



COMPLEMENTAIRE SANTÉ GENERALISÉE :

UNE NEGOCIATION ABOUTISSANT À UNE BONNE COUVERTURE

Pourquoi, pour qui ?

D'ici au 1er Janvier 2016, la loi du 14 juin 2013 relative à la Sécurisation de l'emploi modifiant l'Accord National Interprofessionnel (ANI) et son décret d'application, oblige les entreprises à protéger leurs salariés grâce à la mise en place d'un régime collectif frais de santé.

La généralisation de la couverture santé prévoit des garanties qui correspondent, au minimum, à **un panier de soins de base** défini par décret. Cette loi prévoit aussi l'obligation pour l'employeur de financer au moins **la moitié du coût des cotisations** de ce contrat santé, quelle que soit la taille de l'entreprise.

Tous les salariés sont concernés. L'adhésion ne sera pas obligatoire si l'acte juridique instituant le dispositif de prévoyance prévoit cette faculté et sous condition de fournir tous documents justifiant d'une couverture complémentaire souscrite par ailleurs.

Nos revendications

- Une mutuelle de qualité
- Une couverture pour tous les salariés du réseau des ML et leur famille
- Un panier de soins amélioré
- Une cotisation moindre pour des garanties de qualité
- Une forte mutualisation pour un budget maîtrisé
- Un pilotage national responsable
- **Au final, une avancée sociale !**

Etat des négociations

Le 23 juin, après la mise en place d'une commission paritaire nationale spéciale, réunie 6 fois, afin d'étudier les aspects techniques de la mise en place du nouveau régime, décider du cahier des charges, lancer l'appel d'offre et étudier les offres en retour, les partenaires sociaux se sont retrouvés pour une dernière séance de négociation portant sur :

- la recommandation du ou des organismes choisis – ADEIS, MUTEX, MALAKOFF MEDERIC (les trois seuls ayant répondu à toutes les questions),
- le panier de soin de base du régime et les options éventuelles,
- la hauteur de la prise en charge des employeurs et des salariés,
- les cas de dispense,
- le calendrier de mise en place, de l'information des structures et des salariés.

Sur la recommandation du ou des organismes choisis

ADEIS a remporté haut la main la recommandation au vu des tarifs proposés dans sa réponse à l'appel d'offre. Les partenaires sociaux ont décidé de recommander uniquement cet organisme, ce qui facilitera les appels à cotisation et avantagera la mutualisation. De plus, les tarifs sont bloqués pendant trois ans, ce qui permettra de maîtriser le budget et commencer le pilotage du régime de façon sereine.

Sur le panier de soin de base du régime et des options éventuelles

Avant le démarrage de la négociation, les positions étaient très éloignées entre les syndicats et les employeurs.

Ces derniers partants sur une couverture (*base 1*), certes meilleure que le panier de base prévu par la loi, mais très inférieure au niveau de couverture que nous estimions nécessaire pour les salariés du réseau.

Le SYNAMI, après consultation du CSN, est arrivé en commission avec une proposition améliorant la couverture de base proposée par les employeurs. Nous avons été les seuls à faire une proposition concrète et chiffrée. Notre proposition à été insérée dans l'appel d'offre.

Les syndicats salariés oscillaient entre la couverture la plus haute (*base 3*) mais avec un écueil ; le prix ! Et une couverture intermédiaire (*base 2*) avec un socle de garanties solides, mais n'entrant pas dans le schéma financier prévu par les employeurs.

Après quelques minutes de négociation, c'est tout de même la base 2 qui a retenu l'attention de tous (*c'est-à-dire la proposition du SYNAMI !*). Nous avons dû batailler, ensuite, pour que l'UNML comprenne que couvrir uniquement le salarié n'était pas la bonne option. **Au final, nous sommes tombés d'accord pour couvrir les salariés sur une base 2 : « Isolé » (49,14€ par mois) et « Famille » (89,09€ par mois).**

Sur la hauteur de la prise en charge des employeurs et des salariés

Une fois, cela acté. Les employeurs ont proposé une prise en charge réglementaire pour la couverture d'un « Isolé », c'est-à-dire 50% de la cotisation soit 24,57€, et

pour la « Famille » 24€. La loi n'oblige pas l'employeur à prendre en charge au moins 50% en ce qui concerne le tarif « Famille ».

En faisant prendre en compte la base 2, les employeurs sont sortis de leur zone de confort concernant « l'Isolé », mais il a fallu que chacun fasse des avancées pour arriver, à la fin, à ce qu'**un tiers de la dépense « famille » soit compensé par les structures** au travers de la prise en charge de 30 euros pour les salariés choisissant ce régime. **Donc un salarié qui voudra couvrir sa famille paiera 59,09€ par mois au lieu de 89,09€.**

Sur les cas de dispense, le devenir des mutuelles existantes...

Compte tenu du temps qu'il nous a fallu pour régler les points ci-dessus, il a été décidé que chaque organisation envoie, pendant l'été, **sa liste des cas de dispense et une formulation** juridique pour que l'accord de branche **ne vienne pas remettre en cause les accords supérieurs**, déjà en vigueur dans les structures. Cela pour que l'accord soit en état de signature le 23 septembre.

Sur le calendrier de mise en place, de l'information des structures et des salariés

L'accord sur la table avec toutes les modifications nécessaires, sera présenté le 23 septembre prochain à la signature. Cela n'empêche en rien le prestataire de se préparer d'ores et déjà. Les structures et les salariés auront les informations sur l'affiliation...fin septembre.

Conclusion

Le sujet de la complémentaire santé a été traité, malgré quelques coups de gueule, et notamment du Synami, de manière responsable, par tous les acteurs. La couverture obtenue est d'un bon niveau et tous ceux qui n'ont pas de complémentaire y trouveront leur compte. Les partenaires sociaux ont assuré que le texte, avec les modifications techniques à venir, ne fera pas l'objet d'une opposition.

Quand l'intersyndicale fonctionne comme cela, il est plus facile de se faire entendre et comprendre des employeurs.

Le 23 septembre, outre la signature d'accord complémentaire santé, il faudra avancer sur un autre sujet important, la négociation portant sur la nouvelle « classification » et, le 14 octobre, sur la négociation annuelle des salaires.

Il faudra encore peser de tout notre poids pour obtenir des avancées sur ces sujets majeurs qui n'ont pas trouvé de réponses positives depuis trop longtemps !



COMPLEMENTAIRE SANTÉ GENERALISÉE : ANNEXES

Petit lexique pour mieux comprendre

Assurance : c'est un organisme assureur qui peut avoir une complémentaire santé dans les produits proposés, entre autres, mais qui reverse des bénéfices aux actionnaires.

Base Sécurité Sociale : ce sont les tarifs de base ou tarifs conventionnés de la sécurité sociale, par exemple 22 euros pour une consultation de médecin généraliste. Les remboursements de la Sécurité Sociale et de la complémentaire santé sont exprimés en pourcentage de cette base.

Complémentaire santé : organisme qui verse les compléments de remboursement des frais de santé versés par la Sécurité Sociale. Dans le langage courant, on utilise souvent le terme générique de « mutuelle ».

Contrat responsable : certains remboursements sont plafonnés par décret ou ne doivent pas être remboursés par la complémentaire santé pour responsabiliser les assurés, et limiter le déficit de la Sécurité sociale. Les complémentaires Santé peuvent néanmoins rembourser ces prestations ou soins, mais les cotisations sont surtaxées à 14% au lieu de 7%.

Cotisation : c'est la contribution que le salarié et l'employeur versent à l'organisme assureur. Elle peut être forfaitaire, proportionnelle au salaire ou modulable selon les tranches de rémunération ou la composition du foyer.

Famille : à l'inverse, la notion de famille correspond à des personnes vivant ensemble, partageant leurs charges, avec des enfants, à charges ou non.

Famille au sens de la Sécurité sociale : un assuré et ses ayants droit.

Famille fiscale : toutes les personnes d'un foyer qui établissent une déclaration de revenus commune.

Isolé : c'est une personne seule : veuve, divorcée, séparée ou célibataire, qui ne vit pas en couple et qui n'a pas d'enfant.

Mutuelle : c'est un organisme assureur qui complète les prestations de remboursements versées par la sécurité sociale en matière de frais de santé et ne verse pas de dividendes aux gestionnaires. Les gestionnaires sont, le plus souvent, les partenaires sociaux.

Panier de soin de base : Il désigne les garanties minimum qui doivent être couvertes pour un assuré dans le cadre d'un contrat d'assurance de complémentaire santé collectif, obligatoire et responsable.

Portabilité : c'est le maintien, pendant une certaine durée, des garanties au profit des anciens salariés demandeurs d'emploi, qui en bénéficient en tant qu'actifs, ou pour la famille si le salarié décède. Cette durée est actuellement de 12 mois maximum, et son financement est mutualisé.

Régime collectif « frais de santé » : c'est un contrat collectif à adhésion obligatoire. Les salariés concernés ne peuvent s'opposer au précompte de leur quote part de cotisation.

Comparaison des cotisations

Isolé (en % PMSS dans la réponse)

		Cotisation "Isolé" (en % PMSS dans la réponse)		
		ADEIS Branche	Malakoff Médéric	MUTEX
Régime 1	Socle de Base 1	45,97 €	53,26 €	47,21 €
	Option 1	21,87 €	24,41 €	17,24 €
	Base 1 + Option	67,84 €	77,67 €	64,45 €
Régime 2	Socle de Base 2	49,14 €	57,38 €	51,34 €
	Option 1	17,44 €	19,97 €	12,49 €
	Base 2+ Option	66,57 €	77,35 €	63,83 €
Régime 3	Socle de Base 3	63,72 €	75,76 €	62,20 €

Famille (en % PMSS dans la réponse)

		Cotisation "Famille" (en % PMSS dans la réponse)		
		ADEIS Branche	Malakoff Médéric	MUTEX
Régime 1	Socle de Base 1	84,96 €	97,32 €	94,88 €
	Option 1	37,72 €	41,21 €	30,95 €
	Base 1 + Option	122,68 €	138,53 €	125,83 €
Régime 2	Socle de Base 2	89,08 €	103,66 €	102,68 €
	Option 1	32,02 €	33,92 €	21,97 €
	Base 2+ Option	121,09 €	137,58 €	124,66 €
Régime 3	Socle de Base 3	115,71 €	135,04 €	121,79 €

Garantie	Remboursement de l'organisme assureur y compris celui de la Sécurité sociale		
	Socle de base 1	Socle de Base 2	Option 1 (Socle de base 3)
HOSPITALISATION (y compris en cas de maternité)			
Honoraires médicaux et chirurgicaux en établissements conventionnés et non conventionnés Y compris forfait de 18€ pour les actes dont le tarif est supérieur à 120€ ou ayant un coefficient K > 60	150% BR CAS 130% BR non CAS	200% BR CAS 180% BR non CAS	300% BR CAS 200% BR non CAS
Frais de séjour	100% Frais réels	100% Frais réels	100% Frais réels
Forfait hospitalier (y compris en service psychiatrique)	100% Frais réels	100% Frais réels	100% Frais réels
Chambre particulière (y compris en cas de maternité)	2% PMSS / jour	2% PMSS / jour	3% PMSS / jour
Lit d'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans	1,5% PMSS / jour	1,5% PMSS / jour	2% PMSS / jour
Frais de transport du malade en véhicule sanitaire	100% BR	100% BR	100% BR
MEDECINE GENERALE			
Consultations / visites Généralistes	150% BR CAS 130% BR non CAS	150% BR CAS 130% BR non CAS	250% BR CAS 200% BR non CAS
Consultations / visites Spécialistes et Neuropsychiatre	150% BR CAS 130% BR non CAS	200% BR CAS 180% BR non CAS	250% BR CAS 200% BR non CAS
Petite chirurgie et Actes de Spécialistes	150% BR CAS 130% BR non CAS	150% BR CAS 130% BR non CAS	250% BR CAS 200% BR non CAS
Analyses médicales, travaux de laboratoire	150% BR	200% BR	250% BR
Radiologie, imagerie médicale	150% BR CAS 130% BR non CAS	150% BR CAS 130% BR non CAS	250% BR CAS 200% BR non CAS
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	150% BR	150% BR	250% BR
PROTHESES NON DENTAIRES			
Prothèses auditives	150% BR	200% BR	250% BR
Autres prothèses (prothèses orthopédiques plus l'appareillage)	150% BR	150% BR	250% BR
PHARMACIE			
Frais pharmacie (y compris vaccins remboursés par la SS).	100% BR	100% BR	100% BR
Pilules Non remboursées par la Sécurité sociale	-	-	70€ / an / bénéficiaire
Traitement des addictions (tabagique, alcoolique,...)	-	-	50€ / an / bénéficiaire
OPTIQUE			
Verres	Cf. grille optique Une paire tous les 2 ans*	Cf. grille optique Une paire tous les 2 ans*	Cf. grille optique Une paire tous les 2 ans*
Monture	2% PMSS (63,4€ en 2015) (1 monture tous les 2 ans *)	3% PMSS (95,1 € en 2015) (1 monture tous les 2 ans *)	4% PMSS (126,8 € en 2015) (1 monture tous les 2 ans*)
Lentilles (remboursées et non remboursées par la Sécurité sociale et jetables)	2% PMSS (63,4€ en 2015)	3% PMSS (95,1 € en 2015)	5% PMSS (158,5€ en 2015)
Chirurgie de la myopie (par œil)	10% PMSS (317,0€ en 2015)	10% PMSS (317,0€ en 2015)	15% PMSS (475,5€ en 2015)

Garantie	Remboursement de l'organisme assureur y compris celui de la Sécurité sociale		
	Socle de base 1	Socle de Base 2	Option 1 (Socle de base 3)
DENTAIRE			
Soins dentaires	150% BR	150% BR	250% BR
Prothèses dentaires remboursées par la SS	200% BR	250% BR	300% BR
Prothèses dentaires non remboursées par la SS (à l'exclusion des prothèses non inscrites à la nomenclature)	150% BR reconstituée	150% BR reconstituée	250% BR reconstituée
Inlays / Onlays	200% BR	200% BR	300% BR
Orthodontie acceptée par la SS / semestre	230% BR	230% BR	330% BR
Orthodontie refusée par la SS / semestre	150% BR reconstituée	150% BR reconstituée	250% BR reconstituée
Parodontologie (curetage/surfaçage, greffe gingivale, allongement coronaire et lambeau)	100€ / an / personne	100€ / an / personne	200€ / an / personne
Implants dentaires	100€ / an / personne	300€ / an / personne	500€ / an / personne
CURE THERMALE acceptée Sécurité sociale	10% PMSS (317,0€ en 2015)	10% PMSS (317,0€ en 2015)	15% PMSS (475,5€ en 2015)
FORFAIT MATERNITE	10% PMSS (317,0€ en 2015)	5% PMSS (158,5€ en 2015)	15% PMSS (475,5€ en 2015)
OSTEOPATHIE - CHIROPRACTIE - ETIOPATHIE - ACUPUNCTURE	1% PMSS / séance (31,7€ en 2015) limité à 4 séances / an	1% PMSS / séance (31,7€ en 2015) limité à 4 séances / an	1,5% PMSS / séance (47,5€ en 2015) limité à 4 séances / an
ACTES DE PREVENTION	Les 7 actes figurant dans la liste de la HAS		
ASSISTANCE SANTE	OUI	OUI	OUI

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale; PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (3 170€ en 2015); TM : Ticket modérateur

*Sauf pour les enfants mineurs ou en cas d'évolution de la vue (dans ces 2 cas, la période de renouvellement est réduite à un an)

CAS : Contrat d'Accès aux Soins ; HAS : Haute Autorité de Santé