 %, 250 %, 270 %, 326 % et 350 % de la BR)
- 3 accords remboursent le semestre de traitement sous la forme d'un forfait en euros (97€, 194€ et 200 € par semestre de traitement)

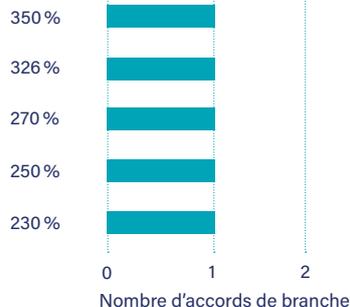
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale Par semestre et par bénéficiaire

Niveau de la garantie (% BR)



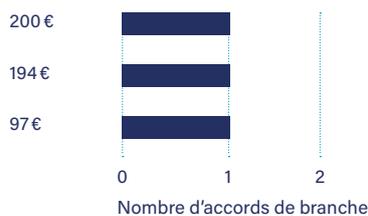
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale Par semestre et par bénéficiaire

Niveau de la garantie (% BR)



Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale Par semestre et par bénéficiaire

Niveau de la garantie (en €)





ANNEXES

DES ACCORDS DE BRANCHE EN FRAIS DE SANTÉ

ANNEXE 1

LISTE DES 22 BRANCHES DE PLUS DE 100 000 SALARIÉS AYANT SIGNÉ UN ACCORD EN FRAIS DE SANTÉ

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE	CATÉGORIES DE SALARIÉS	EFFECTIFS (DARES 2018)
Métallurgie	Cadres / Non-cadres	1 600 000
Bureaux d'études techniques et sociétés de conseils	Cadres / Non-cadres	1 008 300
Transports routiers	Cadres / Non-cadres	727 100
Hôtels cafés restaurants	Cadres / Non-cadres	626 000
Établissements pour personnes inadaptées et handicapées	Cadres / Non-cadres	440 700
Services automobile	Cadres / Non-cadres	441 500
Entreprises de propreté	Non-cadres	374 000
Hospitalisation privée à but non lucratif	Cadres / Non-cadres	331 200
Industries chimiques	Cadres / Non-cadres	219 100
Aide, accompagnement, soins et services à domicile	Cadres / Non-cadres	198 100
Restauration rapide	Cadres / Non-cadres	200 200
Prévention et sécurité	Cadres / Non-cadres	168 600
Immobilier	Cadres / Non-cadres	153 000
Animation	Cadres / Non-cadres	128 700
Prestataires de services du secteur tertiaire	Cadres / Non-cadres	146 700
Boulangerie pâtisserie artisanale	Cadres / Non-cadres	138 900
Sociétés d'assurances	Cadres / Non-cadres	126 400
Industrie pharmaceutique	Cadres / Non-cadres	116 600
Pharmacie d'officine	Cadres / Non-cadres	137 800
Production agricole	Cadres / Non-cadres	120 000
Commerces de détail non alimentaires	Cadres / Non-cadres	117 800
Travail temporaire	Cadres / Non-cadres	-

ANNEXE 2

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DES ACTIFS - COMPARAISON SECTEUR PRIVÉ / SECTEUR PUBLIC

Comparaison des dispositions applicables aux contrats collectifs des salariés du secteur privé (Code de la Sécurité sociale) et des agents de la fonction publique de l'État (Accord interministériel du 26 janvier 2022 - Décret du 22 avril 2022 - Arrêté du 30 mai 2022)

	Salariés du secteur privé	Agents de la fonction publique de l'État
Nature du contrat	Contrat collectif à adhésion obligatoire	Contrat collectif à adhésion obligatoire
Bénéficiaires actifs	<p>Article L.911-7, I et R.242-1z-1 Ensemble des salariés de l'entreprise : appartenance aux catégories des cadres/non-cadres résultant de l'application des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 sur la prévoyance des cadres</p> <p>Salariés en période de suspension du contrat de travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> Maintien de salaire (total ou partiel) Indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur Revenu de remplacement versé par l'employeur (salariés placés en activité partielle, en activité partielle de longue durée, toute période de congé rémunéré par l'employeur : reclassement, mobilité...) 	<p>Article 2.2 accord interministériel - Article 2 décret Ensemble des agents actifs de la fonction publique d'État :</p> <ul style="list-style-type: none"> Fonctionnaires civils Agents contractuels de droit public ou de droit privé Ouvriers de l'État <p>Agents publics en période de suspension d'activité :</p> <ul style="list-style-type: none"> Congé parental Disponibilité pour raison de santé, Congé sans rémunération ou sans salaire pour raison de santé Congé de proche aidant, congé de présence parentale, congé de solidarité familiale
Participation financière de l'employeur	<p>Article L.911-7, III L'entreprise assure au minimum 50 % du coût de la cotisation du contrat collectif obligatoire du salarié.</p> <p>Composition de la cotisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> Coût mensuel de la cotisation prévue au contrat (assiette, taux de cotisation...) Coût mensuel de la portabilité des garanties des anciens salariés licenciés (mutualisation avec les salariés actifs) 	<p>Article 6 accord interministériel - Articles 14 et 15 décret L'employeur public de l'État assure 50 % de la cotisation d'équilibre du contrat collectif obligatoire des agents publics.</p> <p>Composition de la cotisation d'équilibre :</p> <ul style="list-style-type: none"> Coût mensuel de la cotisation de référence (égale au coût mensuel des garanties pour un bénéficiaire actif multiplié par le nombre de bénéficiaires actifs) Coût mensuel des dispositifs de solidarité : Cotisation des retraités (plafonnement selon l'âge) Cotisation des ayants droit (gratuité 3^{ème} enfant de moins de 21 ans) Cotisation des anciens agents (gratuité pour les demandeurs d'emplois indemnisés par l'assurance chômage sur 12 mois maximum)

	Salariés du secteur privé	Agents de la fonction publique de l'État
<p>Dispenses d'adhésion au contrat collectif</p>	<p>Articles R. 242-1-6 et D. 911-2 Les salariés qui effectuent une demande de dispense d'adhésion doivent être préalablement informés par leur employeur des conséquences de leur choix.</p> <p>Dispenses de plein droit :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Salariés embauchés avant la mise en place du régime par décision unilatérale de l'employeur ; 2. Salariés bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) ; 3. Salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou, si elle est postérieure, à leur embauche ; 4. Salariés bénéficiant, y compris en tant qu'ayants droit, d'une des couvertures suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ○ Complémentaire santé collective et obligatoire ○ Régime local Alsace Moselle ○ Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazière (CAMIEG) ○ Mutuelles agents de l'État/collectivités territoriales ○ Contrats d'assurance groupe, dits Madelin. <p>Dispenses à prévoir dans l'acte juridique :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apprentis, salariés en CDD, intérimaires titulaires d'un contrat de travail de moins de 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ; 2. Apprentis, salariés en CDD, intérimaires titulaires d'un contrat de travail ou de mission de plus de 12 mois, sur justificatif d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ; 3. Salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à régler une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute. 	<p>Article 3 accord interministériel - Article 3 décret Les agents publics dispensés d'adhésion peuvent à tout moment revenir sur leur décision et adhérer au contrat collectif. Aucune majoration de cotisation ne peut leur être appliquée.</p> <p>Dispenses de plein droit :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agents bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire 2. Agents couverts par un contrat individuel à la date d'entrée en vigueur des premiers contrats collectifs conclus par leur employeur public de l'État ou de la prise de fonctions si elle est postérieure ; 3. Agents bénéficiaires d'un CDD, s'ils bénéficient d'une couverture individuelle ; 4. Agents bénéficiaires, y compris en tant qu'ayants droit, de l'un des dispositifs suivants : <ul style="list-style-type: none"> ○ Complémentaire santé collective et obligatoire ; ○ Couverture individuelle « versement santé » ; ○ Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazière (CAMIEG) ; ○ Couverture collective dans la fonction publique territoriale ou hospitalière.

	Salariés du secteur privé	Agents de la fonction publique de l'État
Portabilité (demandeurs d'emploi)	<p>Article L.911-8 Dispositif de portabilité des garanties pour les anciens salariés et leurs ayants droit :</p> <ul style="list-style-type: none"> Garanties maintenues : en vigueur dans l'entreprise Coût : maintien gratuit (sans contrepartie de cotisation) Point de départ : date de cessation du contrat de travail non consécutive à une faute lourde (ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage) Durée du maintien : durée du dernier contrat de travail du salarié licencié (12 mois maximum) 	<p>Article 7.3 accord interministériel - Article 26 décret Dispositif de portabilité pour les anciens agents publics (non retraités) et leurs ayants droit :</p> <ul style="list-style-type: none"> Garanties maintenues : en vigueur dans l'employeur public Coût : maintien gratuit (sans contrepartie de cotisation) Point de départ : date de cessation de la relation de travail (être inscrit comme demandeur d'emploi et indemnisé par l'assurance chômage) Durée du maintien : durée du dernier contrat de travail ou de la dernière période d'activité du fonctionnaire (12 mois maximum)
Actions de prévention Action sociale	<p>Articles L.912-1, R.912-1, R.912-2 Les accords de branche peuvent prévoir l'institution de 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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> D'une prise en charge partielle ou totale de la cotisation pour certains salariés ou anciens salariés D'une politique de prévention De prestations d'action sociale. <p>Les orientations des actions de prévention ainsi que les règles de fonctionnement et les modalités d'attribution des prestations d'action sociale sont déterminées par la commission paritaire de branche.</p> <p>Les accords de branche doivent prévoir la part de la cotisation acquittée qui sera affectée au financement des prestations relatives au degré élevé de solidarité. La part de ce financement doit être au moins égale à 2% de la cotisation.</p>	<p>Article 8 accord interministériel - Article 27 décret Actions de prévention en santé : Les organismes complémentaires mettent en oeuvre des actions de prévention en santé, pouvant par exemple être les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> Réaliser des campagnes de prévention Mettre à disposition des réseaux de prévention permettant de bénéficier d'informations et de conseils en santé Diffuser des contenus d'information santé. <p>Ces actions de prévention en santé sont définies, pilotées et évaluées par la commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS)</p> <p>Prestations d'accompagnement social : Les accords peuvent également prévoir la mise en oeuvre de prestations d'accompagnement social attribuées en fonction de l'état de santé et des ressources des bénéficiaires. Le financement des prestations d'accompagnement social est assuré par la collecte d'une cotisation additionnelle fixée au moins à 0,5% des cotisations (hors taxe) acquittées par les bénéficiaires.</p>

À PROPOS DU CTIP

Le CTIP représente l'ensemble des institutions de prévoyance, organismes d'assurance de personnes à but non lucratif, à gouvernance paritaire et spécialisés dans le contrat collectif. Elles couvrent 13 millions de salariés, soit près d'un actif sur deux, à travers 2 millions d'entreprises en santé et en prévoyance. Le CTIP défend les intérêts de ses 38 adhérents auprès des pouvoirs publics nationaux et européens et les accompagne dans toutes les évolutions techniques et juridiques ayant un impact sur leur métier. Il contribue à développer une information pédagogique sur la protection sociale complémentaire collective.



**RETROUVEZ TOUTES
NOS ÉTUDES**

sur notre site ctip.asso.fr/etudes/



10 rue Cambacérés
75008 Paris
www.ctip.asso.fr