

Convention collective nationale

IDCC : 218 | **ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE**
(8 février 1957)

Protocole d'accord du 12 août 2008
relatif à la mise en place d'un régime complémentaire
de couverture des frais de santé

NOR : ASET2250591M

IDCC : 218

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

UCANSS,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

PSTE CFDT ;

SNADEOS CFTC ;

SNPDOSS CFE-CGC ;

FPSE CFTC ;

FNCCSS CFE-CGC ;

SNFOCOS,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les parties signataires, constatant la diversité des situations existantes dans l'institution s'agissant des couvertures complémentaires de frais de santé des salariés, entendent mettre en place un régime collectif obligatoire de remboursement de frais médicaux.

La finalité poursuivie consiste à faire bénéficier l'ensemble du personnel d'un régime de bon niveau, à un coût optimisé, tout en organisant une solidarité intergénérationnelle entre salariés actifs et anciens salariés de l'institution.

La négociation a été menée avec la volonté d'instaurer un dispositif pérenne et responsable, qui a vocation à présenter des résultats équilibrés, avec des modalités permettant aux partenaires sociaux d'en assurer le pilotage rigoureux.

Dans ce cadre, l'accord a pour objectifs :

- d'harmoniser les garanties de l'ensemble des salariés de l'institution avec une politique de maîtrise de l'équilibre financier du régime ;

- de renforcer la solidarité entre les salariés dans le cadre d'un régime mutualisé, tout en tenant compte des situations individuelles ;
- de permettre la prise en compte de la situation des actuels et futurs retraités.

En outre, la mise en place d'un tel régime participe d'une politique de recrutement et de fidélisation des salariés, et contribue à favoriser la mobilité dans l'institution par l'harmonisation des garanties offertes.

Article 1^{er} | Champ d'application et objet de l'accord

Le présent accord a pour objet de mettre en place un régime complémentaire de couverture des frais de santé dans les organismes du régime général de sécurité sociale et leurs établissements, y compris ceux qui ont mis en œuvre, antérieurement au présent accord, un régime de garantie de frais de santé à caractère obligatoire.

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

Titre I^{er} Régime des salariés

Chapitre I^{er} Adhérents à titre obligatoire

Article 2 | Caractère obligatoire de l'adhésion

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 chapitre.

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.

Article 3 | Bénéficiaires

3.1. 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, 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.

3.11. 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 ;
- de congé de formation non rémunéré 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.

3.12. 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'entrée en vigueur du régime 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 avant la mise en place de celui-ci, soit au plus tard le 31 décembre 2008, ou lors de leur embauche si elle intervient postérieurement à cette date.

Ils doivent justifier avant le 31 décembre de chaque année qu'ils continuent à remplir les conditions permettant d'obtenir une dispense d'adhésion.

Enfin, bénéficiant d'une dispense d'affiliation temporaire les salariés déjà couverts par une assurance 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.

3.2. 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 4 | Garanties

4.1. 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 au titre de la maladie, des accidents du travail, des

maladies professionnelles, et de la maternité par 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) ;
- 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 indemnités de toute nature, cette règle jouant acte par acte.

4.2. Tableau des garanties

Le montant des remboursements est fixé comme suit :

Actes	Remboursement maximal dans la limite des frais engagés
Hospitalisation (y compris maternité)	
Honoraires	250 % BR moins RSS
Séjours	250 % BR moins RSS
Forfait journalier ^[1]	100 % FR
Chambre particulière ^[2]	50 €
Lit accompagnant (jusqu'à 15 ans) ^[1]	30 €
Pharmacie	100 % BR moins RSS
Frais médicaux courants	
Consultation – visite généraliste	140 % BR moins RSS
Consultation – visite spécialiste	170 % BR moins RSS
Auxiliaires médicaux	100 % BR moins RSS
Actes techniques	150 % BR moins RSS
Radiologie	150 % BR moins RSS
Analyses	100 % BR moins RSS
Autres frais médicaux courants (transport sanitaire...)	100 % BR moins RSS
Dentaire	
Soins	100 % BR moins RSS
Prothèses remboursées SS	400 % BR moins RSS 300 % BR reconstituée
Prothèses non remboursées SS ^[3]	
Orthodontie acceptée orthodontie non acceptée	300 % BR moins RSS
Implants dentaires	430 € par implant
Parodontie	150 € par an et par personne
Optique^[4]	
Verre simple	Cf. grille
Verre progressif	Cf. grille

Actes	Remboursement maximal dans la limite des frais engagés
Monture	100 € par an et par personne
Lentilles médicalement prescrites remboursées ou non	200 € par an et par personne
Chirurgie laser	250 € par œil
Appareillage médicalement prescrit	
Appareillage remboursé SS	250 % BR moins RSS
Appareillage non remboursé SS	150 % BR reconstituée
Appareil auditif (par oreille)	100 % TM + 1 000 € par oreille
Cure thermale remboursée SS	100 % TM + 230 € par personne ou 275 € pour un enfant accompagné
Contraception médicalement prescrite	200 € par an
Actions de prévention	Toutes celles prévues par l'arrêté du 8 juin 2006
[1] Sans limitation de durée. [2] Dans la limite de 90 jours par année civile. [3] Prothèses figurant dans la nomenclature. [4] Pour les seuls bénéficiaires âgés de plus de 18 ans le remboursement est limité à un équipement par an.	

BR : base de remboursement sécurité sociale.

FR : frais réels.

RSS : remboursement sécurité sociale.

TM : ticket modérateur.

Les montants en euros sont indexés sur le plafond de la sécurité sociale, sauf décision contraire de la commission paritaire de pilotage.

Grille des garanties en matière d'optique

	Dioptrie		
	≤ 6	6 < D ≤ 8	> 8
Verre simple de cylindre inférieur ou égal à (≤) 4	100 €	200 €	250 €
Verre simple de cylindre supérieur à (>) 4	200 €	250 €	300 €
Verre progressif de cylindre inférieur ou égal à (≤) 4	230 €	300 €	350 €
Verre progressif de cylindre supérieur à (>) 4	300 €	350 €	400 €

Ces couvertures excluent la prise en charge de^[1] :

- 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 (art. 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 ;

[1] Ces dispositions évolueront en fonction de l'évolution des conditions relatives au contrat aidé (article 4.1).

- 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 (art. L. 322-2 du code de la sécurité sociale) ;
- les franchises médicales applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires (art. L. 322-2 du code de la sécurité sociale).

Article 5 | Financement

5.1. Répartition 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.

La contribution de l'employeur au régime n'obère en aucun cas la négociation salariale conduite par ailleurs dans l'institution.

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

5.2. 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 n'ayant aucun ayant droit à titre obligatoire tel que défini à l'article 3.2 ;
- la cotisation « famille » correspond à la situation du salarié ayant un ou plusieurs ayants droit à titre obligatoire tel que défini à l'article 3.2.

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 annuelle au sens de l'article 5.1 du présent accord, limitée au montant du plafond annuel du régime général de la sécurité sociale en vigueur au cours de la même période ;
- cotisation « famille » :
 - partie forfaitaire : 2 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 : 2 y % du montant de la rémunération annuelle au sens de l'article 5.1 du présent accord limitée au 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 60 % pour les salariés bénéficiant du régime local de sécurité sociale des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

Les valeurs x et y seront définies par un avenant au présent accord, sur recommandation de la Commission paritaire de pilotage, intervenant après conclusion du traité de coassurance.

Chapitre II Adhérents à titre facultatif

Article 6 | Bénéficiaires

Peuvent adhérer à titre facultatif au régime sans participation financière de l'employeur, en contrepartie d'une cotisation spécifique, 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 3.2 ;
- 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, ne répondant pas aux conditions d'affiliation obligatoire, et leurs ayants droit.

L'adhésion prend fin à la date de rupture du contrat de travail du salarié. Les intéressés peuvent, si les conditions sont réunies, bénéficier du régime des anciens salariés.

La commission paritaire de pilotage négocie et vérifie les conditions du contrat qui régit les adhérents à titre facultatif, ainsi que les cotisations proposées.

Article 7 | Garanties

L'adhérent à titre facultatif bénéficie des mêmes garanties que l'adhérent à titre obligatoire.

Article 8 | Financement

Le financement du régime est assuré intégralement par l'assuré.

Les cotisations sont forfaitaires. Elles sont assises sur le plafond de la sécurité sociale. Cette assiette est minorée de 25 % pour les invalides dont le contrat de travail est suspendu.

Pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu, elles sont exprimées selon les deux catégories retenues pour le régime des actifs (isolé/famille) dans la même proportion d'écart de cotisation.

Pour les autres bénéficiaires, la cotisation est exprimée par personne couverte. Cette cotisation unique correspond à l'estimation technique de la couverture d'une personne seule.

Chapitre III Évolution du régime

Article 9 | Évolution du régime

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 applicables au début de l'année suivante.

Elle procède aux aménagements nécessaires, y compris en ce qui concerne la nature des prestations, 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, de ± 10 % par an pour chacun des actes identifiés dans le tableau des garanties. Ces deux aménagements peuvent se cumuler autant que de besoin. Ils constituent une modalité d'application du présent accord.

La commission paritaire de pilotage peut procéder aux aménagements requis en cours d'année si elle l'estime nécessaire.

Chapitre IV Fonds de solidarité

Article 10 | *Fonds de solidarité*

Il est institué un fonds de solidarité dont l'objectif est de permettre l'attribution d'allocations exceptionnelles aux bénéficiaires du régime qui ont dû faire face à des dépenses de santé (médicales ou paramédicales) particulièrement importantes pour eux-mêmes ou leur famille, compte tenu de leurs ressources financières.

La commission paritaire de pilotage établit le règlement du fonds de solidarité et organise sa gestion.

Le fonds de solidarité est alimenté par prélèvement sur le compte de résultats du régime, sur décision annuelle de la Commission paritaire de pilotage, en concertation avec les assureurs.

Titre II Régime des anciens salariés

Chapitre I^{er} Bénéficiaires et garanties

Article 11 | *Anciens salariés d'un organisme de sécurité sociale*

11.1. Ancien salarié bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou d'une allocation chômage, obtenue après l'entrée en vigueur du présent accord

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 sauf dans le cadre d'un cumul emploi-retraite, 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 cadre, ils bénéficient du tableau des garanties de l'article 4.2 du présent accord.

Pour cela, ils sont tenus d'adresser une demande conforme à l'assureur auprès duquel le régime était garanti lorsqu'ils étaient salariés d'un organisme de sécurité sociale (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.

Peuvent être couverts par le régime les ayants droit :

- répondant aux critères du 3.2 du régime obligatoire des actifs ;
- adhérents au moment de la cessation d'activité professionnelle de l'ancien salarié au régime dans le cadre de l'article 6 et ce, tant qu'ils remplissent les conditions prévues par l'article 6.

L'adhésion de ces ayants-droits est subordonnée à celle de l'ancien salarié, sauf dans le cas prévu à l'article 12.2.

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

11.2. Ancien salarié à la date d'entrée en vigueur du présent accord

Sont concernés les anciens salariés d'un organisme de sécurité sociale (et leurs ayants droit : enfants répondant aux critères de l'article 3.2, et conjoint ou assimilé) à la date d'entrée en

vigueur du présent accord, qui bénéficient d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ou d'une pension de retraite, ou d'une allocation de l'Agepret, qui n'exercent pas d'activité professionnelle sauf dans le cadre d'un cumul emploi-retraite, et qui, à leur dernier jour d'activité, étaient salariés d'un organisme du régime général de la sécurité sociale.

Sont également concernés les conjoints survivants bénéficiaires d'une pension de réversion dans la mesure où l'ouvrant droit décédé était salarié d'un organisme de sécurité sociale au dernier jour de son activité.

Les intéressés peuvent notamment :

- 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, dans un délai maximal de 12 mois après l'entrée en vigueur du présent régime, 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. Dans ce cadre, ils bénéficient du tableau des garanties de l'article 4.2 du présent accord.

Article 12 | Bénéficiaires à titre d'ayant droit

12.1. 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.

Le bénéfice du régime cesse pour les enfants dès qu'ils ne remplissent plus les conditions fixées par l'article 3.2.

12.2. Ayants droit d'un ancien salarié décédé

Les ayants droit d'un ancien salarié adhérent au présent régime peuvent bénéficier, s'ils acceptent les conditions de l'assureur, du régime des anciens salariés sous réserve d'adresser une demande conforme à l'assureur auprès duquel le régime était garanti au profit de l'ancien 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.

Le bénéfice du régime cesse pour les enfants dès qu'ils ne remplissent plus les conditions fixées par l'article 3.2.

Article 13 | Ancien adhérent à titre facultatif

Les adhérents à titre facultatif visés à l'article 6 du présent accord, peuvent bénéficier, s'ils acceptent les conditions de l'assureur, du régime des anciens salariés 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.

Le bénéfice du régime cesse pour les enfants dès qu'ils ne remplissent plus les conditions fixées par l'article 3.2.

Chapitre II Financement

Article 14 | Cotisations

Sous réserve des dispositions ci-dessous, les bénéficiaires relevant du titre II assument le financement intégral des garanties de frais médicaux dont ils bénéficient.

Les cotisations, au titre des présentes dispositions, seront fixées par les assureurs à la mise en œuvre du régime et évolueront en fonction des résultats du compte de résultat « anciens salariés » du régime et ce, sous le contrôle de la commission paritaire de pilotage.

À 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.

La commission paritaire de pilotage aura toute latitude pour décider de la structure des cotisations.

Article 15 | 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 titre.

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, et obéissent aux règles de la répartition conformément aux souhaits des partenaires sociaux.

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.

Sont bénéficiaires du fonds les anciens salariés d'un organisme de sécurité sociale, ainsi que leurs ayants droit répondant aux critères de l'article 3.2 du présent accord, y compris après le décès de l'ancien salarié s'ils bénéficient d'une pension de réversion.

Chapitre III Fonds de solidarité

Article 16 | Fonds de solidarité

Il est institué un fonds de solidarité dont l'objectif est de permettre l'attribution d'allocations exceptionnelles aux assurés du régime qui ont dû faire face à des dépenses de santé (médicales ou paramédicales) particulièrement importantes pour eux-mêmes ou leur famille, compte tenu de leurs ressources financières.

Bénéficient de ces dispositions, les personnes visées aux articles 11 et 12 du présent accord.

La commission paritaire de pilotage établit le règlement du fonds de solidarité et organise sa gestion.

Le fonds de solidarité est alimenté par prélèvement sur le compte de résultat du régime, sur décision annuelle de la commission paritaire de pilotage en concertation avec les assureurs.

Titre III Commission paritaire de pilotage (CPP)

Article 17 | Composition et fonctionnement

Une commission paritaire de pilotage (CPP) est constituée.

Elle est constituée de deux collèges.

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, et que le quorum, qui correspond à la majorité des membres, est atteint dans chaque collège.

Les délibérations sont adoptées par consensus, et, à défaut, par obtention de la majorité des voix dans chacun des collèges.

La commission paritaire de pilotage élabore son règlement intérieur déterminant les conditions de son fonctionnement.

Article 18 | Attributions

La commission paritaire de pilotage a, notamment, pour missions :

- 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 des régimes 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 de façon à vérifier, en permanence, les conditions dans lesquelles la mutualisation est garantie par les assureurs. À 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 homo-

logués 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 des régimes ;
- de contrôler l'évolution des cotisations et des couvertures du régime des anciens salariés (titre II) ;
- 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 des régimes, concourent effectivement aux objectifs de mutualisation et à la qualité de la couverture ; à cette fin, la commission paritaire de pilotage est informée au préalable, et 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 et de l'Ucanss, tous les 2 ans, un rapport circonstancié sur les conditions dans lesquelles les assureurs garantissent la mutualisation, sans préjudice de les saisir, sans délai de toute difficulté ;
- d'accepter, ou de refuser, l'adhésion au régime de tout organisme 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. La commission paritaire de pilotage valide chaque année, au vu du rapport qui lui est présenté par un expert, les comptes consolidés.

Titre IV Gestion et garantie de mutualisation par les assureurs

Article 19 | *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 s'engagent à :

- assurer les garanties visées à l'article 4 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 » de telle sorte qu'il y ait une compensation « professionnelle » des résultats pour chacun de ces comptes, indépendamment l'un de l'autre, 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 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 I^{er} 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'assureur homologué participant à la gestion du régime qui lui est désigné. 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.

En cas de fusion d'organismes, l'adhésion antérieure est maintenue, jusqu'au terme de la période d'homologation visée à l'article 20.4.

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 3.12.

Article 20 | Les assureurs

20.1. Homologation des assureurs

La commission paritaire de pilotage homologue les assureurs réunissant les conditions requises pour garantir la mutualisation.

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

20.2. 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 ;
- 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 au titre I^{er}. 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 n° 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 titre précédent. Ce compte est relatif aux bénéficiaires visés au titre II ;
- les comptes de résultats consolidés sont approuvés par un expert 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.

20.3. 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 mécanismes définis au point 20.2 ;
- les modalités de participation de chaque assureur homologué à l'établissement des comptes consolidés « actifs » et « anciens salariés » tels que définis au point 20.2 ;
- 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'apérateur administratif. À ce titre l'apérateur est chargé d'assurer la coordination de la gestion administrative et technique entre tous les assureurs.

20.4. Renouvellement et retrait d'homologation

L'homologation visée au point 20.1 est donnée 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'expert visé à l'article 18 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 20.1 ;
- ledit assureur ne respecte plus les principes fixés à l'article 20.2 ou les traités et conventions visés à l'article 20.3 dans leur esprit ou dans leurs dispositions ;
- ledit assureur 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 de pilotage, 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 dans le cadre du présent accord, 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 ces dispositions les provisions pour charges à payer et les engagements y correspondant.

Titre V Dispositions diverses

Article 21 | Incidences du présent accord sur certaines dispositions conventionnelles

21.1. Chapitre XV du règlement intérieur type

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

« À 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 complémentaire de couverture des frais de santé au profit des salariés des organismes de sécurité sociale. »

21.2. 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 complémentaire de couverture des frais de santé au profit des salariés des organismes de sécurité sociale »

Article 22 | Durée d'application du présent accord

Le présent accord et les régimes qu'il instaure sont établis pour une durée indéterminée.

Les régimes entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2009.

L'entrée en application du présent accord à l'égard des organismes de sécurité sociale et de leurs salariés est 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 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 31 décembre 2008, l'accord sera réputé nul et non avenue.

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.

Fait à Paris, le 12 août 2008.

(Suivent les signatures.)

Annexe 1

Critères permettant l'homologation des assureurs (art. 20.1 de l'accord)

Article 1^{er} | *Expérience requise*

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

1.1. 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 » ;

1.2. 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 ; ces assureurs sont appelés ci-après « assureurs non dédiés ».

Article 2 | *Conditions spécifiques aux assureurs dédiés à des organismes de sécurité sociale*

Les assureurs dédiés à des organismes de sécurité sociale sont les assureurs qui participent depuis au moins 10 ans à l'assurance et à la gestion d'un régime de frais de santé collectif au profit d'organismes de la sécurité sociale, couvrant au minimum 20 % des salariés d'au moins un organisme, et qui comptent parmi leurs adhérents plus de 400 salariés d'un ou plusieurs organismes de sécurité sociale.

Afin de pouvoir prétendre à l'homologation, les assureurs dédiés devront, s'ils ne répondent pas aux critères de l'article 3, respecter l'une des deux procédures ci-après :

a) Effectuer leur demande d'homologation dans le cadre d'une rétrocession d'une part de coassurance par un des assureurs répondant aux critères de l'article 3 :

a.1) L'assureur non dédié devra répondre aux critères de l'article 3 et rétrocéder une part de coassurance aux assureurs dédiés. Il devra par ailleurs veiller à la mise en place, dès la prise d'effet du régime, d'un système d'information et de gestion unique ;

a.2) Les assureurs dédiés devront confier à l'assureur non dédié un mandat de représentation. Ils devront s'engager à utiliser le système d'information et de gestion défini par l'assureur non dédié et ce dès la mise en œuvre du régime. Tout assureur dédié ne respectant pas cette condition se verra retirer son homologation.

b) Se constituer en un groupement de coassurance des assureurs dédiés (appelé ci-après « Groupement ») :

b.1) Le groupement devra se faire représenter par un interlocuteur unique mandaté. Celui-ci bénéficiera d'une quote-part de coassurance maximale de 50 % de la quote-part globale du groupement ainsi constitué et pourra se prévaloir de la qualité de chef de file du groupement.

b.2) En raison de son rôle, le chef de file du groupement devra justifier :

- d'une expérience de montages similaires, dans au moins 20 groupements de coassurance ;
- d'un encaissement minimum frais médicaux au titre de ces groupements, net de réassurance (moyenne des trois derniers exercices) de 120 millions d'euros ;

- d'un montant minimum de fonds propres excédant le minimum réglementaire de la marge de solvabilité (moyenne des trois derniers exercices) de 75 millions d'euros.

Il devra par ailleurs veiller à la mise en place, dès la prise d'effet du régime, d'un système d'information et de gestion unique ;

b.3) Les assureurs dédiés devront confier au chef de file du groupement un mandat de représentation. Ils devront s'engager à utiliser le système d'information et de gestion défini par le chef de file du groupement pour l'ensemble des assureurs dédiés et ce dès la mise en œuvre du régime. Tout assureur dédié ne respectant pas cette condition se verra retirer son homologation.

Article 3 | Critères spécifiques aux assureurs non dédiés

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

3.1. Expérience significative dans l'assurance et la gestion de régimes mis en place par accords de branche :

- nombre de conventions collectives : au minimum 5 ;
- nombre de salariés couverts dans le cadre de ces conventions : au minimum 130 000.

3.2. Encaissement de frais médicaux net de réassurance (moyenne des 3 derniers exercices) : minimum de 300 M €.

3.3. Implantation géographique au plan national : au moins 35 implantations locales réparties sur le territoire.

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

Article 4 | Engagement commun à tous les assureurs

Les assureurs devront s'engager expressément et sans réserve à respecter l'esprit et la lettre du présent accord notamment dans son article 20.2 et du cahier des charges établi par la commission paritaire de pilotage, à collaborer à la gestion de ce régime avec l'ensemble des autres assureurs retenus, à respecter tous accords techniques, assurantiels et/ou de gestion administrative ou financière qui seraient conclus entre eux, sous le contrôle de la commission paritaire de pilotage, ainsi que de s'adapter aux systèmes d'information requis.