

## **DOCUMENT DE TRAVAIL**

### **Projet d'accord établissant un régime de couverture des frais de santé au profit des salariés des organismes de Sécurité sociale**

**(Les modifications par rapport au précédent projet apparaissent en gras pour les  
ajouts, et barrées pour ce qui est supprimé)**

## Préambule

### Article 1 – Champ d’application et objet de l’accord

Le présent accord a pour objet de mettre en place un régime collectif unique de couverture des frais de santé dans les organismes du régime général de Sécurité sociale et leurs établissements, au profit des bénéficiaires visés à l'article 2.

Il s'applique également aux organismes dont l'adhésion au régime aura été préalablement acceptée par la Commission paritaire de pilotage visée au titre II.

## Titre I Bénéficiaires

### Article 2 - Adhérents à titre obligatoire

Le régime de couverture des frais de santé est un régime à adhésion obligatoire pour le salarié et ses ayant droits tels que définis au présent article.

L'adhésion s'impose donc dans les relations individuelles de travail, et les salariés concernés ne peuvent s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

#### 2.1. - Salariés

Le présent accord s'applique, sous réserve des dispositions qui suivent, à l'ensemble des salariés des organismes du régime général de Sécurité sociale et de leurs établissements, à l'exception, ~~en l'absence de mesure spécifique les concernant~~, des praticiens conseils chargés du service du contrôle médical du régime général de la Sécurité sociale. **Ces derniers pourront bénéficier du présent accord dès lors qu'une mesure spécifique les concernant sera adoptée.**

#### ***Suspension du contrat de travail***

Les garanties définies par le présent accord, et la participation de l'employeur, sont maintenues à l'occasion de toute suspension du contrat de travail emportant maintien total ou partiel du salaire.

Il en est de même en cas :

- d'arrêt de travail pour maladie ou accident du travail non rémunéré ;
- de congé de maternité ou d'adoption non rémunéré ;
- de congé parental d'éducation dans la limite d'un an.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail, l'adhésion au régime est facultative et ne bénéficie pas du financement par l'employeur.

### ***Dispense d'adhésion***

Peuvent être dispensés d'adhérer aux garanties prévues par le présent accord :

- les salariés sous contrat de travail à durée déterminée, ou occupant un emploi saisonnier, qui justifient de la souscription d'une garantie frais de santé ;
- les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire frais de santé obligatoire dans le cadre d'un autre emploi ;
- les salariés pris en charge au titre de la couverture maladie universelle complémentaire ;
- les salariés qui bénéficiaient déjà d'une couverture frais de santé obligatoire à la date d'effet du présent accord et ce tant qu'ils peuvent justifier de cette couverture obligatoire.

Les salariés concernés doivent faire part explicitement de leur demande de dispense d'adhésion au régime lors de la mise en place de celui-ci, ou lors de leur embauche si elle intervient postérieurement à cette date.

Ils doivent justifier tous les ans qu'ils continuent à remplir les conditions permettant d'obtenir une dispense d'adhésion.

Enfin, bénéficient d'une dispense d'affiliation temporaire les salariés déjà couverts par une assurance individuelle frais de santé lors de la mise en place du présent accord. Cette dispense d'affiliation vaut pour la seule période restant à courir entre la date d'entrée en vigueur du présent régime et la date d'échéance du contrat individuel.

## **2.2. - Ayants droit à titre obligatoire**

Est affilié à titre obligatoire le conjoint couvert par la Sécurité sociale à titre d'ayant droit du salarié.

Est assimilé au conjoint le concubin, ainsi que toute personne liée au salarié par un Pacte civil de solidarité (Pacs).

Est également affilié à titre obligatoire l'enfant âgé de moins de 27 ans du salarié ou de son conjoint à charge tel que précédemment défini et qui remplit l'une des conditions suivantes :

- être à la charge, au sens de la législation Sécurité sociale, du salarié ou de son conjoint, en sa qualité d'ayant droit du salarié ou de son conjoint ;
- poursuivre ses études, et être régulièrement inscrit dans un établissement ;
- être demandeur d'emploi inscrit à l'ANPE et non indemnisé par les Assedic ;

- être sous contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, ou stagiaire à condition de percevoir des revenus inférieurs à 80% du Smic, et de ne pas bénéficier par ailleurs d'un autre régime complémentaire de même nature à adhésion obligatoire.

Ces dispositions s'appliquent sans limite d'âge à l'enfant reconnu invalide, ou handicapé, dans la mesure où il ne perçoit pas de revenus supérieurs à 80% du Smic.

**Peuvent demander à ne pas relever des présentes dispositions les ayants droit couverts à titre obligatoire par un autre régime de complémentaire santé s'ils justifient de cette couverture obligatoire.**

### **Article 3 - Adhérents à titre facultatif**

Peuvent adhérer à titre facultatif au régime **sans participation financière de l'employeur**, en contrepartie d'une cotisation spécifique appelée par l'assureur, et sous réserve de formaliser leur adhésion par écrit :

- le conjoint dit non à charge, c'est-à-dire couvert en qualité d'assuré social à titre personnel et non d'ayant droit de l'assuré, par un régime de Sécurité sociale offrant des prestations en nature, ainsi que ses enfants, dans les conditions définies au point 2.2 ;

- l'enfant de l'enfant couvert par le régime au titre d'ayant droit d'un salarié ;

- les salariés dont le contrat de travail est suspendu, et leurs ayants droit, ne répondant pas aux conditions d'affiliation obligatoire.

**Les salariés dont le contrat de travail est rompu peuvent bénéficier du régime de l'article 7 s'ils remplissent les conditions prévues.**

## **Titre II Commission paritaire de pilotage (CPP)**

### **Article 4 – Composition et fonctionnement**

Une Commission paritaire de pilotage (CPP) est constituée.

Elle est constituée de deux collègues.

L'un composé de deux titulaires au total pour l'ensemble des organisations syndicales nationales affiliées à chacune des cinq confédérations représentatives au plan national, et d'autant de suppléants.

L'autre composé :

- du directeur de chacune des caisses nationales ou de son représentant ;
- du directeur de l'Ucanss ou de son représentant ;
- de cinq directeurs locaux et d'autant de suppléants.

La Commission paritaire de pilotage élit en son sein un président et un vice-président qui ne peuvent appartenir au même collège.

La durée du mandat des membres de la Commission paritaire de pilotage est de 5 ans.

Leur mandat est renouvelable.

Les membres suppléants ne siègent qu'en l'absence des membres titulaires.

Si, ni le titulaire, ni le suppléant ne peuvent siéger, ils peuvent donner un pouvoir à un membre de leur collège.

La Commission paritaire de pilotage peut valablement délibérer dès lors que les deux collèges sont représentés.

Les décisions sont adoptées **par consensus, et, à défaut**, à la majorité des votes exprimés **dans chaque collège**.

La Commission paritaire de pilotage peut élaborer son règlement intérieur déterminant les conditions de son fonctionnement.

## **Article 5 - Attributions**

La Commission paritaire de pilotage a pour mission :

- de veiller à la parfaite application du présent accord, tant au regard des droits et obligations des organismes et de leurs salariés et anciens salariés, qu'au regard des conditions de gestion du régime par les assureurs ;
- de déterminer les modalités de partage des risques (coassurance) et de la répartition des organismes au regard de l'assurance et de la gestion ;
- d'établir, avec le concours éventuel de tous conseils extérieurs utiles, les comptes consolidés du régime de façon à vérifier, en permanence, les conditions dans lesquelles la mutualisation du régime est garantie par les assureurs. A cette fin, la Commission paritaire de pilotage homologue les assureurs susceptibles de participer à la garantie de la couverture des frais de santé. Elle est destinataire de toutes les informations liées aux comptes de résultats tenus par les assureurs. Elle veille à la parfaite coordination des interventions des différents assureurs homologués et peut, à cette fin, établir tout règlement intérieur relatif notamment à la procédure

d'homologation et/ ou aux obligations devant être respectées par lesdits assureurs, dès lors que ce / ces règlement(s) complète(nt) les dispositions du présent accord ;

- de déterminer les conditions de gestion propre à garantir la meilleure qualité de service aux salariés et anciens salariés ;

- de faire toutes propositions aux organisations syndicales et à l'Ucanss visant à garantir à long terme l'équilibre du régime ;

**- de contrôler l'évolution des cotisations et des couvertures du régime des anciens salariés (article 7) ;**

- d'intervenir en qualité d'arbitre en cas de difficultés, liées à l'application ou l'interprétation du présent accord, survenant entre les organismes de Sécurité sociale et les assureurs ;

- de contrôler que toutes les conventions susceptibles d'être conclues entre les assureurs, eux-mêmes ( ou avec tout tiers susceptible d'intervenir dans la gestion administrative ou financière du régime), concourent effectivement aux objectifs de mutualisation et à la qualité de la couverture ; à cette fin, la Commission paritaire de pilotage dispose de l'autorité requise sur les assureurs homologués ( et les tiers) pour leur enjoindre de ne pas recourir à tout procédé susceptible de contrevenir à ces objectifs et / ou de ne pas les appliquer ;

- d'établir, à destination des organisations syndicales représentatives et de l'Ucanss, tous les 4 ans, un rapport circonstancié sur les conditions dans lesquelles les assureurs garantissent la mutualisation du régime, sans préjudice de les saisir, sans délai de toute difficulté ;

- d'accepter, ou de refuser, l'adhésion au régime de tout organisme ~~en faisant~~ **qui en fait** la demande, **à condition qu'il soit tenu à l'égard de tout ou partie de ses salariés par une ou plusieurs des conventions collectives nationales de travail applicables au sein du régime général de la Sécurité sociale.**

Pour mener à bien ses missions, la Commission paritaire de pilotage, sous son contrôle permanent, peut s'associer le concours de tous conseils et notamment d'actuaire, de juristes et / ou de conseils en assurance et / ou finances. Le coût des conseils extérieurs est pris en charge par l'Ucanss. Un actuaire choisi par la Commission paritaire de pilotage approuve, chaque année, les comptes consolidés.

### **Titre III**

## **Caractéristiques des garanties et financement**

### **Article 6 - Régime pour les salariés en activité.**

#### **6.1. – Les garanties.**

##### **6.11. - Conditions générales**

Le présent régime a pour objectif de s'inscrire dans les conditions d'un contrat responsable, en se conformant au cahier des charges du contrat aidé tel que défini au titre 7 du livre VIII du Code de la Sécurité sociale selon ses dispositions actuelles et futures.

Sauf exceptions expressément prévues ci-après, la couverture frais de santé n'intervient qu'en complément des remboursements effectués par les régimes maladie et maternité de la sécurité sociale, selon les modalités suivantes :

- soit, sur la base des remboursements effectués par la Sécurité sociale (RSS) ;
- soit, en fonction de la base des remboursements utilisée par la Sécurité sociale (BR) ou du tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) ;
- soit, sur la base des frais réels (FR) avec application éventuelle d'un maximum du remboursement exprimé en euros ;
- soit encore selon des remboursements forfaitaires.

En tout état de cause, conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, les remboursements ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire (assuré ou ayant droit) après les indemnisations de toute nature, cette règle jouant acte par acte.

## 6.12. - Tableau des garanties

Le montant des remboursements est fixé comme suit :

ACTES	REMBOURSEMENT MAXIMAL DANS LA LIMITE DES FRAIS ENGAGES
<p><b>Hospitalisation</b></p> <p>Honoraires chirurgicaux</p> <p>Frais de séjour et honoraires médicaux</p> <p>✓ Conventionné</p> <p>✓ Non conventionné</p> <p>Forfait journalier hospitalier</p> <p>Chambre particulière</p> <p>Lit accompagnant (enfant moins de 15 ans)</p> <p>Transport</p> <p>Actes techniques</p>	
<p><b>Consultations / Visites</b></p> <p>Consultation/visite généralistes</p> <p>Consultation/visite spécialistes</p> <p>Consultation professeur</p>	
<p><b>Frais pharmaceutiques</b></p> <p>Si remboursement de la sécurité sociale (hors médicaments à 15%)</p>	
<p><b>Frais médicaux courants</b></p> <p>Radiographie</p> <p>Analyses</p> <p>Analyses hors nomenclature</p> <p>Soins infirmiers</p> <p>Autres auxiliaires médicaux</p>	
<p><b>Appareillage</b></p> <p>Orthopédie et prothèse (autre que dentaire et auditive)</p> <p>✓ Remboursée</p> <p>✓ Non remboursée</p> <p>Prothèse auditive</p>	

<b>Dentaire accepté par la Sécurité sociale</b>	
Soins dentaires Soins conservateurs non remboursés SS Prothèses dentaires Orthodontie acceptée ou non Implants, actes non remboursés	
<b>Optique<sup>1</sup></b>	
Par monture	
Par verre	
Lentilles remboursées ou non	
Chirurgie laser	
<b>Frais de maternité</b>	
<b>Actes de prévention</b>	

Ces couvertures excluent la prise en charge de :

- la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins (absence de désignation du médecin traitant, consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant) ou, à compter de sa mise en place, de non autorisation d'accès au dossier médical personnel (article L.161-32-2 du Code de la Sécurité sociale),
- les dépassements d'honoraires sur les actes techniques et cliniques lorsque le bénéficiaire ne respecte pas le parcours de soins, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques,
- la participation forfaitaire mise à la charge de l'assuré pour les actes et consultations réalisés par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (hors hospitalisation) et pour les actes de biologie (article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale),
- les franchises médicales applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires (article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale).

## 6.2. – Le financement

### 6.21 - Base et assiette des cotisations

Le financement du régime est assuré par une cotisation à la charge pour moitié de l'employeur et pour moitié du salarié.

Les cotisations sont exprimées sur la base :

- d'une partie forfaitaire pour la moitié de la cotisation ;

<sup>1</sup> Un équipement par an et par bénéficiaire âgé de plus de 16 ans

- et d'une partie fixée en pourcentage de la rémunération limitée à une fois le montant du plafond annuel du régime général de la Sécurité sociale en vigueur au cours de la même période, pour l'autre moitié.

L'assiette des cotisations est constituée par le salaire mensuel brut d'activité majoré, s'il y a lieu, de l'allocation vacances et de la gratification annuelle et de tout autre élément de rémunération ayant le caractère de salaire soumis à cotisations sociales.

## **6.22 - Montant des cotisations**

On distingue deux catégories de cotisations qui sont fonction de la situation réelle de famille du salarié :

- la cotisation isolé correspond à la situation du salarié ~~seul (célibataire, veuf, divorcé ou séparé de corps)~~ n'ayant aucun ayant droit à titre obligatoire tel que défini à l'article 2.2. ;

- la cotisation famille correspond à la situation du salarié ~~mariés, pacsés, ou vivant en concubinage, ainsi qu'à celle des salariés seuls (célibataires, veufs, divorcés ou séparés de corps)~~ ayant un ou plusieurs ayants droit **à titre obligatoire tel que défini à l'article 2.2.**

Pour les couples dont les deux membres sont bénéficiaires du présent régime à titre obligatoire en tant que salariés :

- en présence d'enfants à charge à titre obligatoire, l'un relève de la cotisation famille, l'autre de la cotisation isolé ;

- en l'absence d'enfants à charge à titre obligatoire, les deux relèvent de la cotisation isolé.

Le montant des cotisations est fixé à :

### ▪ **Cotisation isolé :**

- partie forfaitaire : X % du montant du plafond annuel du régime général de la Sécurité sociale en vigueur pour la période considérée ;

- partie fixée en pourcentage de la rémunération : Y % du montant de la rémunération au sens de l'article 6.21. du présent accord, limitée à une fois le montant du plafond annuel du régime général de la Sécurité sociale en vigueur au cours de la même période.

### ▪ **Cotisation famille :**

- partie forfaitaire : X % du montant du plafond annuel du régime général de la Sécurité sociale en vigueur pour la période considérée ;

- partie fixée en pourcentage de la rémunération : Y % du montant de la rémunération au sens de l'article 6.21. du présent accord limitée à une fois le

montant du plafond annuel du régime général de la Sécurité sociale en vigueur au cours de la même période.

Les cotisations sont appelées à hauteur de X % pour les salariés bénéficiant du régime local de sécurité sociale des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

### **6.3. - Evolution du régime**

Au début de chaque année, au vu des résultats financiers du régime, la Commission paritaire de pilotage étudie la nécessité d'aménager les cotisations et/ou les prestations du régime.

Elle procède aux aménagements nécessaires ~~sur~~ **dans la limite d'une variation relative de +/- 2 % par an pour les taux de cotisations**, et, en fonction de leur impact sur la charge du régime, ~~sur les prestations, dans la limite de +/- 2 % par an.~~ **de +/- 10 % par an par nature de prestation. Ces deux aménagements peuvent se cumuler autant que de besoin.**

### **Article 7 - Régime pour les anciens salariés**

#### **7.1. – Bénéficiaires**

##### ***7.11. - Ancien salarié bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou des allocations chômage***

Sont concernés les **anciens salariés** bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou des allocations de l'Assedic (ou toute structure s'y substituant), qui n'exercent pas d'activité professionnelle et qui, à leur dernier jour d'activité, étaient salariés d'un organisme de Sécurité sociale.

Les intéressés peuvent bénéficier, s'ils en réunissent les conditions, et s'ils acceptent les conditions de l'assureur, des dispositions visées à l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 relative au maintien des couvertures.

Dans ce cas, ils sont tenus d'adresser une demande conforme à l'assureur auprès duquel le régime était garanti lorsqu'ils étaient salariés (ou de tout autre assureur qui s'y substituerait) et ce, dans les 6 mois qui suivent leur dernier jour d'activité. Leur situation est alors exclusivement régie par le contrat qui les lie audit assureur ; les organismes de Sécurité sociale ne pourraient en aucun cas être tenus de quelque engagement que ce soit à leur égard.

**La Commission paritaire de pilotage vérifie la teneur du contrat qui les régit ainsi que la cotisation proposée et les frais et chargements techniques considérés.**

##### ***7.12. - Ayant droit d'un salarié décédé***

Les ayants droit d'un salarié d'un organisme de Sécurité sociale décédé peuvent bénéficier, s'ils réunissent les conditions fixées à l'article 4 de la loi n°89-1009 du

31 décembre 1989 et s'ils acceptent les conditions de l'assureur, des dispositions de cet article sous réserve d'adresser une demande conforme à l'assureur auprès duquel le régime était garanti au profit du salarié décédé (ou de tout autre assureur qui s'y substituerait) et ce, dans les 6 mois du décès. Leur situation est alors exclusivement régie par le contrat qui les lie audit assureur ; les organismes de Sécurité sociale ne pourraient en aucun cas être tenus de quelque engagement que ce soit à leur égard.

### **7.13. - Ancien salarié et / ou ayant droit bénéficiant à la date d'entrée en vigueur du régime des garanties de frais de santé dont il bénéficiait du fait d'une activité professionnelle au sein d'un organisme de Sécurité sociale**

Sont concernés les anciens salariés d'un organisme de Sécurité sociale et / ou leurs ayants droit qui, à la date d'entrée en vigueur du présent accord, bénéficient ~~du~~ ~~maintien~~ des garanties de frais de santé dont eux-mêmes ou leur auteur avaient bénéficié au temps et de par leur activité professionnelle au sein de l'organisme de Sécurité sociale.

Les intéressés peuvent, **notamment**, si ces conditions sont réunies :

- soit conserver leur adhésion en cours auprès de l'assureur auquel ils ont adhéré ; dans ce cas, leur situation est exclusivement régie par les statuts et règlements ou les conventions résultant de cet assureur ; l'organisme de Sécurité sociale dont ils sont issus n'est en aucun cas engagé ;
- soit, le cas échéant, présenter une demande leur permettant de bénéficier du régime des anciens salariés tel que fixé par le présent accord, aux conditions fixées par les assureurs et sous leur propre responsabilité. Les organismes de Sécurité sociale ne pourraient être tenus de quelque engagement que ce soit à leur endroit.

## **7.2. – Le financement.**

### **7.21 - Cotisations**

Sous réserve des dispositions ci-dessous, le bénéficiaire, relevant de l'article 7 assume le financement intégral des garanties de frais médicaux dont il bénéficie.

La cotisation, au titre des présentes dispositions, sera fixée par les assureurs à la mise en œuvre du régime et évoluera en fonction des résultats du compte de résultat "*anciens salariés*" du régime et ce, sous le contrôle de la Commission paritaire de pilotage.

**A cet effet, la Commission paritaire de pilotage aura à sa disposition un rapport détaillé sur la situation du régime des anciens salariés et de son évolution. Elle pourra faire appel à ses conseils extérieurs en cas de non consensus sur les évolutions du régime et son financement.**

### **7.22 - Fonds de financement des cotisations des anciens salariés**

Il est institué un fonds qui a pour vocation **exclusive** de participer au financement des cotisations des anciens salariés **relevant du régime du présent article**.

Ce fonds est, notamment, alimenté par :

- le produit de la retenue visée par le chapitre XV du Règlement intérieur type ;
- les dons et legs de toute nature.

Les mécanismes de fonctionnement de ce fonds et son utilisation sont **uniquement** du ressort de la Commission paritaire de pilotage.

La participation au financement du régime est strictement limitée au montant disponible dans le fonds constitué à cet effet. En aucun cas les organismes de Sécurité sociale ou le régime des actifs ne sauraient être tenus de quelque engagement que ce soit à l'égard du financement de ce fonds et envers les anciens salariés.

#### **Titre IV**

#### **Gestion et garantie de mutualisation par les assureurs**

##### **Article 8 – Principe.**

Le double objectif de mutualisation et de qualité de service impose que tous les salariés bénéficient des mêmes conditions de garantie et de financement, ce qui suppose que tous les assureurs participant à la mutualisation du régime s'engagent à :

- assurer les garanties visées au Titre III aux conditions de coûts qui y sont prévues, respecter les dispositions du présent accord et s'interdire de proposer aux organismes de Sécurité sociale toutes autres conditions ;
- participer, ensemble, à la constitution d'un compte consolidé « *actifs* » et d'un compte consolidé « *anciens salariés* » du régime de telle sorte qu'il y ait une compensation « *professionnelle* » des résultats, chaque assureur apportant à l'ensemble des autres ses résultats, au titre du compte considéré, qu'ils soient positifs ou négatifs et participant, à due concurrence, à l'équilibre technique du régime dans les conditions qui seront établies par accord entre tous les assureurs et dûment approuvées par la Commission paritaire de pilotage ;
- respecter le cahier des charges d'assurance et de gestion établi par la Commission paritaire de pilotage et relatif notamment aux délais de remboursement et d'une façon générale aux relations entre l'ensemble des acteurs.

En conséquence, chaque organisme de Sécurité sociale est tenu :

- de faire bénéficier ses salariés du régime défini au titre III, dans les conditions de garanties et de coûts qu'il établit ;

- de ce fait, d'adhérer, selon les critères établis par la Commission paritaire de pilotage, pour l'ensemble de ses salariés concernés par le régime, à l'un des assureurs homologués participant à la gestion du régime. L'adhésion ne peut être réalisée qu'auprès de l'un de ces assureurs, au risque sinon, de compromettre l'objectif de mutualisation. L'organisme ne peut solliciter ni obtenir d'un des assureurs visés des conditions autres que celles définies par le présent accord.

Chaque salarié est tenu d'accepter l'adhésion faite par l'organisme de Sécurité sociale employeur et de participer au financement du régime obligatoire, à due concurrence de la part salariale définie par le présent accord, sauf le cas échéant, au regard des dispenses d'adhésion visées à l'article 2.1.

Il est rappelé que, dans l'hypothèse où le comité d'entreprise d'un organisme déciderait de prendre en charge tout ou partie de la cotisation pesant sur le salarié ou l'ancien salarié relevant de l'article 7 ci-dessus, cette prise en charge serait assujettie aux charges sociales conformément à la législation en vigueur. La décision du comité d'entreprise relèverait alors de sa propre autorité de telle sorte que le comité d'entreprise serait redevable des charges sociales ( y compris la CSG / CRDS) ; en cas de non assujettissement et de redressement le comité d'entreprise serait redevable des redressements y compris les pénalités et majorations soit en les remboursant à l'employeur, soit par compensation sur les sommes dues par l'employeur au comité d'entreprise au titre du budget des activités sociales et culturelles pour l'année en cours ou toutes années ultérieures.

## **Article 9 – Les assureurs**

### **9.1. Homologation des assureurs**

La Commission paritaire de pilotage homologue les assureurs réunissant les conditions requises pour garantir la mutualisation du régime.

L'homologation est délivrée au vu des critères définis à l'annexe 1 du présent accord.

### **9.2. - Garantie collective du régime par les assureurs**

Les assureurs homologués garantissent, ensemble, le régime, dans les conditions suivantes :

- un traité de coassurance lie entre eux les assureurs homologués selon les modalités suivantes : (à préciser).

- un compte de résultat consolidé « *actifs* » est établi sous le contrôle de la Commission paritaire de pilotage, au regard du traité de coassurance ; le compte de résultat concerne exclusivement les opérations visées à l'article 6. Chaque assureur fournit, dans les conditions qui seront définies par le cahier des charges établi par la Commission paritaire de pilotage, les informations utiles et notamment le montant des cotisations encaissées et des prestations versées et toutes analyses statistiques utiles. Il appartient à chaque assureur (et, ensemble, aux assureurs) de respecter les dispositions de l'article 4 de la loi 89-1009 du 31 décembre 1989 et, à cette fin, de se doter des moyens financiers utiles.

- un compte de résultat consolidé « *anciens salariés* » est établi sous le contrôle de la Commission paritaire de pilotage, au regard du traité de coassurance ; chaque assureur fournit à la Commission paritaire de pilotage les mêmes informations que celles visées au tiret précédent. Ce compte est relatif aux bénéficiaires visés à l'article 7.

- les comptes de résultats consolidés sont approuvés par l'actuaire identifié par la Commission paritaire de pilotage. Ces comptes ainsi que les opérations qu'ils génèrent s'imposent aux coassureurs qui, en toutes circonstances, restent seuls débiteurs des obligations découlant de la relation d'assurance. Avant l'arrêté des comptes de résultats consolidés, chaque coassureur a communication des projets de comptes, peut faire toute observation et confirme sa validation.

Le fait que les comptes de résultat soient établis sous le contrôle de la Commission paritaire de pilotage ne constitue en aucun cas une substitution de la Commission paritaire de pilotage aux assureurs.

### **9.3. Traité de coassurance**

La Commission paritaire de pilotage établit, en concertation avec les assureurs homologués, le traité de coassurance liant lesdits assureurs et toutes conventions nécessaires à l'application du présent accord.

Ce traité et ces conventions complémentaires ainsi que tous avenants ultérieurs définissent notamment :

- les conditions d'évaluation de la quote-part de chaque assureur homologué, selon les orientations définies au point 9.2. ;

- les modalités de participation de chaque assureur homologué à l'établissement des comptes consolidés « *actifs* » et « *anciens salariés* » tels que définis au point 9.2. ;

- les processus de gestion administrative et financière ; à ce titre, il peut être décidé que tous ou certains assureurs homologués mettent en commun, dans le cadre qu'ils définiront sous le contrôle de la Commission paritaire de pilotage, des moyens humains, informatiques ou techniques et concluent toutes conventions de gestion financières ou administratives. La Commission paritaire de pilotage peut décider que l'un des coassureurs est désigné en qualité d'apériteur administratif. A ce titre l'apériteur est chargé d'assurer la coordination de la gestion administrative et technique entre tous les organismes.

### **9.4. - Renouvellement et retrait d'homologation**

L'homologation visée au point 9.1. est donnée pour une première période courant de la date d'effet du présent accord jusqu'au terme du 3<sup>ème</sup> exercice suivant (année en cours + 3 exercices). Par la suite il sera donné par période de 4 exercices. L'homologation est délivrée sur décision de la Commission paritaire de pilotage.

**Afin de permettre à la Commission paritaire de pilotage de se prononcer en toutes connaissances de cause, l'actuaire visé à l'article 5 du présent accord vérifie, à l'occasion de chaque renouvellement d'homologation, si de nouveaux**

**organismes répondent aux critères définis à l'annexe 1, et en informe la Commission.**

Un assureur ne peut pas être homologué en cours de période, sauf décision exceptionnelle contraire de la Commission paritaire de pilotage, dès lors qu'il apparaîtrait que cette homologation intermédiaire serait absolument nécessaire à l'équilibre du régime. Dans ce cas l'homologation intermédiaire vaut jusqu'au terme de la période en cours.

La Commission paritaire de pilotage peut retirer, en cours de période, son homologation à l'un des assureurs homologués si :

- ledit assureur ne remplit plus les conditions fixées à l'article 9.1. ;
- ledit assureur ne respecte plus les principes fixés à l'article 9.2 ou les traités et conventions visés à l'article 9.3 dans leur esprit ou dans leurs dispositions ;
- ledit assureur, par son attitude, compromet les objectifs de mutualisation et / ou de qualité.

Le retrait d'homologation est décidé à la majorité des 2/3 des membres de la Commission paritaire d'homologation, après que l'assureur homologué concerné a été invité à s'expliquer et à présenter un éventuel plan de réconciliation.

Au terme de chaque période, au cas où l'un des assureurs n'est pas à nouveau homologué ou en cas de retrait d'homologation, les réserves et provisions de toute nature constituées, au titre du présent régime, par l'assureur considéré sont attribuées à un ou plusieurs des assureurs homologués. L'assureur est dégagé de toute obligation. Ne sont pas concernés par les dispositions du présent titre les provisions pour charges à payer et les engagements y correspondant.

**Titre V  
Dispositions diverses**

**Article 10 - Incidences du présent accord sur certaines dispositions conventionnelles**

**10.1. - Chapitre XV du Règlement intérieur type**

Les deuxième et troisième alinéas du point "*Règlement des appointements*" sont abrogés et remplacés par les dispositions suivantes :

*"A cet effet, une retenue est effectuée de façon à ramener la rémunération totale à ce qu'elle aurait été pour une période de travail correspondante. Le montant de cette retenue est versé au Fonds de financement des cotisations des anciens salariés instauré par l'accord établissant un régime de couverture des frais de santé au profit des salariés des organismes de Sécurité sociale".*

## **10.2. - Article 22 de la Convention collective nationale de travail du 25 juin 1968 des agents de direction et des agents comptables des organismes de Sécurité sociale et d'allocations familiales**

Le deuxième alinéa de l'article 22 de la Convention collective nationale de travail du 25 juin 1968 des agents de direction et des agents comptables des organismes de Sécurité sociale et d'allocations familiales est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

*"En outre, une retenue est effectuée de façon à ramener la rémunération totale à ce qu'elle aurait été pour une période de travail correspondante. Le montant de cette retenue est versé au Fonds de financement des cotisations des anciens salariés instauré par l'accord établissant un régime de couverture des frais de santé au profit des salariés des organismes de Sécurité sociale".*

### **Article 11 – Durée d'application du présent accord.**

Le présent accord et le régime qu'il instaure sont établis pour une durée indéterminée.

Son entrée en application à l'égard des organismes de Sécurité sociale et de leurs salariés est toutefois subordonnée :

- à son agrément dans les conditions de l'article L.123-1 du Code de la Sécurité sociale ;
- à la constitution de la Commission paritaire de pilotage ;
- à l'homologation par la Commission paritaire de pilotage des assureurs garantissant la mutualisation du régime et au constat par ladite Commission paritaire de pilotage que les assureurs, ensemble, ont établi les conditions garantissant ladite mutualisation.

Si ces conditions ne sont pas réunies au dernier jour du 6<sup>ème</sup> mois suivant la signature du présent accord, celui-ci sera réputé nul et non avenu.

Le présent accord peut être révisé dans les conditions définies par la loi, la révision ne pouvant avoir pour effet de compromettre des droits constitués avant son entrée en vigueur.

Le présent accord peut être dénoncé dans les conditions prévues par la loi, la résiliation ne pouvant avoir pour effet de compromettre les droits constitués avant son intervention.

Dans l'hypothèse où plus aucun assureur n'accepterait de garantir la mutualisation, le présent accord serait caduc ; il cesserait de s'appliquer sans délai.

## ANNEXE 1

### Critères permettant l'homologation des assureurs (article 9-1 de l'accord)

#### Article 1 – Expérience requise – Situation technique et financière

1.1 – Au regard du contexte spécifique du dispositif mis en œuvre dans le cadre du présent accord, seuls pourront être homologués :

- Les assureurs participant depuis au moins 10 ans pour une part significative de leur activité à l'assurance et à la gestion d'un régime de frais de santé au profit d'organismes de Sécurité sociale ; ils disposent de ce fait d'une expérience toute particulière du contexte de l'Institution ; ces assureurs sont intitulés ci-après « assureurs dédiés à des organismes de Sécurité sociale ».
- Les assureurs ayant une expérience confirmée dans l'assurance et la gestion de différents régimes professionnels ; ils disposent de ce fait de l'expérience nécessaire de dispositifs similaires à celui mis en œuvre dans le cadre de l'institution. Les assureurs sont appelés ci-après « assureurs non dédiés ».

1.2. – En fonction des enjeux financiers, les candidats à l'homologation doivent justifier par ailleurs d'une situation technique et financière appréciée au regard des fonds propres, de l'encaissement et des effectifs gérés. **A cet effet, ils devront répondre aux critères définis ci-après.**

#### Article 2 – Critères spécifiques aux assureurs dédiés à des organismes de Sécurité sociale

**Les assureurs dédiés à des organismes de Sécurité sociale devront répondre à l'ensemble des critères suivants :**

2.1 – Proportion des effectifs d'adhérents (nombre de personnes assurées) relevant de l'institution : au minimum 25% des effectifs globaux de l'assureur sur la base des 3 derniers exercices.

2.2 - Encaissement de frais médicaux net de réassurance (moyenne des 3 derniers exercices) au titre des effectifs visés au point 2.1 : minimum de 3,6 M€.

2.3 – Nombre de têtes gérées directement par l'assureur en frais médicaux (moyenne des 3 derniers exercices) au titre des effectifs visés au point 2.1 : minimum de 2 000 têtes.

2.4 – Fonds propres excédant le minimum réglementaire de la marge de solvabilité (moyenne des 3 derniers exercices) : minimum de 2,25 M€. **Pour l'appréciation du montant minimum réglementaire de la marge de solvabilité, il ne sera pas tenu compte du minimum prévu pour le fonds de garantie.**

2.5 – Engagement exprès et sans réserve de respecter l'esprit et la lettre du présent accord et du cahier des charges établi par la CPP, de collaborer à la gestion de ce régime avec l'ensemble des autres assureurs retenus, de respecter tous accords techniques, assurantiels et / ou de gestion administrative ou financière qui seraient conclus entre eux, sous le contrôle de la CPP, ainsi que de s'adapter au système d'information requis.

### **Article 3 – Critères spécifiques aux assureurs non dédiés**

**Les assureurs non dédiés devront répondre à l'ensemble des critères suivants :**

3.1 – Désignation dans des accords de branche (moyenne des 3 derniers exercices) :

- nombre de conventions collectives : au minimum 10
- nombre de salariés couverts dans le cadre de ces conventions : au minimum 200 000.

3.2 – Encaissement de frais médicaux net de réassurance (moyenne des 3 derniers exercices) : minimum de 360 M€.

3.3 - Nombre de têtes gérées directement par l'assureur en frais médicaux (moyenne des 3 derniers exercices) : au minimum 800 000 têtes.

3.4 - Fonds propres excédant le minimum réglementaire de la marge de solvabilité (moyenne des 3 derniers exercices) : au minimum 225 M€.

3.5 - Engagement exprès et sans réserve de respecter l'esprit et la lettre du présent accord et du cahier des charges établi par la CPP, de collaborer à la gestion de ce régime avec l'ensemble des autres assureurs retenus, de respecter tous accords techniques, assurantiels et / ou de gestion administrative ou financière qui seraient conclus entre eux, sous le contrôle de la CPP, ainsi que de s'adapter au système d'information requis.

### **Article 4 – Représentation des assureurs dédiés à des organismes de Sécurité sociale**

Les assureurs dédiés à des organismes de Sécurité sociale qui le souhaitent ~~et sous réserve qu'ils répondent aux critères de l'article 2 ci-dessus,~~ pourront désigner et se faire représenter par un interlocuteur unique **mandaté à cet effet dans le cadre d'un groupement de coassurance.**

**Les assureurs dédiés concernés devront satisfaire les critères de l'article 2 avec toutefois :**

- le montant minimal du 2.2. ramené de 3,6 M€ à ...
- le nombre du 2,3 ramené de 2000 à ...
- le montant du 2,4 ramené de 2,25 M€ à ...

~~Le cas échéant, celui-ci~~ **L'interlocuteur unique** bénéficiera du fait du rôle ainsi attribué d'une participation à la coassurance pour une quote-part maximale de 50% de la quote-part globale des assureurs ainsi représentés.

En raison de son rôle de coordinateur et de co-assureur, il devra pouvoir justifier **de l'ensemble des critères suivants** :

- d'une expérience de montages similaires d'apertion dans au moins ~~10 régimes~~ **20 groupements de coassurance**,
- d'un encaissement minimum frais médicaux net de réassurance (moyenne des 3 derniers exercices) de 120 M€,
- d'un montant minimal de fonds propres excédant le minimum réglementaire de la marge de solvabilité (moyenne des 3 derniers exercices) de 75 M€.