

Mutuelle : Ce que propose la DG - Episode 2

Dans le premier épisode (*voir en ligne sur notre site ici*) , nous vous avons expliqué pourquoi la négociation qui s'est ouverte est à haut risque.

Dans ce 2ème épisode, nous vous proposons de nous arrêter sur les positions de la Direction Générale et la lecture qu'en fait le SNU.

La 1ère séance de négociation s'est déroulée le 29 octobre 2015 dernier. La 2ème séance s'est tenue le jeudi 5 novembre.

Ce que nous dit la Direction Générale :

- Notre dispositif est déficitaire que ce soit sur les frais de soins de santé ou sur la prévoyance. Il est donc important de retrouver l'équilibre financier des régimes.
- Nous devons « coller au contrat responsable » côté frais de soins de santé,
- Nous devons retravailler les garanties côté prévoyance sachant que la garantie incapacité représente 42% du déficit, la garantie invalidité 6% et que la garantie décès représente 52% du déficit.
- Je souhaite garder le même niveau d'intervention financier qu'actuellement. Il me sera impossible d'aller au-delà. La Direction Générale ne pourra donc pas mettre 1 euro de plus sur la table.

ANALYSONS LES FRAIS DE SOINS DE SANTÉ

La Direction Générale affirme vouloir « coller au contrat responsable ».
Qu'est-ce que signifie « contrat responsable » ?

Le principe affiché est de contribuer à la maîtrise des dépenses de santé par une modification des comportements des assurés. Pour ce faire, les complémentaires santé d'entreprise doivent respecter un cahier des charges, définissant à la fois **des interdictions et des obligations** de remboursement pour conserver le bénéfice des exonérations sociales et fiscales. La Loi de Financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2014 (précisions apportées par un décret publié le 19 novembre 2014) a défini des évolutions à ce cahier des charges et a instauré des nouveaux niveaux plancher de prise en charge **ainsi que des plafonds pour éviter que les professionnels de santé (médecins, opticiens...) n'augmentent trop leurs tarifs.**

Le contrat collectif à Pole Emploi remplit l'obligation de prise en charge obligatoire. L'évolution des garanties (imposée par la loi) porte sur un plafond (maximum) que ne doit pas dépasser certaines prestations. Pour l'optique, à noter que chaque bénéficiaire ne pourra changer de paires de lunettes que tous les 2 ans (sauf pour les enfants). Et, comme on le voit dans le tableau la complémentaire santé devra tenir compte des plafonds : ainsi pour un équipement verres simples le plafond est de 470€. La monture ne devra pas dépasser 150€.

Vous trouverez dans le tableau ci-dessous, les postes sur lesquels les critères du contrat responsable s'appliquent :

CONTRAT RESPONSABLE	PRISE EN CHARGE OBLIGATOIRE	EN CAS DE PRISE EN CHARGE EN SUS DES TARIFS DE RESPONSABILITÉ	
		MINIMUM	MAXIMUM
Honoraires / Actes technique pour des médecins adhérents au CAS	TM		
Honoraires / Actes techniques pour des médecins non adhérent au CAS	TM		TM + 100% à partir de 2017
Consultation Généralistes / Spécialistes pour des médecins adhérents au CAS	TM		
Consultation Généralistes / Spécialistes pour des médecins non adhérents au CAS	TM		TM + 100% à partir de 2017
Equipelement verres simples	TM	50€	470€
Equipelement mixte verres simple/complexe	TM	125€	610€
Equipelement verres complexes	TM	200€	750€
Equipelement mixte verres simple/très complexe	TM	125€	660€
Equipelement mixte verres complexe/très complexe	TM	200€	800€
Equipelement verres très complexes	TM	200€	850€
Monture dans l'équipement	TM		150€

TM : ticket modérateur . CAS : contrat d'accès aux soins*

* Le contrat d'accès aux soins est un contrat proposé aux médecins de secteur 2 (et à certains médecins de secteur 1) les incitant à geler leurs honoraires en contrepartie d'avantages sociaux et d'une base de remboursement supérieure (selon la cour des comptes, seuls 10% des médecins seraient signataires du CAS).

La Direction Générale estime qu'en appliquant les critères du contrat responsable (ce qui veut donc dire baisser un certain nombre de prestations par rapport à l'existant) et en maintenant le même niveau d'intervention sur tous les autres postes, alors le régime sera équilibré.

Côté SNU, nous sommes favorables à la mise en œuvre du contrat responsable car :

- Nous pensons que pour une fois, le législateur a vu juste en voulant maîtriser les dépenses de santé et agir sur le comportement des assurés,
- Que les niveaux plafond du contrat responsable permettent d'être correctement couvert,
- Ne pas appliquer le contrat responsable engendrerait un surcoût de plus de 40 millions d'euros par an (qui serait répercuté exclusivement sur la cotisation des agents) et un impact fiscal sur chaque agent.

Enfin, la Direction Générale s'interroge sur la pertinence de maintenir le même niveau de mutualisation à l'intérieur du contrat frais de soins de santé.

En effet, il y a 4 sous populations dans le contrat : les agents, les conjoints des agents avec mutuelle, les conjoints des agents sans mutuelle et les retraités. Doit-on maintenir une mutualisation globale ou non ? L'ANI aura obligatoirement un impact sur les conjoints, qui pour une grande majorité, auront une mutuelle d'entreprise. Mais nous pensons qu'ils seront nombreux à être contraint de prendre une mutuelle complémentaire et se retourneront vers Pôle emploi. Cela aura forcément un coût ! Au niveau du SNU, nous estimons qu'il doit y avoir prioritairement solidarité entre actifs et retraités. Le SNU revendique la mise en place d'une véritable solidarité intergénérationnelle. Nous ne trouverions pas choquant d'augmenter de quelques euros la cotisation des actifs pour permettre aux agents qui ont passé toute leur carrière à Pôle emploi (ou à l'Assédic ou ANPE) et qui font valoir leurs droits à la retraite, de payer une cotisation plus faible (nous rappelons qu'à la retraite, l'employeur ne prend plus en charge 75% de la cotisation).

Pour conclure sur les frais de soins de santé, le SNU estime que si les intentions de la Direction Générale se confirment sur le panier de soins, alors nous garderons une couverture très correcte. Pour autant, nous avons conscience que certains postes doivent être améliorés, notamment le dentaire (prothèses et implant).

ANALYSONS ENFIN LA PRÉVOYANCE DE SANTÉ

La Direction Générale nous confirme que le régime de la prévoyance est déficitaire de 24 millions d'euros et que ce déficit continuera à croître si nous ne faisons rien. 42% de ce déficit provient de la garantie incapacité de travail ; 52% du déficit provient de la garantie décès.

Elle nous confirme également que son engagement budgétaire sera inchangé sur ce contrat.

Dès lors, trois options sont sur la table :

- si nous souhaitons maintenir le même niveau de garanties alors il faudra augmenter substantiellement les cotisations des agents,
- si nous ne voulons pas d'augmentation de cotisation pour les agents, il faut revoir les garanties à la baisse,
- un mixte des deux premières.

La Direction Générale nous propose de travailler sur la deuxième ou troisième option.

Concernant la garantie décès :

Le contrat actuel prévoit un système à 4 options qui étaient présentées comme actuariellement identiques (ayant un même coût). Chaque agent a la possibilité de choisir entre les 4 options en fonction de sa composition familiale. Or, dans les faits certaines options sont plus chères que d'autres, notamment celle portant sur les rentes de conjoint (option 3) ou rente de conjoint cumulée avec rente éducation (option 4).

La Direction Générale souhaite revoir ce dispositif en se centrant sur un dispositif essentiellement axé sur des capitaux décès (en clair l'option 1) sans écarter la possibilité de prévoir des rentes éducations (option 2). Actuellement, 80% des agents sont par choix (ou méconnaissance des dispositifs ?) sur l'option 1.

Mais au final, une chose semble claire : le niveau des capitaux décès seront revus à la baisse. En d'autres termes, actuellement il est prévu de verser 4 fois le salaire annuel au conjoint en cas de décès de l'agent. Demain, cela sera peut-être moins et avec moins d'options possibles.

Concernant la garantie incapacité de travail :

Pour le SNU, il s'agit de l'élément central du dispositif de prévoyance qu'il n'est pas question de toucher.

Cette garantie permet à l'agent qui est en arrêt maladie de percevoir (en relais des dispositions conventionnelles ou statutaires) 100% de son salaire net.

La Direction Générale affirme que dans certains cas, les agents en arrêt maladie perçoivent plus que s'ils étaient en activité.

Si tel était le cas, le SNU est très clair en la matière : ce n'est pas normal et il faut rectifier le tir.

Mais le SNU le redit avec force : toucher au principe qui garantie 100% du salaire net serait un casus belli.

Vous l'aurez donc compris, que ce soit sur la prévoyance ou sur les frais de soins de santé, nous devons nous attendre à avoir une baisse globale du niveau de prestations.

Mais que faire dans un tel contexte ?

Dans notre 3ème et dernier épisode sur la mutuelle, qui sortira prochainement, nous vous présenterons ce qu'a défendu et proposé le SNU dans ces négociations.

Prochaine réunion de négociation le 27 novembre.

**Retrouvez l'actualité de la négociation sur :
www.snutefifsu.fr**

Nous contacter : syndicat.snu@pole-emploi.fr