

REGARDS CROISES SUR LA PROTECTION SOCIALE

Informations bi mensuelles N° 32
15 janvier 2013

SOMMAIRE

P 1 AGIRC ARRCO

**P 2 Couverture santé et prévoyance,
Regards sur les articles 1 et 2 de
l'Accord National Interprofessionnel**

P 3 Regards sur la couverture santé

AGIRC ARRCO



Un effort à partager

Sans mesures nouvelles, les réserves de l'AGIRC seraient épuisées en 2017 et celles de l'ARRCO en 2020.

Déjà, le déficit cumulé des régimes complémentaires atteindra dix milliards d'euros dans cinq ans

Dans un tract, la CFE-CGC appelle au respect de **trois principes** :

- le caractère contributif des retraites complémentaires
- la nécessité d'un effort partagé par tous (actifs, retraités, entreprises)
- la lisibilité du dispositif en termes de contrepartie financière (recettes, dépenses).

Son postulat : « la garantie du niveau des droits à la retraite pour les jeunes générations ! ».

EDITO

Alors que le chômage et la précarité explosent, les partenaires sociaux poursuivent leurs négociations sur les sujets brûlants :

FLEXISECURITE

Au terme de trois mois de négociation difficile, un accord a été conclu le 11 janvier.

Au-delà des mesures touchant directement le droit du travail, le compromis esquisse la création d'une complémentaire santé pour tous les salariés et la mise en place de droits rechargeables à l'assurance chômage.

La CFE-CGC restera vigilante sur la déclinaison des accords nationaux et de branche prévus dans cet accord en matière de protection sociale.

AGIRC ARRCO

Nouveau rendez vous de négociations le 15 Janvier.

La CFE-CGC y porte ses propositions.

Un début d'année dense avec des enjeux sans précédent.

Une année 2013 que je souhaite à chacun de vous riche en épanouissement personnel, familial, professionnel et syndical.

Danièle KARNIEWICZ

Secrétaire Nationale, Secteur Protection Sociale

COUVERTURE SANTE ET PREVOYANCE

REGARDS SUR LES ARTICLES 1 ET 2 DE L'ACCORD NATIONAL INTERPROFESSIONNEL

Le chef de l'Etat avait donné trois mois pour trouver un accord en vue d'une réforme du marché du travail. Celui-ci a finalement été arraché vendredi 11 janvier par 3 organisations syndicales : CFE-CGC, CFDT et CFTC ! Le gouvernement doit maintenant traduire ces mesures dans un projet de loi qui devrait être présenté le 6 ou le 13 mars. Il incombera ensuite au Parlement de voter le texte.

Tout le monde s'accorde à reconnaître que cet Accord National Interprofessionnel constitue une véritable avancée sur le plan du dialogue social. Au-delà des accords de flexibilité, la création d'une rupture conventionnelle collective et les avancées en terme de gouvernance, cet accord met en place la généralisation de la complémentaire santé aux salariés qui ne disposent aujourd'hui d'aucune couverture.

Au cours des discussions, la question des modalités d'adhésion à cette complémentaire santé a fait l'objet de nombreuses contre propositions de la part de la CFE-CGC.

AU FINAL



GENERALISATION DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE

Une mise en place en 3 étapes

1ere ETAPE : Ouverture des négociations avant le 1er avril 2013 dans le cadre des accords de Branche :

Sur quel principe ? : Le libre choix. Car les accords de Branche doivent laisser aux entreprises la liberté de retenir le ou les organismes assureurs de leur choix (pas de clause de désignation).

Comment est tempéré ce principe ?

- La faculté pour les accords de Branche de « recommander aux entreprises de s'adresser à un ou plusieurs organismes assureurs ou institutions pouvant garantir cette concurrence après mise en œuvre d'une procédure transparente de mise en concurrence ». Une note en bas de page de l'ANI précise qu'un groupe de travail paritaire définira dans les trois mois les conditions de « mise en concurrence transparente ».
- La possibilité pour les accords de Branche de définir, quels que soient les organismes éventuellement recommandés, les « contributions dédiées aux objectifs de solidarité » (Action Sociale) et les avantages relevant de garanties particulières.

2eme ETAPE : A défaut d'accord de Branche signé avant le 1er Juillet 2014 : Négociations d'accord entreprise

Les entreprises non couvertes par une complémentaire santé ouvriront les négociations dans le cadre de l'obligation annuelle de négocier sur la prévoyance prévue par le code du travail.

3 eme ETAPE : A défaut d'accord pris conformément à la première et seconde étape :

Les entreprises concernées seront tenues, au plus tard à compter du 1er Janvier 2016, de faire bénéficier leurs salariés d'une couverture couvrant un panier de soins minimum.

Quel est le panier de soins garanti ?

- 100% de la base Sécurité sociale pour une consultation, les actes techniques et la pharmacie de ville et hospitalière ainsi que le forfait journalier hospitalier
- 125% de la base de remboursement des prothèses dentaires
- Forfait optique de 100 € par an.

Comment sont prises en charge les cotisations ?

De façon mutualisée : 50% salariés / 50% employeurs

DISPOSITIONS SPECIFIQUES POUR LES DEMANDEURS D'EMPLOI

Les Branches professionnelles disposent d'un délai d'un an pour mettre en place un système de mutualisation du financement du maintien des garanties de couverture complémentaire des **frais de santé**. Ce délai est porté à **deux ans** pour la mutualisation du financement des **garanties de prévoyance**.

La durée maximale de la **portabilité de la couverture de frais de santé et de prévoyance** est portée de 9 à 12 mois

REGARDS SUR LA COUVERTURE SANTE



Près de 93% des Français bénéficient d'une couverture complémentaire santé dans le cadre de :

- Contrats individuels
- Accords collectifs d'entreprise ou de Branche
- Du dispositif de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C).

Il existe trois types d'organismes complémentaires :

- les **MUTUELLES**
- les **SOCIÉTÉS D'ASSURANCE**
- les **INSTITUTIONS DE PREVOYANCE (IP)**

Environ la moitié de la population est couverte par un contrat individuel (hors CMU-C) et un tiers par un contrat collectif. Enfin, 7% de la population bénéficie de la CMU-C.

Les **CONTRATS INDIVIDUELS** concernent essentiellement les fonctionnaires, les inactifs (notamment étudiants et retraités) et les personnes exerçant leur activité dans des petites entreprises ne proposant ou n'imposant pas de couverture collective.

Les **CONTRATS COLLECTIFS** couvrent collectivement les salariés.

La mise en place d'une complémentaire santé entreprise relève :

- Soit d'un accord collectif : une convention collective au niveau d'une Branche professionnelle, accord d'entreprise ou accord d'établissement
- Soit d'un référendum au sein de l'entreprise ou de l'établissement
- Soit d'une décision unilatérale de l'employeur : c'est le cas par exemple dans les PME.

Selon les accords, l'adhésion au contrat d'assurance complémentaire santé, par les salariés, peut être **FACULTATIVE** ou **OBLIGATOIRE**.

Ce type de contrat offre globalement des garanties supérieures aux contrats individuels. C'est là le corollaire de la contribution de l'employeur qui fait défaut dans les autres types de contrats.

La loi du 31 décembre 1989 dite « loi Evin » a eu pour objet de définir les garanties en matière de protection sociale, et d'assurer une protection accrue de l'assuré.

Ses principes encadrent fortement l'activité des organismes complémentaires au triple plan de :

- la sélection médicale
- l'information
- la poursuite des garanties

Elle a favorisé le maintien d'un contrat d'assurance santé à la fin du contrat de travail pour les personnes quittant une entreprise pour une raison indépendante de leur volonté (pendant 9 mois).

L'absence de couverture par une complémentaire santé est le principal motif de renoncement aux soins.

Ce constat a motivé une politique publique ambitieuse d'encouragement au développement de la protection sociale complémentaire, via la CMU-C, l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé (ACS) et des exonérations fiscales ou sociales associées aux contrats.

Ainsi, la réforme de l'assurance maladie en 2004, qui a instauré les parcours de soins coordonnés, a institué une nouvelle catégorie de contrats : les **CONTRATS** dits **RESPONSABLES** :

Les entreprises et les assureurs complémentaires sont incités à responsabiliser les patients et à les encourager à suivre le parcours de soins coordonnés. Pour bénéficier des avantages sociaux et fiscaux liés aux contrats collectifs à adhésion obligatoire, les contrats santé d'entreprise doivent respecter strictement le cahier des charges des contrats responsables.