



CNPTP

Commission Nationale Paritaire
Technique de Prévoyance
Convention collective nationale
de travail du 15 mars 1966

UNE VISION PARITAIRE DE VOTRE **PRÉVOYANCE**



Favoriser
la qualité de
vie au travail
et prévenir
les risques
professionnels
dans le
Secteur social
et
médico-social

CNPTP - CCN 66

Journée nationale de rencontre sur la Complémentaire Santé

Compte-Rendu

Paris, le 18 juin 2015



Programme de la journée

- Ouverture de la Journée par Christian Bazetoux, Président
- Présentation de la Complémentaire Santé par Marie-Claude Batteux et Christian Bazetoux
- Questions réponses sur la Complémentaire Santé par Jean-Philippe Regat
- Présentation des organismes assureurs
- Questions réponses

- Stands des Organismes Assureurs
- Stands de la CNPTP





Ouverture de la Journée Nationale par Christian Bazetoux

Bonjour à toutes et à tous,

Je vous souhaite la bienvenue à cette réunion d'information.

Je me présente, Christian Bazetoux, administrateur du Syneas et Président de la CNPTP66 ou autrement dit de la Commission Nationale Paritaire Technique de Prévoyance.

Nous sommes ici réunis aujourd'hui pour vous présenter le régime de complémentaire santé conventionnel.

Mais avant d'entrer dans le vif du sujet, je me propose de vous présenter cette commission nationale.

La CNPTP pilote le régime mutualisé de prévoyance, de la convention collective nationale de travail du 15 mars 1966 – CCNT 66 depuis sa création c'est-à-dire depuis 2005. Elle a pour cela créé une association gestionnaire : l'Ageprev 66.

Elle est composée de représentants des organisations d'employeurs et de salariés signataires des avenants, instituant ce régime conventionnel.

La CNPTP fonctionne donc de manière paritaire pour définir les orientations permettant de le piloter.

D'ailleurs, c'est Marie-Claude Batteux de la CFE-CGC qui me succédera à cette tribune pour vous présenter le régime.



Ouverture de la Journée Nationale par Christian Bazetoux

De même, l'invitation à cette journée a été adressée indifféremment aux employeurs et aux représentants du personnel des associations adhérentes à la CCNT du 15 mars 1966.

La commission est aussi un acteur engagé dans la mise en œuvre d'une politique de prévention des arrêts de travail et des risques professionnels du secteur social et médico-social privé à but non lucratif.



Ouverture de la Journée Nationale par Christian Bazetoux

Vous l'avez compris la CNPTP a été créée dans un premier temps pour gérer le régime de prévoyance (décès-invalidité). Avec la mise en place d'une complémentaire santé conventionnelle, c'est tout naturellement qu'elle a élargi ses compétences à ce régime, pour en assurer la gestion et l'équilibre.

En effet, les questions liées à la protection du salarié en situation de maladie ou d'invalidité relèvent de thématiques communes, il s'agit de traiter de la santé et de qualité de vie au travail.

En gérant dans un même lieu les risques longs et les risques courts, la CNPTP donne une cohérence à ses actions et se positionne comme un acteur de prévention en matière de santé.

De plus, ce régime conventionnel instaure un fonds de solidarité à destination des bénéficiaires de la complémentaire.

J'insiste en outre sur l'importance pour les associations de notre secteur de faire exister pour cette complémentaire santé les notions de mutualisation et de solidarité.



Ouverture de la Journée Nationale par Christian Bazetoux

Si, comme nous le revendiquons, nous appartenons bien à l'économie sociale et solidaire de notre pays, nous assurons la promotion de ses valeurs.

Ce sont des valeurs :

- qui placent les hommes et les femmes au cœur de l'économie et en constitue la finalité ;
- qui prônent une gestion démocratique des structures ;
- où la solidarité et la responsabilité guident la mise en place des actions.

En vous rappelant ces valeurs, je crois vous avoir tout dit sur l'esprit dans lequel ce régime conventionnel a été construit : **respect des personnes, responsabilité et solidarité.**

J'en termine maintenant avec ce propos introductif.



Ouverture de la Journée Nationale par Christian Bazetoux

Je vous rappelle l'ordre du jour de notre réunion :

- Tout d'abord, une présentation de la complémentaire santé par Marie-Claude Batteux de la CFE-CGC et moi-même ;
- Un échange avec vous, en présence de l'actuaire conseil de la CNPTP 66, Jean-Philippe Regat, du cabinet ARRA Conseil ;
- La présentation de chaque organisme assureur :
 - ✓ AG2R
 - ✓ Apicil
 - ✓ Klésia
 - ✓ Malakoff Médéric
 - ✓ Mutex.

Car vous l'avez compris, les éléments de différenciation entre les différents organismes ne portent pas sur les garanties (définies conventionnellement) mais sur les services supplémentaires qu'ils apporteront aux salariés et aux associations.

Je vous invite donc à écouter attentivement la présentation de leurs offres.

- Vous aurez alors la possibilité d'interroger ces organismes au cours d'un débat avec la salle.
- Nous vous proposerons ensuite de partager un cocktail déjeunatoire.
- Enfin, de 14h à 16h, vous pourrez rencontrer les membres de la CNPTP et les différents organismes recommandés sur les stands qui leur sont dédiés. Vous pourrez à cette occasion à la fois poser des questions relevant de situations particulières, recueillir de la documentation, prendre des RDV avec les assureurs.

Bonne journée à vous.



Présentation de la Complémentaire Santé par Marie-Claude Batteux

Rappel de la loi

L'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 prévoit la généralisation de la complémentaire santé à tous les salariés du privé.

Les négociations se font en deux temps, au niveau de la branche/CCN d'abord, au niveau de l'entreprise ensuite.

L'objectif étant que tous les salariés soient couverts au 1er janvier 2016.

A défaut d'accord, les salariés devront être couverts sur le panier de soins minimum défini par décret du 8 septembre 2014 avec un financement 50/50 Employeur/Salarié :

- Pas de limitation de durée du forfait journalier
- Prothèses dentaires remboursés à 125% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.
- Frais d'optique remboursés de 100 à 200 euros (suivant la dioptrie) par période de deux ans (1 an pour les mineurs ou en cas d'évolution de vue)
- Couverture du Ticket modérateur en dehors de la pharmacie (médicaments à faible et modéré services rendus), de l'homéopathie et des cures thermales.

Exemple du ticket modérateur : Le remboursement de la consultation à 23€ d'un généraliste (en respectant le panier de soin) est de 70%, soit 16,10 euros. Le TM est donc de 6,90 euros (23-16,10)



Présentation de la Complémentaire Santé par Marie-Claude Batteux

Les contrats mis en place devront aussi respecter les maxima de garanties définis dans le décret du 18 novembre 2014 pour bénéficier des conditions fiscales (exonération fiscale de la part financée par le salarié, taxe sur les conventions d'assurance réduite à 7%).

Les médecins n'ayant pas signé le contrat d'accès aux soins (CAS) ne pourront faire l'objet de couverture au-delà de 2 fois la base de remboursement de la Sécurité sociale à compter de 2017 (2,25 fois en 2015 et 2016).

La couverture des médecins n'ayant pas signé le contrat d'accès aux soins devra être inférieure de 20% de la base de remboursement de la Sécurité sociale par rapport aux médecins qui ont signé le contrat d'accès aux soins.

Le forfait verres + montures ne devra pas, en fonction de la correction, dépasser 6 valeurs comprises entre 470 € et 850 € tous les 2 ans (réduit à 1 an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue).

La monture ne peut dépasser 150 € à l'intérieur de ce forfait.



Présentation de la Complémentaire Santé par Marie-Claude Batteux

La circulaire d'application est enfin sortie le 30 Janvier 2015 :

- Elle précise les différences à respecter entre praticien ayant ou n'ayant pas signé le contrat d'accès aux soins proposé par la Sécurité sociale.
- Elle traite notamment:
 - des honoraires de médecins (en ville ou en milieu hospitalier),
 - de la possibilité de ne pas garantir les médicaments à 15% ou 30%, ainsi que les spécialités ou préparations homéopathiques ou les cures thermales.
- Elle clarifie également les conditions devant être respectées par les contrats sur-complémentaires à adhésion facultative.
- Elle précise enfin le calendrier de mise en œuvre.



Présentation de la Complémentaire Santé par Marie-Claude Batteux

Le Contrat d'Accès aux Soins :

- Il n'est pas obligatoire de garantir les dépassements d'honoraires pour tous les actes dispensés par les médecins, adhérents ou non au Contrat d'Accès aux Soins.
- La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au CAS est limitée à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Cependant il ne peut être égal à celui prévu pour les plafonds des médecins adhérents au CAS (il doit être inférieur de 20% au minimum).
- Certains praticiens relevant du secteur 2 avec dépassement d'honoraires ont signé un contrat visant à minimiser les dépassements dans la fourchette d'une à deux fois la Base de Remboursement pour l'ensemble des actes pratiqués dans l'année. En échange de l'application du « tact et mesure », les bases de remboursements des actes sont revalorisés et le praticien exempté de charges sociales entre la base usuelle et la base revalorisée.

Pour savoir si un médecin a adhéré au CAS, rendez-vous sur le site
www.ameli-direct.ameli.fr



Présentation de la Complémentaire Santé par Marie-Claude Batteux

La garantie sur-complémentaire

- Lorsque le régime sur-complémentaire est une option faisant partie intégrante du contrat d'assurance garantissant la base obligatoire (ce qui est le cas généralement des dispositifs conventionnels) il doit respecter les plafonds de garantie.
A défaut la totalité du régime serait considéré comme non conforme puisque le respect des plafonds de garanties s'apprécie au regard de la somme des garanties de base obligatoire et des garanties optionnelles.

- Lorsque la garantie sur-complémentaire facultative est un contrat distinct, il est possible de mettre en œuvre des garanties supérieures aux plafonds du décret.
Dans ce cas, seul le niveau sur complémentaire est déclaré non responsable, et est donc soumis à la taxe au taux de 20,27%.



Présentation de la Complémentaire Santé par Marie-Claude Batteux

Le calendrier de mise en conformité :

En cas de modification de l'acte de mise en place, après le 19 novembre 2014 (date de publication du décret) et avant le 1^{er} avril 2015, la mise en conformité doit intervenir au prochain renouvellement, soit le 1^{er} janvier 2016.

En cas de modification à compter du 1^{er} avril 2015 : mise en conformité immédiate. Toutes les modifications sont prises en compte pour cette exigence.

Conclusion

Comme vous le voyez, cela est relativement complexe, tant au niveau technique (positionnement optimale des garanties pour éviter les abus) qu'au niveau juridique (être en phase avec les différents décrets et respecter les obligations nationales). Cela milite très fortement à rejoindre la mutualisation nationale où le pilotage paritaire vous permettra à tout instant d'être juridiquement conforme et techniquement au plus proche de l'équilibre. Ceci sans parler des obligations à venir en matière de respect des actions sociales qui seront définies dans le cadre du règlement national du fonds de solidarité...



Présentation de la Complémentaire Santé par Marie-Claude Batteux

L'appel d'offre

Celui-ci a pour but de sélectionner un ou plusieurs organismes assureurs pour couvrir, organiser la gestion et la mutualisation des garanties, à travers une mise en concurrence.

Les objectifs sont clairement définis, à savoir :

- Optimiser les cotisations tout en privilégiant l'équilibre du contrat par rapport aux services rendus ;
- Assurer une gestion efficace et uniforme des dossiers des salariés ;
- Assurer une information claire et précise pour un pilotage paritaire des régimes.

Dès le 1^{er} trimestre 2014, les partenaires sociaux ont rédigé un cahier des charges avec l'expertise du Cabinet ARRA Conseil, qui accompagne la Commission Paritaire sur la Prévoyance depuis près de 10 ans.



Présentation de la Complémentaire Santé par Marie-Claude Batteux

Après négociations entre tous les partenaires, 4 niveaux de garanties sont retenus entre 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale (soit l'équivalent du panier de soins) et 300%.

A l'issue de l'appel d'offre, 5 organismes assureurs ont été choisis pour être recommandés. Ces 5 organismes ressortaient en tête du classement dans les paramètres retenus dans la grille d'évaluation (qualité de la réponse, qualité de gestion, qualité financière, rapport coûts/garanties, capacité de conseil...).

Il s'agit de :

- AG2R,
- Le groupement de coassurance mutualiste composé de :
Chorum, Adréa Mutuelle, Apréva, Eovi MCD, Harmonie Mutuelle, Ociane.
- Klésia,
- Malakoff Médéric,
- Mutuelle Intégrance.



Présentation de la Complémentaire Santé par Marie-Claude Batteux

Avant de négocier avec les assureurs, il était nécessaire que les partenaires sociaux, employeurs et salariés, s'accordent sur le niveau de garanties tarifé.

Sachant que l'objectif final était la présentation d'un avenant « agréable » par le ministère. Après d'âpres négociations, tant entre organisations syndicales de salariés qu'avec les organisations employeurs, un consensus a pu voir le jour.

Il fallait maintenant harmoniser avec les assureurs un seul tarif, par rapport aux garanties que nous souhaitons. Négociation tout aussi âpre.

Après une gestation de presque 9 mois, l'avenant n° 328 à la CCNT 66 a été signé entre la FEGAPEI et le SYNEAS pour les employeurs, et la CFDT, la CFE-CGC, la CFTC et la CGT pour les salariés, le 1^{er} Septembre 2014. Il a été agréé le 23 décembre 2014.

L'avenant n° 334 à la CCNT 66 est venu réajuster quelques garanties pour être en conformité avec l'ensemble des textes législatifs.

Monsieur BAZETOUX va maintenant vous présenter ces avenants et l'articulation entre la base conventionnelle obligatoire et les options facultatives ou obligatoires.



Présentation de la Complémentaire Santé par Christian Bazetoux

Je me propose de vous rappeler rapidement les termes des avenants n° 328 et n° 334.

Le tableau des garanties négociées vous a été distribué.

Il s'agit de la couverture minimum dont les salariés relevant de notre convention doivent bénéficier.

Ce minimum est bien entendu en conformité avec ce que prévoit la loi.

À cela s'ajoutent des options facultatives

Deux niveaux optionnels ont été négociés (2^{me} et 3^{me} colonne)

Ils peuvent, l'un et l'autre, être souscrits par la structure. Dans ce cas, ils s'imposent aux salariés.

Si ces options ne sont pas rendues obligatoires par la structure, ils constituent des options facultatives pour les salariés et leurs ayants-droits qui peuvent les souscrire au niveau de leur choix.

50 % de la cotisation du régime obligatoire est prise en charge par l'employeur.

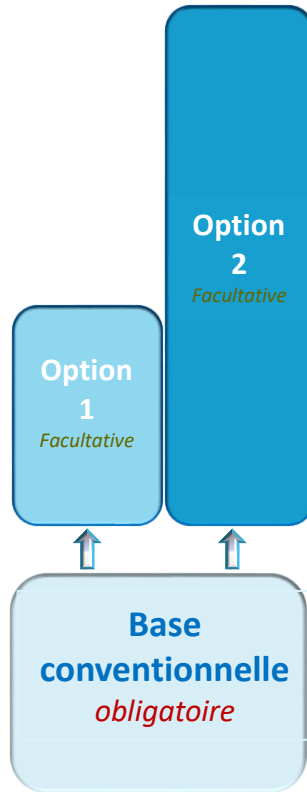
Attention seules les garanties contractées à titre obligatoire par l'association bénéficient de ce régime de prise en charge et de l'exonération fiscale sur la part salarié.

Pour mémoire, la cotisation est calculée en % du PMSS* (1,40 pour le socle) qui correspond en 2015 à 46,92€ soit 23,46 € pour la part salarié.

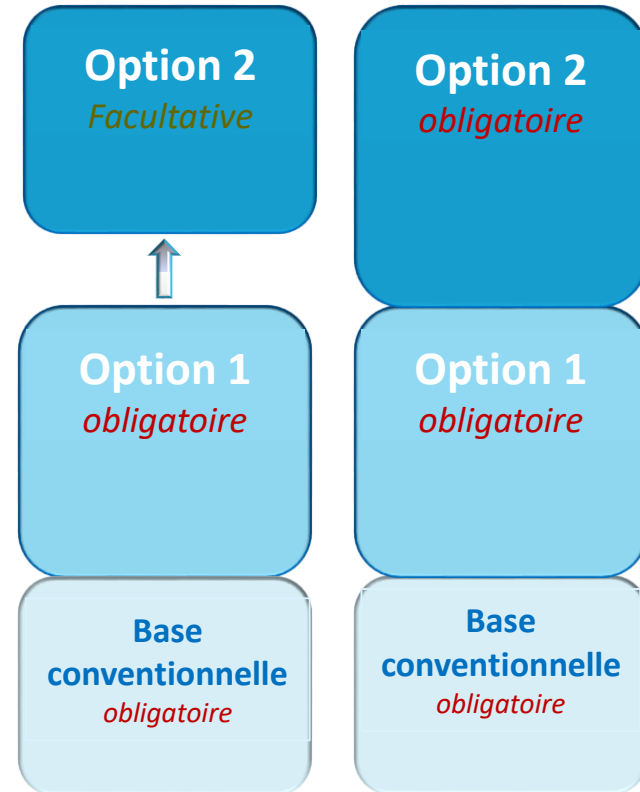
* [Plafond mensuel de Sécurité Sociale](#)



Régime de Complémentaire Santé : Base / Option obligatoire / facultative



Le salarié peut, facultativement, compléter son niveau de garanties par une option 1 ou une option 2, ainsi qu'étendre sa couverture à ses ayants-droits au même niveau de couverture que lui-même.



Une association peut décider de rendre obligatoire un ou les deux régimes optionnels, ou l'affiliation des ayants-droits.



Présentation de la Complémentaire Santé par Christian Bazetoux

La portabilité

C'est le maintien des garanties santé, en cas de rupture du contrat de travail.

La durée de la portabilité est égale à la durée du dernier contrat de travail, limité à 12 mois.

Les anciens salariés n'auront aucune cotisation à acquitter, c'est la mutualisation qui supportera ces prestations et le coût est intégré dans les cotisations actuelles.



Présentation de la Complémentaire Santé par Christian Bazetoux

Le fond social de branche

Le décret du 11 décembre 2014 vient préciser les modalités de mise en œuvre et il appartient à la commission paritaire de branche de définir les orientations des actions et les règles d'attribution des prestations d'action sociale.

Elles s'articulent autour de 3 axes :

- une prise en charge totale ou partielle de la cotisation due par les salariés pouvant bénéficier des dispenses d'adhésion ainsi que ceux pour qui la cotisation représente au moins 10% de leurs revenus bruts.
- le financement d'actions de formation concernant les risques professionnels.
- le financement de prestations d'action sociale

Par exemple : le financement de soins coûteux, prothèse dentaire, appareil auditif, équipement spécifique aux handicapés...

Ce fonds est alimenté à hauteur de 2% des cotisations encaissées.

Les entreprises, même en dehors du cadre de la recommandation, devront mettre en œuvre les mesures d'action définies par la commission de branche.



Présentation de la Complémentaire Santé par Christian Bazetoux

Conclusion

En rejoignant un des assureurs recommandés, vous participez à la mutualisation.

Vous êtes sûrs de bénéficier des conditions prévues par l'avenant, et d'une stabilité des garanties et des tarifs (à législation constante).

Le pilotage paritaire national garanti aux structures et aux salariés d'être juridiquement conforme et techniquement au plus proche de l'équilibre.



Les présentations des Organismes Assureurs



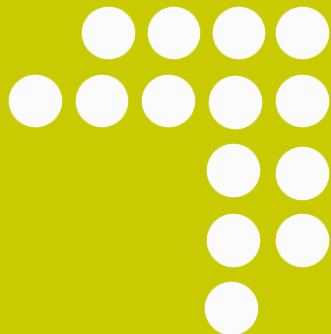
Les présentations des Organismes Assureurs sont téléchargeables sur le site <http://cnntp-cnt66.fr>.



CNPTP

Commission Nationale Paritaire
Technique de Prévoyance
Convention collective nationale
de travail du 15 mars 1966

UNE VISION PARITAIRE DE VOTRE **PRÉVOYANCE**



Merci pour votre
participation

Rendez-vous sur le site de la CNPTP
pour plus d'information :

www.cnptp66.fr

