

## LES PERSONNES COUVERTES A TITRE OBLIGATOIRE

Le projet d'accord prévoit la couverture de :

- l'agent
- le conjoint, le concubin, le pacsé (ayant droit au sens de la Sécurité Sociale, même numéro de S.S)
- les enfants à charge au sens de la Sécurité Sociale
- les enfants de moins de 27 ans poursuivant des études
- les enfants sous contrat d'apprentissage, contrat de professionnalisation, stagiaires s'ils ne sont pas couverts par un régime obligatoire, s'ils ont moins de 27 ans et dont les revenus sont inférieurs à 80% du SMIC
- les enfants demandeurs d'emploi inscrits à l'ANPE, non indemnisés par les Assedic et de moins de 27 ans
- les enfants invalides ou handicapés si leurs revenus sont inférieurs à 80% du SMIC sans limite d'âge.

Nous n'avons pas pu obtenir la prise en charge des enfants du salarié en situation de précarité (multiples CDD, faible rémunération, ...) qui sont souvent exclus des régimes obligatoires.

## LA COTISATION

La position de la Fédération CGT dans cette négociation était la suivante :

Un contrat unique «famille » avec une cotisation en pourcentage du salaire. Nous étions la seule fédération à revendiquer avec véhémence ces 2 points. Cela représente, en effet, le système le plus solidaire dans l'esprit du principe « chacun paye selon ses moyens et reçoit selon ses besoins ».

### **FORME DU CONTRAT**

L'employeur, soutenu en cela par la plupart des fédérations syndicales, a proposé deux contrats différenciés :

- un contrat « famille » prenant en charge les ayants droits au sens sécurité sociale (excluant de fait le conjoint salarié)
- un contrat « isolé » pour les agents sans ayants droit.

### **STRUCTURE DE LA COTISATION**

L'employeur proposait une cotisation basée pour moitié sous forme de forfait et l'autre moitié en pourcentage du salaire limité à un plafond sécurité sociale.

En fin de négociation, la structure est la suivante :

- 1/3 forfait
- 2/3 en pourcentage du salaire limité à un plafond

Le ratio entre la cotisation « isolé » et « famille » est de 1 à 2.

A ce jour, L'UCANSS ne nous a pas communiqué les éléments permettant un calcul exact des cotisations !

Toutefois, vous trouverez ci-joint un outil Excel [calcul CS.xls](#) permettant de déterminer à partir de la rémunération brute mensuelle une estimation de cotisation basée sur des éléments fournis par l'expert de l'UCANSS.



La cotisation fixée finalement par les assureurs sera sans doute supérieure. Selon l'Ucanss, cet écart ne devrait pas dépassé 1 €par mois

La cotisation étant limitée au plafond sécu, tous les salariés dont le coefficient (coeff de base + ancienneté + compétence) est supérieur à 336 payent la même cotisation.

Est il normal qu'un niveau 4 encore à 24 points du maximum paye la même cotisation qu'un directeur général ?

NB : pour les salariés dont le salaire est inférieur au plafond, la cotisation sera mécaniquement supérieure les mois de mai et septembre (prime de vacances) et décembre (13<sup>ème</sup> mois)

## **ADHESION FACULTATIVE AU REGIME**

**Dans tous les cas ci-dessous, il n'y a aucune participation financière de l'employeur.**

### **SITUATION DES CONJOINTS**

Les conjoints non à charge auront la possibilité d'adhérer au régime des actifs en contrepartie d'une cotisation forfaitaire fixée par les assureurs. Selon l'UCANSS, cette cotisation devrait se situer entre 45 et 50 € mensuels.

### **SITUATION DES INVALIDES**

*Invalides dont le contrat de travail est suspendu et qui n'ont pas d'activité salariée :*

La fédération CGT, argumentant sur la suspension du contrat de travail, revendiquait une adhésion au régime des actifs avec participation financière de l'employeur.

Refus de l'UCANSS

Néanmoins, au terme de la négociation, il est inscrit dans le protocole d'accord, que les invalides dont le contrat de travail est suspendu, pourront adhérer, à titre facultatif, au régime des actifs avec une cotisation forfaitaire assise sur 75% du plafond de la Sécurité Sociale. Selon l'UCANSS, cette cotisation devrait se situer entre 38 et 42 € mensuels pour un isolé, le double pour une famille.

*Invalides démissionnaires ou licenciés (contrats rompus)*

Ils sont concernés par le titre II du projet d'accord et pourront adhérer, s'ils le désirent, au régime des anciens salariés aux taux forfaitaires fixés par les assureurs, tels que définis pour les retraités.

## LA COMMISSION PARITAIRE DE PILOTAGE

Il est constitué, légalement, une commission paritaire de pilotage qui aura en charge de gouverner le régime.

Ses pouvoirs sont étendus :

- Au regard des résultats comptables annuels, elle pourra faire évoluer les cotisations de + ou - 2 % et adapter les prestations dans la limite de + ou -10 %.
- Elle peut procéder aux aménagements requis en cours d'année.
- Elle détermine les modalités de partage des risques et de la répartition des organismes au regard de l'assurance et de la gestion.

Dans le texte de l'accord, la phrase définissant le collège salarié est ambiguë. Il faut évidemment lire que **chacune** des fédérations affiliées à une confédération aura au total 2 représentants, ce qui fait un collège de 10 salariés face à un collège de 10 directeurs.

Concernant son fonctionnement, la fédération CGT a obtenu, qu'en absence de consensus au sein de la commission, les décisions soient prises à la majorité dans les **2 collèges**. C'est très important car si le collège employeur reste soudé, il faudra alors une majorité d'un peu plus des  $\frac{3}{4}$  pour qu'une décision soit adoptée. Cela évitera ce qui se pratique dans d'autres instances où l'employeur, avec l'aide d'une seule voix « salariée » emporte la majorité....

## LES OPERATEURS

Au début de la négociation, deux thèses opposées étaient en présence :

1 - les 5 négociateurs « minoritaires » (SNFOCOS, CFTC, CFTC agt de direction, CGC et CGC agt de direction) revendiquaient de confier le contrat aux institutions de prévoyance, à l'exclusion totale du monde de la mutualité.

2 - Les fédérations CGT, FO, et, dans une moindre mesure la CFDT souhaitaient confier la gestion du régime aux mutuelles, qui couvrent actuellement 85 % des organismes de sécurité sociale, qui ont fait leurs preuves et qui, contrairement aux IP, n'ont pas de lien avec des organismes assurantiels.

Au terme des dix huit mois de négociations, le contrat est confié en co-assurance et co-gestion à hauteur de 50 % pour l'UNPMF (mutualité), 25 % à l'AG2R et 25 % à Médéric.

Les 3 opérateurs ont donc travaillé ensemble à une cartographie de répartition sur le territoire. Le principe retenu (sauf cas particuliers très isolés) est que pour un organisme correspond un seul opérateur, en général la mutuelle existante à ce jour, qui gèrera les dossiers des agents concernés sous l'égide, soit de l'UNPMF, soit de l'AG2R, soit de Médéric (selon la cartographie), étant entendu que les 3 opérateurs gèrent le même contrat (chaque salarié bénéficie de mêmes prestations pour un même taux de cotisation).

Pour la fédération CGT, la solution finale devait préserver l'existence de toutes les mutuelles sécu « adhérentes » à l'UNPMF.

La cartographie qui semble être arrêtée aujourd'hui par l'UCANSS et les trois opérateurs ne permet pas de garantir la pérennité de toutes les mutuelles professionnelles ou sections professionnelles de la Sécurité Sociale.

## PARTICIPATION EMPLOYEUR

Dans le cadre d'un contrat obligatoire, l'employeur est tenu de participer financièrement sur le contrat des actifs.

Dans cette négociation, la Fédération CGT a revendiqué, dès le début, une prise en charge par l'employeur d'au moins 60 % de la cotisation.

L'employeur, au départ, avançait la possibilité de participer au moins à 40 % en récupérant les sommes dégagées par le paiement de la CMD (Cotisation de Maintien de Droits négociée lors du passage du régime particulier CPOSS au régime ARCCO/AGIRC), payée par tous les agents présents dans un organisme de sécurité sociale antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 1994, et dont les 15 ans d'existence viennent à échéance au 31 décembre 2008 (pour mémoire : 1,5 % employeur et 1,5 % salarié).

Au fil des négociations, l'employeur a proposé une participation à 50 %.

Lors de la RPN du 25 juin 2008, toutes les fédérations syndicales ont demandé, qu'au final, l'employeur participe à hauteur de 60 %.  
Refus catégorique du COMEX.

Seule la fédération CGT a défendu, lors de la RPN de juillet, la revendication de 55 % employeur et 45 % salarié (ce qui permettait une baisse de 10% de la cotisation à charge du salarié). Les autres fédérations n'ont pas suivi la CGT sur cette revendication ! C'est donc, au final, avec l'aval de 8 signataires potentiels sur 10 que l'employeur a pu inscrire dans le projet d'accord une cotisation à la charge pour moitié « employeur », pour moitié « salarié ».

**Pour info** : le « coût » pour l'employeur de la complémentaire santé se situe à hauteur de 75 millions d'euros annuels pour une participation de 50 %. Répondre à la revendication de la CGT lui aurait fait engager 7,5 millions d'euros supplémentaires. Ce nombre peut être comparé à un autre !...

Officiellement, les chiffres viennent de paraître, le montant cumulé 2006/2007 de la non exécution budgétaire sur les comptes « charges de personnel » s'élève, toutes branches confondues, à 233 millions d'euros !...

Chacun appréciera « l'effort » de l'UCANSS dans ce dossier !

## POUR LES RETRAITES

### 1<sup>ère</sup> proposition de l'employeur :

Sur cotisation des actifs à hauteur de 5€ environ par mois pour alimenter un fonds qui viendrait aider à la cotisation des futurs retraités, la situation des anciens retraités devant se régler avec les comités d'entreprise !....

Cette sur cotisation aurait rapporté 12 millions d'euros par an à ce fonds qui n'en aurait versé que 3,6 millions par an en aide pour les retraités. C'était un véritable fonds de pension. De plus l'aide prévue par retraité était évaluée à ....80 € par an !...

### Situation en fin de négociation :

Un fonds de financement est mis en place pour aider à la cotisation de **tous les retraités**, anciens et futurs.

Ce fonds est alimenté par le reversement de l'alignement sur paie qui est actuellement versé pour moitié aux comités d'entreprise, pour moitié à la CAPSSA, notre institution de prévoyance. Cela représente, bon an, mal an 20 millions d'euros.

Selon le nombre de retraités actuels et futurs qui viendront adhérer au régime (adhésion facultative), l'aide qui leur sera apportée se situera entre 20 % et 30 % de leur cotisation, compte tenu des 20 millions disponibles.

Ainsi, dans le scénario le plus défavorable qui verrait les opérateurs majorer le cotisation totale de 150 % au moment du passage de la retraite (augmentation maximum prévue par la loi Evin), la cotisation pour une adhésion d'un retraité « isolé » se situerait à 1 050 € par an environ. L'aide apportée par le fonds de financement serait de 210 € par an pour un abattement de 20 % et jusqu'à 315 € par an pour un abattement de 30 % (ces montants sont à doubler pour la cotisation « famille », couvrant, comme pour les actifs, les ayants droits au sens sécurité sociale.

### Conséquence pour les comités d'entreprise :

Les CE conservent la même dotation, soit 2,75 % de la masse salariale.

Ils perdent, certes, l'alignement sur paie, mais récupèrent évidemment l'intégralité des sommes, jusque là, dévolues aux mutuelles. Le rapport est pratiquement toujours favorable. Donc, tous les CE qui participent aux mutuelles, seront bénéficiaires, financièrement, après la mise en place du régime complémentaire obligatoire.

### Conséquence pour la Capssa

Compte tenu du ratio cotisations/prestations et des réserves de notre régime de prévoyance, le Conseil d'Administration de la Capssa a déclaré que la perte de 10 millions d'euros annuels n'entravait en rien la pérennité et l'équilibre financier du régime.

## LE TABLEAU DE PRESTATIONS

Au début des négociations, l'UNMOS et l'UNAMUPOS (unions nationales des mutuelles sécu) nous ont proposé un projet de prestations basé sur la moyenne haute de ce qui se pratique actuellement dans nos mutuelles. Cela a été la base des négociations. L'UCANSS a donc demandé aux fédérations syndicales d'amender ce projet.

Seule la fédération CGT a travaillé sur ce thème et pratiquement toutes nos propositions d'amélioration ont été retenues.

Au final, le tableau de garantie, qui est le même pour les actifs et les retraités, est, nous semble-t-il, intéressant, notamment en optique et dentaire, ce qui, pour la CGT, avait une importance capitale.

Nous n'avons pu obtenir alors que beaucoup de mutuelles le proposent les prestations « assistances » et « obsèques » (prime décès, avance frais obsèques).

Vous trouverez ci après le tableau de garanties tel que proposé dans le protocole d'accord ainsi que les propositions de base de l'UNMOS et UNAMUPOS.

ACTES	REMBOURSEMENT MAXIMAL DANS LA LIMITE DES FRAIS ENGAGES	PROPOSITIONS INITIALE UNMOS / UNAMUPOS
<b>Hospitalisation (y compris maternité)</b>		
Honoraires	250 % BR - RSS	120 % BR-RSS
Séjours	250 % BR - RSS	100 % BR-RSS
Forfait journalier [1]	100 % FR	100%
Chambre particulière [2]	50 €	50 €
Lit accompagnant (jusqu'à 15 ans) <sup>1</sup>	30 €	20 €
<b>Pharmacie</b>	100 % BR - RSS	100 % BR-RSS
<b>Frais médicaux courants</b>		
Consultation - visite généraliste	140 % BR - RSS	120 % BR-RSS
Consultation - visite spécialiste	170 % BR - RSS	120 % BR-RSS
Auxiliaires médicaux	100 % BR - RSS	100 % BR-RSS
Actes techniques	150 % BR - RSS	120 % BR-RSS
Radiologie	150 % BR - RSS	100 % BR-RSS
Analyses	100 % BR - RSS	100 % BR-RSS
Analyses hors nomenclature		80 % FR
Autres frais médicaux courants (transport sanitaire ... )	100 % BR - RSS	
<b>Dentaire</b>		
Soins	100 % BR-RSS	100 % BR-RSS
soins conservateurs non remboursés		28,92 € par an et par dent
Prothèses remboursées SS	400 % BR - RSS	400 % BR-RSS
Prothèses non remboursées SS [3]	300 % BR reconstituée	
Orthodontie acceptée	} 300 % BR - RSS	400 % BR-RSS
Orthodontie non acceptée		
Implants dentaires	430 € par implant	
Parodontie	150 € par an et par personne	
<b>Optique [4]</b>		
Verre simple	<i>cf grille</i>	100 % TM + 90 % RAC RAC max 500 € pour 2 verres RAC = reste à charge
Verre progressif	<i>cf grille</i>	
Monture	100 € par an et par personne	

Lentilles médicalement prescrites remboursées ou non	200 € par an et par personne	100 % TM + 200 € par an et par pers
Chirurgie laser	250 € par oeil	
<b>Appareillage médicalement prescrit</b>		
Appareillage remboursé SS	250 % BR -RSS	180 % BR -RSS
Appareillage non remboursé SS	150 % BR reconstituée	80 % BR
Appareil auditif (par oreille)	100 % TM + 1000 € par oreille	100% BR + 80 % RAC RAC max 1500 € pour 2 oreilles
<b>Cure thermale remboursée SS</b>	100 % TM + 230 € par personne ou 275 € pour un enfant accompagné	100 % BR + forfait 230 € (pers seule) ou 275 € si 2 pers ou enft accompagné
<b>Contraception médicalement prescrite</b>	200 € par an	
<b>Actions de prévention</b>	Toutes celles prévues par l'arrêté du 8 juin 2006	

### Grille des garanties en matière d'optique

	Dioptrie		
	≤ 6	6 < D ≤ 8	> 8
Verre simple de cylindre inférieur ou égal à (≤) 4	100 €	200 €	250 €
Verre simple de cylindre supérieur à (>) 4	200 €	250 €	300 €
Verre progressif de cylindre inférieur ou égal à (≤) 4	230 €	300 €	350 €
Verre progressif de cylindre supérieur à (>) 4	300 €	350 €	400 €