Avenant n°2 à l'accord du 4 juin 2010 relatif à la mise en place d'une couverture supplémentaire maladie des agents statutaires des industries électriques et gazières

ARTICLE 1 : OBJET DU PRESENT AVENANT

Un accord a été signé le 4 juin 2010 afin de mettre en place, au 1er janvier 2011, une Couverture Supplémentaire Maladie (ci-après « CSM ») obligatoire pour les agents statutaires des Industries Electriques Gazières.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 du 23 décembre 2013 (rectifiée le 8 août 2014, puis complétée par le décret du 18 novembre 2014 et la circulaire du 30 janvier 2015) impose aux contrats collectifs frais de santé à adhésion obligatoire dont l'acte juridique a été conclu avant le 9 août 2014, de se mettre en conformité avec les nouvelles dispositions du contrat responsable qu'elle introduit d'ici le 31 décembre 2017, sauf modification de l'acte juridique avant cette date, la mise en conformité s'imposant alors dès l'entrée en vigueur de la modification.

Les complémentaires santé sont l'objet d'une règlementation importante imposant, au-delà des dispositions du contrat responsable, de procéder à des ajustements relatifs à la nouvelle dispense d'affiliation de droit et à la grille de prestations remboursées.

Par ailleurs, les comptes de résultats de la CSM au 31 décembre 2014 affichent des excédents cumulés de près de 27 M€, excédents qui devraient avoisiner 30 M€ fin 2015. Les cinq années de fonctionnement de la CSM ont permis aux partenaires sociaux d'avoir une vision relativement stabilisée des remboursements et des restes à charge sur les différents postes de frais médicaux.

Forts de ces constats, les partenaires sociaux se sont réunis afin de négocier ensemble, d'une part, les conditions d'un rééquilibrage qualitatif et quantitatif des prestations et cotisations de la CSM, et d'autre part, la mise en conformité juridique de la CSM avec les nouvelles règles impactant les complémentaires santé.

ARTICLE 2 : DISPOSITIONS MODIFIEES

Article 3.2. Définition des ayants droit

L'article 3.2 relatif à la « Définition des ayants droit » est remplacé par le paragraphe suivant :

« Sont couverts à titre obligatoire les enfants et le conjoint ayants droit du régime spécial d'assurance maladie des industries électriques et gazières, tels que définis au 1° et 2° du VI de l'article 1er de l'arrêté du 30 mars 2007 modifié par l'arrêté du 23 novembre 2010, relatif au régime spécial d'assurance maladie et maternité des industries électriques et gazières.

Une dispense d'adhésion est ouverte de droit en application des dispositions de l'article D.911-3 du code de la sécurité sociale au choix du salarié, pour ses ayants droit ci-dessus définis, sous réserve que les ayants droit soient déjà couverts à titre obligatoire, par un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la Sécurité Sociale et à condition de le justifier chaque année ».

Article 4.1. Prestations relatives à la couverture obligatoire

L'annexe 1 de l'accord intitulée « PRESTATIONS REMBOURSEES AU TITRE DE LA COUVERTURE SUPPLEMENTAIRE MALADIE » est modifiée à compter du 1er janvier 2016, de manière à :

- Mettre en conformité la grille avec les nouvelles exigences du contrat responsable,
- Améliorer le niveau de remboursement de certains postes.

L'annexe 1 modifiée est jointe au présent avenant.

Le reste des dispositions de l'article 4.1 demeure inchangé.

Article 5.1. Financement de la couverture supplémentaire maladie obligatoire

L'article 5.1. « Financement de la couverture supplémentaire maladie obligatoire » est remplacé par les dispositions suivantes :

« La couverture supplémentaire maladie obligatoire est financée par une cotisation totale fixée en pourcentage de la rémunération principale (gratification de fin d'année comprise) limitée au plafond de la sécurité sociale, en distinguant une cotisation « isolé » et une cotisation « famille ».

Cette cotisation finance la totalité des sommes devant être perçues par les organismes assureurs et gestionnaire.

La cotisation « famille » s'applique obligatoirement aux agents ouvrants droit auxquels sont rattachés un ou plusieurs ayants droit au sens de l'article 3.2. du présent accord. La cotisation « isolé » est due par les agents n'entrant pas dans la catégorie « famille ».

Les agents ouvrants droit ont l'obligation d'acquitter la cotisation (« isolé » ou « famille ») correspondant à leur situation de famille réelle, telle que définie à l'article 3.2. du présent accord, à l'exception de la dispense d'adhésion prévue par ce même article.

Dans le cas de couples constitués de salariés statutaires des IEG, et en présence d'enfants ayants droit, l'un des salariés acquitte une cotisation « famille » et l'autre une cotisation « isolé ». En l'absence d'enfants ayants droit, chacun des salariés acquitte une cotisation « isolé ».

Le coût de la cotisation totale est réparti entre l'employeur (65%) et le salarié (35%).

Les taux de cotisations contractuels Toutes Taxes Comprises sont les suivants :

En % de la rémunération principale, dans la limite du plafond de la sécurité sociale	*Cotisation « Isolé »*	*Cotisation « Famille »*
Cotisation patronale	*0,498 %*	*0,880 %*
Cotisation salariale	*0,268 %*	*0,474 %*
Cotisation totale	*0,766 %*	*1,354 %*

Pour résorber les excédents accumulés depuis 2011 et piloter de façon plus précise la couverture, les parties ont convenu de mettre en place un système d'ajustement de la réserve de stabilité par un taux d'appel des cotisations. Ce système d'ajustement se compose de deux phases.

Dans un premier temps, ce taux d'appel devra permettre de résorber en trois ans les excédents et de ramener la réserve de stabilité à un niveau convenu entre les parties. Ce niveau correspond au montant moyen estimé d'un mois de prestations de l'année en cours.

Dans un second temps, à partir de 2019, le taux d'appel servira à maintenir la réserve à ce même niveau.

Le montant moyen estimé d'un mois de prestations de l'année en cours est calculé comme suit : (prestations payées sur l'année en cours + provisions techniques pour la fin de l'année en cours) divisées par 12 mois.

5.1.1. Ajustement de la réserve de stabilité pour la période transitoire : 2016 à 2018

Par exception aux dispositions de l'article 5.1.2. et afin de tenir compte des excédents cumulés, un taux d'appel a été fixé pour les années 2016 à 2018, d'une part pour les cotisations patronales, et d'autre part, pour les cotisations salariales, aux niveaux indiqués ci-dessous :

Taux patronal : 81,42 %

Taux salarial : 78,51 %

L'application de ces taux d'appel permet de restituer aux employeurs et aux salariés le stock d'excédents, à due proportion des contributions respectives dans leur constitution.

Les taux de cotisations appelés, sur les années 2016 à 2018, seront donc les suivants :

En % de la rémunération principale, dans la limite du plafond de la sécurité sociale	*Cotisation « Isolé »*	*Cotisation « Famille »*
Cotisation patronale	*0,405 %*	*0,716 %*
Cotisation salariale	*0,210 %*	*0,372 %*
Cotisation totale	*0,615 %*	*1,088 %*

5.1.2. Le mécanisme d'ajustement de la réserve de stabilité (après la période transitoire)

L'examen du niveau de la réserve de stabilité est abordé chaque année lors du comité de suivi du second semestre, où sont présentés les résultats réels au 30 septembre de l'année en cours et une estimation du résultat final de l'année en cours.

Le mécanisme d'ajustement vise à éviter que le niveau de la réserve de stabilité s'écarte du montant moyen estimé d'un mois de prestations tel que défini à l'article 5.1. Il fonctionne de la manière suivante :

Le seuil à prendre en compte pour apprécier le montant estimé de la réserve de stabilité est calculé comme suit : 1 x [(prestations payées 9 mois + estimation 3 mois) + provisions techniques (réel 9 mois + estimation 3 mois)] /12 mois.

Si le montant estimé de la réserve de stabilité pour le 31 décembre de l'année en cours est inférieur au seuil défini au paragraphe précédent, alors les assureurs présentent au comité de suivi le taux d'appel applicable aux taux de cotisations contractuels tels que définis à l'article 5.1., qui porterait le montant de la réserve de stabilité au niveau du seuil.

Si le montant estimé de la réserve de stabilité pour le 31 décembre de l'année en cours est supérieur à 1,5 fois le seuil, alors les assureurs présentent au comité de suivi le taux d'appel, applicable aux taux de cotisations contractuels tels que définis à l'article 5.1., qui ramènerait le montant de la réserve de stabilité au niveau du seuil.

Si le montant estimé de la réserve de stabilité pour le 31 décembre de l'année en cours est compris entre le seuil et 1,5 fois le seuil, alors les assureurs présentent au comité de suivi le taux d'appel, applicable aux taux de cotisations contractuels tels que définis à l'article 5.1., qui maintient le montant de la réserve de stabilité au niveau ainsi atteint.

Le comité paritaire visé à l'article 8 de l'accord vérifie la conformité du taux d'appel présenté au regard des dispositions du présent article. Le Président du comité le notifie ensuite à l'apériteur.

Ce taux d'appel s'applique aux cotisations salariales et patronales à partir du 1er janvier de l'année suivante, selon la répartition du coût de la cotisation totale entre employeur et salarié indiquée à l'article 5.1.

Ces ajustements du taux d'appel ne nécessiteront pas la signature d'un avenant à l'accord de branche relatif à la mise en place de la CSM, dès lors que ces ajustements sont conformes aux dispositions du présent article.

Les cotisations salariales dues au titre de la couverture obligatoire sont précomptées sur la paie par les employeurs et versées par ceux-ci à l'organisme gestionnaire avec les cotisations patronales.

En tout état de cause, l'obligation de l'employeur est limitée au paiement des cotisations patronales prévues pour le financement de la couverture supplémentaire maladie obligatoire.

5.1.3. Sortie de la période transitoire : dispositions spécifiques à la fixation du taux d'appel pour 2019

Dans le cadre du comité de suivi du second semestre de 2018, le montant estimé de la réserve de stabilité à fin 2018 (résultant de l'application des taux d'appels définis à l'article 5.1.1.) est considéré comme le niveau désormais obtenu par application des taux contractuels définis à l'article 5.1. Les assureurs présentent au comité de suivi le taux d'appel, applicable en 2019, à ces taux de cotisations contractuels, afin de ramener le cas échéant le montant de la réserve de stabilité au niveau du seuil défini à l'article 5.1.2. »

ARTICLE 3 : DISPOSITIONS FINALES

Article 3.1 : Entrée en vigueur et durée de l'avenant

Le présent avenant entre en vigueur le 1er janvier 2016, date à laquelle il se substitue aux dispositions de l'accord qu'il vient modifier. Il est conclu pour une durée indéterminée.

Article 3.2 : Notification, dépôt, publicité

A l'issue de la procédure de signature, et conformément aux dispositions du Code du travail, le présent avenant sera notifié aux fédérations syndicales représentatives au niveau de la branche professionnelle des industries électriques et gazières.

A l'issue d'un délai de quinze jours suivant cette notification, le présent avenant fera l'objet, à l'initiative des groupements d'employeurs des industries électriques et gazières, des formalités de publicité et de dépôt, conformément aux dispositions du Code du travail.

Article 3.3 : Procédure d'extension de l'avenant

Les signataires conviennent de demander l'extension du présent avenant.

Fait à Paris, le 16 NOV. 2015

Le Président de l'UFE	Le Président de l'UNEmIG
Robert DURDILLY	Marc FLORETTE

Pour les représentants des Fédérations Syndicales

FCE-CFDT	CFE-CGC	CFTC-CMTE	FNME-CGT	FNEM-FO
V. RODET	S. BOULAY-CLAVERIE	A. MICHAUD	L. MANSE	S. LHENRY

ANNEXE 1 MODIFIEE AU 1er JANVIER 2016
PRESTATIONS REMBOURSEES AU TITRE DE LA COUVERTURE SUPPLEMENTAIRE MALADIE

SOINS COURANTS	
Consultations et visites de médecins généralistes signataires du contrat d'accès aux soins (CAS)	60 % de la BR
Consultations et visites de médecins généralistes non signataires du CAS	40 % de la BR
Consultations et visites de médecins spécialistes signataires du CAS	100 % de la BR
Consultations et visites de médecins spécialistes non signataires du CAS	80 % de la BR
Actes techniques, radiologie et autres actes d'imagerie effectués par un professionnel de santé ou par un médecin signataire du CAS	100 % de la BR
Actes techniques, radiologie et autres actes d'imagerie effectués par un médecin non signataire du CAS	80 % de la BR
Consultations d'ostéopathes, de chiropracteurs et d'étiopathes	34€ par séance, dans la limite de 11 séances par an
Auxiliaires médicaux	50 % de la BR
Analyses, prélèvements	50 % de la BR
Analyses hors nomenclature	0,70 % du PMSS
Pansements	40 % de la BR
Le taux de remboursement est majoré de 50 % (sauf médecins non signataires du CAS) pour les soins courants pour les personnes dont le taux d'incapacité est au moins égal à 80 %.	
OPTIQUE - Remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition, sauf pour les mineurs et en cas d'évolution de la vue où le renouvellement peut avoir lieu à l'issue d'une période d'un an. Les prestations de l'équipement sont respectivement minorées ou majorées de façon à respecter les plafonds et planchers fixés pour les contrats responsables.	
Monture : adultes (cf.ci-dessus)	Plafond du contrat responsable sous déduction du rbt RC CAMIEG
Monture : enfants (cf.ci-dessus)	Plafond du contrat responsable sous déduction du rbt RC CAMIEG
Verres : adultes (cf.ci-dessus)	1500 % de la BR
Verres : enfants (cf.ci-dessus)	440 % de la BR
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (un équipement par an)	1,5 % du PMSS
Lentilles refusées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables (forfait annuel)	7,35 % du PMSS
Chirurgie corrective non prise en charge par la Sécurité sociale (par œil)	32 % du PMSS
DENTAIRE	
Soins	100 % de la BR
Prothèses acceptées par la Sécurité sociale	150 % de la BR
Prothèses refusées par la Sécurité sociale mais figurant à la nomenclature	150 % de la BR
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	200 % de la BR
Orthodontie refusée par la Sécurité sociale mais figurant à la nomenclature	300 % de la BR
Couronne sur implant (maximum 5 par an)	10,5 % du PMSS
Implants (maximum 5 par an)	20 % du PMSS
Couronnes ou stellites provisoires : 1 ou 2 dents	2 % du PMSS
3 dents	4 % du PMSS
par dent supplémentaire	1 % du PMSS
Parodontologie (forfait annuel)	8,4 % du PMSS
Autres actes (CCAM) non pris en charge par la Sécurité Sociale sur frais réels limités à 500 € par an	30 % des frais réels
APPAREILLAGE	
Orthopédie et prothèse médicale	100 % de la BR
Prothèse auditive unilatérale	18 % du PMSS
Prothèses auditives bilatérales (par paire)	36 % du PMSS
Forfait annuel pour piles et entretien des prothèses auditives	1,4 % du PMSS
Véhicule pour personne handicapée accepté par la Sécurité sociale	90 % du PMSS
HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, psychiatrie)	
Frais de séjour et honoraires de médecins signataires du CAS, frais de salle d'opération, dans la limite de 5 300 € en établissement non conventionné	100 % de la BR
Honoraires de médecins non signataires du CAS	-
Forfait journalier prévu par l'article L.174-4 du CSS	100 % des frais réels
Frais d'accompagnant (d'un enfant de moins de 16 ans)	1 % du PMSS / jour
Chambre particulière	2,1 % du PMSS / jour
Chambre particulière ambulatoire (hospitalisation de jour)	1,12 % du PMSS / jour
Chambre particulière maternité (8 jours maximum)	2,1 % du PMSS / jour
AUTRES PRESTATIONS	
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale (forfait pour 21 jours)	8 % du PMSS
Prévention : vaccins	1,75 % du PMSS
pilule contraceptive de 3e ou 4e génération (forfait annuel)	1,75 % du PMSS
ostéodensitométrie	2,8 % du PMSS
détartrage annuel des dents	70 % de la BR
scellement des sillons sur molaires avant 14 ans	70 % de la BR
Pack prévention annuel incluant : - psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, podologue, amniocentèse ; - bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans par orthophoniste ; - dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste ; - bracelet GSM sur prescription médicale pour Alzheimer ; - substituts nicotiniques, test hémoccult, tensiomètre prescrits par un médecin.	3,85 % du PMSS

BR = base de remboursement de la sécurité sociale (variable selon les actes)
PMSS = plafond mensuel de la sécurité sociale (à titre indicatif, le plafond mensuel de la sécurité sociale pour 2016 est de ... euros).
CAS = contrat d'accès aux soins

NB : les remboursements de frais de santé effectués au titre de la couverture supplémentaire maladie s'ajoutent à ceux prévus par le régime spécial de sécurité sociale des IEG (prestations de base et complémentaires). Le cumul des remboursements (régime spécial et couverture supplémentaire maladie) ne peut excéder le montant des frais réels.

Des aides exceptionnelles pourront être attribuées en complément par le fonds social.