

Brochure n° 3052

Convention collective nationale
IDCC : 1996. – PHARMACIE D'OFFICINE

AVENANT DU 2 OCTOBRE 2017
RELATIF AU RÉGIME PRÉVOYANCE ET FRAIS DE SOINS DE SANTÉ
NOR : ASET1751116M
IDCC : 1996

Entre

FSPF

D'une part, et

FNIC CGT

FSS CFDT

CFTC santé sociaux

FNSCIC CFE-CGC

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques ;

Vu le décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 relatif à l'application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques ;

Vu la décision n° 2013-672 DC du Conseil constitutionnel en date du 13 juin 2013 ;

Vu l'avis n° 387895 rendu par le Conseil d'État en date du 26 septembre 2013 ;

Vu la décision n° 366345 rendue par le Conseil d'État statuant au contentieux en date du 7 décembre 2016 ;

Vu la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, notamment son annexe IV « Régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régimes frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine » modifiée en dernier lieu par deux avenants du 20 mars 2017 ;

Vu l'accord collectif national du 2 octobre 2017 portant recommandation de l'APGIS pour l'assurance des régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et des régimes frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine et instituant des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité,

PRÉAMBULE

Prenant acte du terme de la désignation de l'organisme assureur des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine le 31 décembre 2015 pour les régimes des salariés non cadres, et le 1^{er} juillet 2017 pour les régimes des salariés cadres et assimilés ;

Soucieuses de procéder, en conséquence, à l'actualisation des dispositions de la convention collective nationale susvisée et de son annexe IV,

Les parties signataires sont convenues de ce qui suit :

Article 1^{er}

L'article 23 « Prévoyance » des dispositions générales de la convention collective nationale susvisée est remplacé par un article ainsi rédigé :

« Article 23

Prévoyance

Il est institué, pour les bénéficiaires de la présente convention collective, des régimes de prévoyance obligatoires couvrant les risques, décès, incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité ainsi que des régimes de frais de soins de santé.

Ces régimes sont rendus obligatoires pour toutes les officines de pharmacie.

La nature et le niveau des prestations, le taux et la répartition des cotisations constituent un tout indivisible. Ils font l'objet de conditions particulières pour chacune des catégories dites non cadres, d'une part, et cadres et assimilés cadres, d'autre part, identifiées respectivement aux annexes IV.1 et IV.2 de la présente convention collective.

La commission paritaire nationale de la pharmacie d'officine est chargée :

- de fixer les cotisations et les prestations des régimes institués par le présent article ;
- de veiller au bon fonctionnement desdits régimes et de proposer les améliorations ou les modifications qui pourraient leur être apportées, tant en ce qui concerne les prestations que le taux d'appel des cotisations ;
- d'instituer des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité comprenant notamment un fonds de solidarité, garanties gérées par le ou les assureurs recommandés dans des conditions et selon des modalités fixées par un protocole d'accord conclu à cet effet. »

Article 2

L'article 9 « Contrat de prévoyance » des dispositions particulières applicables aux cadres de la convention collective nationale susvisée est remplacé par un article ainsi rédigé :

« Article 9

Prévoyance

Complémentaire de l'article 23 des dispositions générales

Il est institué, pour les cadres bénéficiaires de la présente convention, un régime de prévoyance couvrant, d'une part, les risques, décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et, d'autre part, un régime de frais de soins de santé.

Les agents de maîtrise et les salariés de la pharmacie d'officine dont le coefficient hiérarchique est au moins égal à 330 et qui bénéficiaient à ce titre de la convention collective de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 (art. 4 *bis*) seront assimilés aux cadres, pour accéder aux régimes de prévoyance et de frais de soins de santé définis par le présent article.

Les salariés bénéficiant d'un coefficient compris entre le coefficient 200 inclus et le coefficient 330 exclu relèvent, en cas de mise en œuvre des dispositions de l'article 36 de l'annexe I de la convention

collective nationale étendue et élargie de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947, des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé définis par le présent article.

La nature et le niveau des prestations, le taux et la répartition des cotisations constituent un tout indivisible. Ils font l'objet de conditions particulières définies à l'annexe IV.2 de la présente convention. »

Article 3

L'annexe IV.1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régime frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine » de la convention collective nationale susvisée est modifiée comme suit :

I. – Le premier alinéa du C « Durée de paiement » de l'article 5 « Incapacité de travail » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité » est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« L'indemnité journalière est servie tant que l'assuré bénéficie de prestations en espèces servies par la sécurité sociale et cesse au plus tard, soit : ».

II. – À la première phrase de l'article 7.1 « Résiliation du contrat d'assurance relatif au régime : incidences sur les rentes en cours de service et sur le maintien de la garantie décès » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité », les mots : « notamment à la suite du changement de l'organisme assureur désigné pour assurer la mise en œuvre » sont remplacés par les mots : « notamment à la suite du changement d'organisme assureur ».

III. – L'article 7.2 « Clause de revalorisation » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité » est modifié comme suit :

– le premier alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Chaque année, en concertation avec le ou les organismes assureurs recommandés, en fonction des résultats techniques et financiers du régime décès, incapacité, invalidité, maternité/paternité, et du montant de la provision pour égalisation, de la réserve générale et de la réserve générale initiale, la commission paritaire nationale se prononce sur la revalorisation des prestations en cours de service et, s'agissant de la garantie décès, du traitement de base. » ;

– le second alinéa est ainsi modifié :

– les mots : « le comité de gestion » sont remplacés par les mots : « la commission paritaire nationale » ;

– la phrase : « Toutefois, le montant de la revalorisation ne peut en aucun cas excéder les capacités de financement du régime, dans la limite de la somme du montant de la réserve générale et du montant de la réserve générale initiale arrêtée au 31 décembre de l'exercice précédent. » est remplacée par la phrase : « Toutefois, le montant de la revalorisation ne peut en aucun cas excéder les capacités de financement du régime, dans la limite de la somme du montant de la provision pour égalisation, de la réserve générale et de la réserve générale initiale arrêtées au 31 décembre de l'exercice précédent. » ;

– le dernier alinéa est complété par la phrase suivante : « Toutes les entreprises officinales de la branche professionnelle sont tenues de faire bénéficier leurs salariés et anciens salariés d'une revalorisation au moins égale à la revalorisation ainsi arrêtée. »

IV. – Le B « Étendue de la garantie » de l'article 9 « Garantie frais de soins de santé » du 2 « Régime frais de soins de santé » est modifié comme suit :

– au deuxième alinéa, les mots : « versés par l'institution » sont remplacés par les mots : « versés au titre du présent régime » ;

– au troisième alinéa, les mots : « tant par l'assureur » sont remplacés par les mots : « tant au titre du présent régime » ;

- le tableau des prestations est ainsi modifié :
- les termes : « signataires du contrat d'accès aux soins » sont remplacés par les termes : « adhérents OPTAM/OPTAM-CO » ;
- les termes : « non signataires du contrat d'accès aux soins » sont remplacés par les termes : « non adhérents OPTAM/OPTAM-CO » ;
- les termes : « signataires ou non signataires du contrat d'accès aux soins » sont remplacés par les termes : « adhérents ou non adhérents OPTAM/OPTAM-CO ».

V. – Le 4 de l'article 9.1 « Maintien de la garantie frais de soins de santé » du 2 « Régime frais de soins de santé » est modifié comme suit :

- au premier alinéa, les mots : « En cas de changement de l'organisme assureur désigné, l'organisme assureur nouvellement désigné propose à chacun des assurés » sont remplacés par les mots : « En cas de changement d'organisme assureur des régimes institués par la présente convention collective, le nouvel assureur desdits régimes propose à chacun des assurés » ;
- le deuxième alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :
« En cas de portabilité des garanties prévoyance et santé, les dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale sont mises en œuvre. »

VI. – Le 2° « Anciens participants bénéficiaires d'un maintien de garanties » du C « Taux de cotisations » de l'article 10 « Cotisations » du 3 « Cotisations » est remplacé par les dispositions suivantes :

« 2° Anciens participants bénéficiaires d'un maintien de garanties

a) Peuvent bénéficier, selon les modalités fixées au 2 de l'article 9.1, du maintien de la garantie frais de soins de santé moyennant le versement d'une cotisation dont le montant est déterminé par la commission paritaire nationale dans les conditions fixées par le décret n° 90-769 du 30 août 1990 modifié :

- les chômeurs de plus de 6 mois licenciés depuis le 1^{er} janvier 1994 ;
- les bénéficiaires d'un contrat de solidarité ;
- les retraités, les préretraités FNE, les bénéficiaires d'un contrat ARPE, les anciens déportés ;
- les ayants droit de l'assuré décédé ;
- les bénéficiaires d'un contrat de sécurisation professionnelle ;
- les bénéficiaires d'indemnités journalières par suite de maladie, d'une rente d'incapacité au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ou d'invalidité, versées par la sécurité sociale lors du licenciement et qui ne peuvent plus prétendre au maintien de la garantie à titre gratuit défini à l'article 9.1, 1, b ;
- les anciens salariés à l'issue de la période de maintien de garantie en application des dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale (portabilité).

En fonction de la date d'adhésion de l'ancien participant au dispositif de maintien des garanties frais de soins de santé, le montant de la cotisation annuelle est fixé comme suit :

(En euros.)

	COTISATION ADULTE							COTISATION par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^e enfant)
	Adhésion antérieure au 01/07/2017		Adhésion à compter du 01/07/2017					
	2017	2018	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	
Anciens participants retraités	1 020	1 068	504	612	744	900	1 068	240
Anciens participants non retraités	1 020	912	504	588	696	804	912	240

Toutefois, il est précisé que les bénéficiaires d'un contrat de solidarité et les retraités ayant 10 ans d'activité salariée en pharmacie d'officine, validés par KLESIA Retraite ARRCO, dont les revenus sont inférieurs à :

- 19 € par jour et par personne (pour un couple) ;
- 22 € par jour pour un célibataire, veuf ou divorcé,

sont exonérés de la cotisation.

b) Les bénéficiaires d'un congé parental d'éducation ou d'un congé sabbatique peuvent bénéficier du maintien des garanties « frais de soins de santé » et « décès » moyennant le versement d'une cotisation dès lors qu'ils en font la demande écrite au plus tard dans les 30 jours qui suivent la suspension du contrat de travail.

Le montant de la cotisation annuelle est fixé à 800 € à effet du 1^{er} janvier 2018.

c) Le montant des différentes cotisations visées aux a et b du présent 2°, est révisable en fonction des résultats techniques du régime par la commission paritaire nationale de la pharmacie d'officine, en concertation avec le ou les organismes assureurs recommandés. »

VII. – Le 5 « Gestion des régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et frais de soins de santé » est supprimé.

Article 4

L'annexe IV.2 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régime frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la pharmacie d'officine » de la convention collective nationale susvisée est modifiée comme suit :

I. – Dans l'introduction, les alinéas 2, 3 et 4 sont supprimés.

II. – Au premier alinéa du II « Cotisations », les mots : « Le contrat groupe offre » sont remplacés par les mots : « Les régimes offrent ».

III. – Le III « Maladie. – Chirurgie. – Maternité (prestations en nature) » est modifié comme suit :

- dans le tableau des prestations figurant au D « Régime professionnel obligatoire (RPO). – Montant des remboursements », les termes : « signataires du contrat d'accès aux soins » sont remplacés par les termes : « adhérents OPTAM/OPTAM-CO » et les termes : « non signataires du contrat d'accès aux soins » sont remplacés par les termes : « non adhérents OPTAM/OPTAM-CO » ;
- dans le tableau des prestations figurant au E « Régime supplémentaire facultatif (RSF). – Montant des remboursements », les termes : « signataires du contrat d'accès aux soins » sont remplacés par les termes : « adhérents OPTAM/OPTAM-CO » et les termes : « non signataires du contrat d'accès aux soins » sont remplacés par les termes : « non adhérents OPTAM/OPTAM-CO ».

IV. – Au premier alinéa du IV « Arrêts de travail (prestations en espèces) » les mots : « (convention d'assurance incapacité – invalidité – décès – maternité-paternité) » sont supprimés.

V. – Le D « Revalorisation des prestations en cours et traitement de référence » du IV « Arrêts de travail (prestations en espèces) » est modifié comme suit :

– le premier alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Chaque année, en concertation avec le ou les organismes assureurs recommandés, en fonction des résultats techniques et financiers du régime décès, incapacité, invalidité, maternité-paternité, et du montant de la provision pour égalisation et de la réserve générale, la commission paritaire nationale se prononce sur la revalorisation des prestations en cours de service et du traitement de référence. » ;

– le deuxième alinéa est modifié comme suit :

– les mots : « Lorsqu’il arrête le niveau de la revalorisation annuelle des rentes et indemnités journalières complémentaires à celles de la sécurité sociale en cours de service, le comité de gestion prend en compte » sont remplacés par les mots : « Lorsqu’elle arrête le niveau de la revalorisation annuelle des rentes et indemnités journalières complémentaires à celles de la sécurité sociale en cours de service, la commission paritaire nationale prend en compte » ;

– la phrase : « Toutefois, le montant de la revalorisation ne peut en aucun cas excéder les capacités de financement du régime, dans la limite du montant de la provision pour participation aux excédents arrêtée au 31 décembre de l’exercice précédent. » est remplacée par la phrase : « Toutefois, le montant de la revalorisation ne peut en aucun cas excéder les capacités de financement du régime, dans la limite de la somme du montant de la provision pour égalisation et de la réserve générale arrêtées au 31 décembre de l’exercice précédent. » ;

– le troisième alinéa est complété par la phrase suivante : « Toutes les entreprises sont tenues de faire bénéficier leurs salariés et anciens salariés d’une revalorisation au moins égale à la revalorisation ainsi arrêtée. » ;

– le dernier alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« En cas de changement d’organisme assureur, l’organisme assureur est tenu d’assurer le service des rentes en cours au niveau qu’elles avaient atteint à la date à partir de laquelle il n’assure plus le régime. Il est également tenu d’assurer la charge du maintien de la garantie décès aux personnes en arrêt de travail ou en invalidité à cette date. Le ou les nouveaux organismes assureurs sont tenus d’assurer la charge des revalorisations futures des rentes en cours de service. »

VI. – Le VII « Fonds de solidarité » est modifié comme suit :

– au premier alinéa, les mots : « Géré par le comité de gestion institué par la convention collective, il est destiné à accorder, » sont remplacés par les mots : « Il est destiné à accorder, » ;

– au deuxième alinéa, les mots : « Ce comité examine les dossiers présentés, » sont remplacés par les mots : « La commission paritaire nationale examine les dossiers présentés ».

VII. – Le A « Bénéficiaires » du VIII « Contrat proposé aux anciens assurés en vue du maintien des garanties. – Maladie. – Chirurgie. – Maternité » est remplacé par les dispositions suivantes :

« A. – Bénéficiaires

Peuvent bénéficier du maintien des garanties maladie – chirurgie – maternité s’ils en font la demande :

– les anciens salariés, radiés du régime et qui bénéficient :

– soit des indemnités journalières, d’une rente d’incapacité ou d’invalidité de la sécurité sociale ;

– soit d’une pension de retraite ou de préretraite de la sécurité sociale ;

– soit d’un revenu de remplacement s’ils sont privés d’emploi ;

– soit d’une allocation spécifique de sécurisation professionnelle pour les bénéficiaires d’un contrat de sécurisation professionnelle ;

– les ayants droit, au sens du présent régime, des anciens salariés énoncés ci-dessus ;

– en cas de décès d’un ancien salarié, ses ayants droit au sens du présent régime, sous réserve du respect des conditions d’admission de la demande d’adhésion présentées ci-après ;

– les salariés en congé sans solde ou en congé individuel de formation ;

– les salariés en congé parental d’éducation ou en congé sabbatique, moyennant le paiement de la cotisation fixée au *b* du C. »

VIII. – Le cinquième alinéa du B « Demande d’adhésion » du VIII « Contrat proposé aux anciens assurés en vue du maintien des garanties. – Maladie. – Chirurgie. – Maternité » est remplacé par les dispositions suivantes :

« – dans le mois suivant la date de suspension du contrat de travail dans les autres cas. »

IX. – Le C « Cotisations » du VIII « Contrat proposé aux anciens assurés en vue du maintien des garanties. – Maladie. – Chirurgie. – Maternité » est remplacé par les dispositions suivantes :

« C. – Cotisations

Les cotisations sont payables trimestriellement et d'avance pour toute personne à garantir.

Leur montant est révisable par la commission paritaire nationale, en concertation avec le ou les organismes assureurs recommandés, en fonction des résultats techniques du régime frais de soins de santé.

a) La cotisation annuelle et par personne est déterminée dans les conditions fixées par le décret n° 90-769 du 30 août 1990 modifié. En fonction de la date d'adhésion de l'assuré au dispositif de maintien des garanties frais de soins de santé, cette cotisation est fixée comme suit :

(En euros.)

	COTISATION ADULTE							COTISATION par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^e enfant)
	Adhésion antérieure au 01/07/2017		Adhésion à compter du 01/07/2017					
	2017	2018	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	
RPO Anciens participants retraités	1 112	1 164	672	768	876	1 008	1 164	472
RPO Anciens participants non retraités	940	984	672	744	816	900	984	472
RSF Anciens participants retraités	1 308	1 356	804	912	1 032	1 164	1 356	556
RSF Anciens participants non retraités	1 112	1 152	804	876	948	1 032	1 152	556

b) Les bénéficiaires d'un congé parental d'éducation ou d'un congé sabbatique peuvent bénéficier du maintien des garanties "frais de soins de santé" et "décès" moyennant le versement d'une cotisation dès lors qu'ils en font la demande écrite dans les délais fixés au B.

Le montant de la cotisation annuelle est fixé à 1 000 € en RPO et à 1 100 € en RSF, à effet du 1^{er} janvier 2018. »

X. – Au E « Retraités cadres et assimilés, ayant adhéré, avant le 1^{er} janvier 1994, à un contrat d'assurance mettant en œuvre les garanties de frais de soins de santé définies au III » du VIII « Contrat proposé aux anciens assurés en vue du maintien des garanties. – Maladie. – Chirurgie. – Maternité » la phrase : « (*) Le montant de cette cotisation est révisable chaque année, en fonction des résultats techniques du régime de prévoyance, sur proposition du comité de gestion. » située sous chacun des trois tableaux, est remplacée par la phrase : « (*) Le montant de cette cotisation est révisable, en fonction des résultats techniques du régime frais de soins de santé, par la commission paritaire nationale. »

Article 5

En application des dispositions de l'article L. 2253-1, du code du travail, les parties signataires rappellent que les conventions d'entreprise ne peuvent comporter de clauses dérogeant à celles du présent accord, à moins de dispositions plus favorables.

Le présent avenant, conclu pour une durée indéterminée, prendra effet le 2 octobre 2017. Il sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente.

Conformément à la faculté qui leur est offerte par la circulaire ministérielle du 23 mai 2011 relative aux dates communes d'entrée en vigueur des normes concernant les entreprises, les parties signataires s'accordent pour demander l'application la plus rapide possible de l'arrêté d'extension du présent avenant.

Fait à Paris, le 2 octobre 2017.

(Suivent les signatures.)