



Complémentaire Santé-Prévoyance Où en est-on ?

Le 6 janvier 2021

Episode I : Novembre 2020

Lors des premières **séances de négociations des 20 et 26 novembre 2020**, la DG a rappelé que le contrat nous liant à Malakoff Humanis (complémentaire Santé) et à Mutex (Prévoyance) s'achève fin 2021. Elle espère un accord pour fin janvier. Celui-ci devant cantonner les prestations dans le cadre strictement légal (contrat dit « responsable », « 100% Santé ») permettant d'ouvrir au bénéfice des exonérations fiscales.

Or selon elle, compte tenu des évolutions législatives ce n'est plus le cas aujourd'hui, alors même que l'article 49.2 de la CCN (modifié en 2016) stipule justement ce cadre dans lequel l'accord doit s'inscrire et vivre. Et pour la DG, hors de question de ne plus être en mesure de disposer des avantages sociaux et fiscaux. Il y aurait donc nécessité de réajuster le contrat.

Rappelons que les comptes de la prévoyance sont sérieusement plombés ! Bien que les causes puissent en grande partie être liées à la « gestion » des provisionnements par Mutex, il est vrai que depuis le départ tous les protagonistes savaient le dispositif déficitaire. Toutes les parties (y compris la CGT-FO) étaient d'accord pour s'appuyer sur la « cagnotte » de départ d'environ 14 millions d'€. sauf que, le déficit en fin d'exercice (chiffre DG) est de 27 millions d'€ ! les défauts de provisionnement de Mutex sont venus pilonner les prévisions. la DG « s'est arrangée » avec les assureurs (Malakoff et Mutex) pour que 7 millions soit pris sur la cagnotte/réserve, et affirme que les 20 millions restants seront pris en charge par les dits assureurs (Mutex dans un premier volet, Malakoff/humanis en réassurance)... *Mais c'est quand que les organisations syndicales, représentant les agents, ont leur mot à dire sur l'utilisation de l'argent des dits agents ?* La DG n'a pas souhaité s'encombrer avec ça !

Partant de son constat, la DG indique les points qu'elle veut voir modifiés :

- Les cas de suspension du contrat doivent être clarifiés.
- Le calcul des parts patronales/salariés doit respecter les règles URSSAF !!!
- Revoir les règles de fonctionnement de la commission de suivi (CMS).
- Mettre en place un système permettant l'équilibre des comptes de la prévoyance.
 - » Etonnamment sur ce dernier point la DG ouvre 2 pistes :
 - Réduire les capitaux décès
 - Ne plus permettre des « sur-rémunérations » lors des périodes d'arrêts maladie prises en charge par Mutex.
Il est légitime de se poser des questions sur sa volonté réelle quand on sait que ce dernier point est réglé depuis 2016...

Doutes renforcés par plusieurs positions incompatibles exprimées lors des questions réponses qui sont :

- La DG accepte de ne pas baisser les garanties (hors prévoyance qui est un cas à part... *et c'est justement celui qui nous préoccupe et que gère Mutex !*).
- Veut bien ne pas augmenter les cotisations des salariés.
- Déclare que vu le trou, il y aura soit une baisse des prestations, soit une augmentation des cotisations des agents... (???)
- Et « en même temps », assure garantir le budget qu'elle y met (d'environ 82 Millions d'€) mais refuse de l'augmenter.

Des doutes justifiés davantage encore par la question sur la répartition charges patronales/salariales sur la mutuelle qui doit répondre, dit-elle, à des règles d'équité. Or si les cotisations salariales sont en général autour de 20%, sur les plus hauts salaires ils ne représentent que 8% puisqu'au-delà ils dépassent le plafond. C'est ballot... Et c'est un des points ouvert à la discussion par la DG... Quelle solution d'après elle ?... En cette fin novembre, On ne sait pas encore...

Sans vouloir charger la barque, le calendrier des négociations est un autre élément à charge contre la DG : Les négos sont ouvertes alors qu'en pleine crise sanitaire personne n'est vraiment capable de se projeter quant aux coûts réels en 2020/2021. En pratique, en restant dans les limites du marché on pourrait patienter jusqu'à juin et ainsi bénéficier de l'éclairage des chiffrages 2020. Pourquoi vouloir clore la négociation dès fin janvier ?

Autre solution : la loi permet une prolongation de 1 an. Pourquoi ne pas la mettre en œuvre pour négocier sur des bases solides ? Cette habitude de la DG de tout précipiter quand il s'agit de nous tondre est particulièrement désagréable.

En contre-exemple, l'article 10 de la classification programmait l'ouverture d'une négo sur les critères retenus pour nos déroulements de carrières avant mi 2019... ce sujet, lui, n'est toujours pas à l'ordre du jour... étonnant non ?

En attendant la suite, un premier sujet a été ouvert à négociation : la subrogation défaillante dans sa mise en place dans de nombreux cas, particulièrement au moment du « passage de témoin » entre la prise en charge par l'employeur et celle par Mutex.

La DG reconnaît le problème et se déclare prête à verser les salaires à l'identique et par la suite à récupérer les sommes auprès de l'assureur. L'établissement se substituerait à MUTEX comme il le fait pour la sécu. Pour eux il s'agit d'un acte technique qui ne change pas l'accord actuel, ce qui somme toute n'est pas faux. Ouf !, on a trouvé un point d'accord...

Rappelons que la première de nos revendications est le maintien de la prise en charge par l'employeur à 75% du montant de la cotisation. Il s'agit de nos salaires et plus précisément de notre salaire différé pas question de le voir lui aussi rogné !!!... Le contrat

porte sur un marché de 120 M€/an soit sur 5 ans 600 M€. La DG veut rester à ISO budget. La CGT-FO lui demande de nous donner les grands équilibres pour nous permettre d'objectiver les résultats des contrats, de la même manière que cela avait été fait lors des négociations en 2016. Ce qu'elle a refusé dans un premier temps... puis semble finalement disposée à nous les fournir...

Le débat et la conclusion d'un nouvel accord sans que les salariés soient lésés promettent d'être ardues.

Episode II : Décembre 2020

De retour en **CPNN le 17 décembre 2020**, la DG rentre cette fois dans le cœur du sujet et engage concrètement les travaux. Actuellement le déficit est d'environ 24M€/an (8 sur la santé, 16 sur la prévoyance). Elle propose d'augmenter les cotisations pour couvrir 50% de ce déficit et de procéder à des abaissements du niveau de certaines prestations qui couvriraient les 50% restant.

L'augmentation des cotisations est incontournable, sauf à tailler à la serpe dans les prestations, et la DG se dit prête à mobiliser environ 8 à 8,5 M€ supplémentaire aux 80 M€ investis chaque année (incontestable, ce n'est plus de l'ISO budget comme elle l'affirmait en nombre... on a avancé... un peu...). Pour les salariés cela représenterait 3,5M€ en plus des 40 M€ actuels. Ce qui en effet porte le total à 12 M€/an soit 50% des 24 M€.

Insistons : cet argent (part salarié comme part employeur), c'est le nôtre (celui des agents), c'est notre salaire différé !

Pour les prestations : santé et prévoyance, deux aspects sont à prendre en compte. L'un est d'ordre juridique et l'autre est l'équilibre financier.

La DG propose en premier lieu de sécuriser l'aspect juridique du mode de prélèvement des cotisations sur les salaires. Pour ce faire elle propose d'établir un forfait uniforme pour les tranches T1 et T2. C'est selon elle la seule méthode qui permet au contrat d'être conforme à la réglementation URSSAF.

Pour **la santé**, le calcul de la cotisation en %tage du salaire reste possible, cela induit un taux différencié entre T1 et T2. Selon la DG l'augmentation des cotisations à partir d'un certain niveau de salaire ne serait pas soutenable par l'agent.

Or, les textes ayant évolués, et ce n'est pas figé, le contexte est juridiquement instable d'autant que les modalités en œuvre actuellement reposent sur une tolérance de l'URSSAF, puisque pas totalement « dans les clous ». Pour autant, à la Cgt-FO notre dispositif actuel reposant sur le principe « chacun cotise selon ses ressources, chacun reçoit selon ses besoins », nous va très bien. Et de souligner qu'il serait tout de même « fort de café » que l'URSSAF, organisme de Sécurité Sociale, vienne nous redresser... Alors que les fondamentaux de la Sécurité Sociale elle-même reposent sur ce principe !

Sur **la prévoyance**, à l'heure actuelle (sur la base de ce principe donc) nous sommes sur 3 tranches TA, TB et TC. La DG est pour le passage à 2 Tranches seulement T1 et T2, ce qui est plus proche de ce que préconise l'URSSAF. Selon elle le changement n'est pas majeur. Nous restons malgré ces affirmations dans l'attente des données concrètes et des projections à faire suivant les différentes hypothèses émises par la DG pour nous permettre de les évaluer.

Sur **la santé**, on finira le contrat avec un déficit d'environ 2,5M€. Pour la DG donc et là aussi, il va falloir examiner une hausse des cotisations et une baisse des garanties en parallèle. Aujourd'hui les garanties/prestations sont calculées sur un %tage du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale), l'hypothèse présentée par la DG est de basculer en forfait pour un certain nombre de garanties. Les pistes ouvertes portent sur :

- naissance : est-ce le lieu dans un contrat de santé d'avoir ce type de prestations ? n'est-ce pas plutôt dans les activités sociales des CSE ? si cette garantie est maintenue la DG propose un forfait de 350€ au lieu des 15% du PMSS (soit 515€) ;
- les chambres particulières, aujourd'hui 4% du PMSS (soit 137€), or le tarif est inférieur en ambulatoire. La DG propose un forfait à 120€ pour une chambre particulière hospitalière et 90€ la chambre particulière en ambulatoire ;
- les soins dentaires, notamment les implants ; à l'heure actuelle le remboursement par implant est à 685€ dans la limite de 3 implants/an/bénéficiaire soit 2055€/an. La DG propose le passage à 2 implants/an/bénéficiaire avec en parallèle un plafond par implant qui serait de 600€ soit 1200€/an ;
- sur l'optique, la DG propose le passage des verres simples de 160 € à 120€ et des verres complexes de 300€ à 250€ ce qui correspondrait aux tarifs maximum pratiqués dans le réseau KALIXIA. Elle propose également de maintenir la différenciation entre les enfants de moins de 16 ans et les adultes.

La Cgt-FO rappelle qu'il s'agit de notre argent, nous avons donc à cœur qu'il soit bien géré. Avant toute chose, la question est de savoir sur quoi on porte les efforts, qui les porte et à quelle hauteur ? 75% 25% on est toujours là-dessus, or lorsque la DG nous dit 5M€ pour l'employeur et 3,5M€ pour les employés, on n'y est pas ! Cela fait partie des difficultés. Nous rappelons également que pour des raisons règlementaires la cotisation du contrat santé en vigueur au 1^{er} janvier 2012 était passée d'une cotisation de 108,33€ à 118,17€ en 2014. Lors de la renégociation en 2016, nous sommes revenus à 115,70€% à compter du 1^{er} janvier 2017. *Seule la Cgt-FO à l'époque ne souhaitait pas remettre en cause ce montant de 118,17€ qui aurait permis de provisionner la réserve, et notre contrat santé aurait sans doute, même de peu, terminé bénéficiaire. Pendant ce laps de temps l'employeur, et surtout lui, a réalisé des économies substantielles. Quant à notre contrat santé il terminera déficitaire en 2021 !...*

Concernant le forfait naissance, le revoir oui mais en revanche pour nous l'objet de la discussion, c'est de le baisser et non pas de le déconnecter du PMSS. Surtout quand on sait que ce PMSS va être gelé l'an prochain et n'évoluera pas au-delà de 1% voire 1,5% dans les années à venir... alors pour quel raison le déconnecter du PMSS ?

Sur les implants, le coût médian est certes de 930 €, mais il n'est pas rare qu'il soit bien au-delà ! Cela nous pose une difficulté. La proposition globale de la DG représente une baisse de 41,7% pour une population finalement moindre (2400 implants sur une durée

de 4 ans !), soit environ 1,37% des dépenses ! Pas sûr de plus qu'on arrive comme ça à juguler les déficits !!!... Eventuellement nous pourrions être d'accord pour le passage de 3 à 2 implants/an.

A la Cgt-FO nous nous posons également la question de savoir si nous restons sur une durée du contrat à 5 ans. Si oui, ne faut-il pas prévoir une échéance intermédiaire pour voir si nos dépenses sur certains postes doivent être réajustées, bien sûr dans le cadre d'une négociation. Ce qui veut bien dire qu'on ne discuterait pas seulement du niveau de la ou des prestations, mais aussi du niveau de cotisation. Pourquoi ne pas se donner cette opportunité ?

D'une manière générale, pour les modalités de cotisations, pour la Cgt-FO passer à un forfait simple est rédhibitoire. On ne saurait déconnecter les prestations du PMSS et des prestations de la Sécurité Sociale, pour la bonne raison que notre complémentaire et une complémentaire de la Sécurité Sociale.

En l'état, pour la DG c'est simple, l'appel d'offre sera produit sur la base de 75%/25% et de l'abondement de 5M€ pour l'employeur et d'1,6 M€ de cotisations et 2M€ de baisse de prestations pour les salariés. Ou bien une autre solution qui permet de garder le contrat santé en l'état est de partir sur une répartition employeur/salarié de 73%/27% ce qui selon elle représente une augmentation pour les salariés de 2€/mois et qu'il ne faut donc pas écarter. Ou bien encore de basculer des garanties sur la surcomplémentaire sous forme de complément de forfait (chambre hospitalière, implant,) ! Pour la CGT-FO, cette dernière hypothèse est rédhibitoire. Rappelons que l'employeur ne participe en RIEN au financement de cette surcomplémentaire. Il est donc hors de question de le laisser se désengager pas à pas, prestation par prestation, de la prise en charge de nos complémentaires santé/prévoyance.

A cette étape, nous disposons de peu de visions concernant tous les éléments sur lesquels nous devons nous prononcer. Nous sommes toujours en attente de chiffrages pour pouvoir réellement aboutir sur ces questions. La DG s'est engagé à nous les fournir.

Les prochaines séances de négociations auront lieu demain après-midi 7, et les 15, 21 et 25 janvier.