

Compte-rendu approuvé par la
CPNNC le 28 janvier 2010

CPNNC du 26 novembre 2009

COMPTE-RENDU

Collège Employeurs :

SdA : Françoise GROSHENS, Jean-Pierre BARRANGER, Jean-François CHENAIS, Boualem BELLEMOU

UNSFA : Christophe CHOMEL, Patrick SARAZIN, Jean-Louis RENY, Alain MASSON, François PICHET

Collège Salariés :

CFDT : Alain HENNAUX

CFTC : Yassin BOUAZIZ

CFE-CGC : François LE VARLET (excusé François DUDILIEUX)

FO : André ZAJDA

Président : Yassin BOUAZIZ

Vice-Président : Christophe CHOMEL

Secrétaire général : Pierre POUILLEY

Aprionis : Mme TLIBI et M. BONIZEC

Malakoff-Médéric : Mme FLEURENT et M. MULLER

Ordre du jour de la CPNNC du 26 novembre 2009

- 1 - Approbation de l'ordre du jour
- 2 - Approbation du compte rendu du 24 septembre 2009
- 3 - Calendrier des réunions 2010
- 4 - Santé-Prévoyance (amélioration des régimes)
- 5 - Questions diverses

Point 1 : Approbation de l'ordre du jour :

Décision : l'ordre du jour est approuvé.

Point 2 : Approbation du compte-rendu du 24 septembre 2009 :

Décision : le compte rendu du 24 septembre 2009 est approuvé, sans remarques.
(abstention de Y. BOUAZIZ, absent le jour de la réunion).

Point 3 : Calendrier 2010 des réunions CPNNC

04 mars - 1^{er} avril - 03 juin - 1^{er} juillet (commission de gestion) - 23 septembre - 25 novembre

Point 4 : Santé-Prévoyance - Amélioration des régimes

A - Santé. (voir tableau en annexe)

Rappel de la réunion précédente, conclusions relatives à la santé et à la prévoyance :

Le secrétariat de l'APGP adressera un tableau aux opérateurs.

Colonne 1 : l'accord tel qu'il est avec les taux actuels

Colonne 2 : baisse de 15 % sans modification des prestations

Colonne 3 : réponse des opérateurs au travail de la sous commission (baisse des taux/hausse des prestations)

Colonne 4-A : propositions faites ce jour sur l'orthodontie à 100 % et la chirurgie réfractive à 11 %

Colonne 4-B : propositions faites ce jour sur l'orthodontie à 200 % et la chirurgie réfractive à 22 %

Ce tableau sera transmis aux opérateurs pour qu'ils le complètent avec les nouveaux taux de cotisations que ces modifications apporteraient et ce, pour un retour 10 jours avant la prochaine CPNNC à laquelle on leur demandera de participer. A la prochaine CPNNC, des accords vont être pris.

IONIS :

Ce tableau adressé par courriel est remis sur table. Il reprend les demandes avec une colonne en plus qui est un mixte entre les deux, en prenant certaines prestations demandées et en enlevant d'autres.

- colonne 1 : régime actuellement en vigueur avec les cotisations pratiquées actuellement
- colonne 2 : les mêmes prestations qu'à l'heure actuelle, par contre, baisse de 15 % pour améliorer les cotisations sans baisse des prestations
- colonne 3 : jouer sur les deux facteurs cotisations/prestations : une baisse de cotisation de 4 % et des prestations supplémentaires notamment sur les consultations/visites, et la couverture partielle des dépassements d'honoraires, c'est un point essentiel qui touchera du monde s'il est acté. Améliorations supplémentaires :
 - la médecine douce, l'ostéopathie, l'acuponcture, etc. (limité à cinq séances par an et par famille) à hauteur de 20 €/séance (aujourd'hui aucune couverture, ni de la SS, ni du régime complémentaire)
 - la parodontie (traitements non remboursés à ce jour) avec un forfait de 4 % du plafond SS (env. 120 €)
 - l'optique : augmentation du forfait pour la correction de 11 à 12 % (+ 30 €) du plafond SS, et de 19 à 21 % sur les verres progressifs (+ 60 €)
 - la chirurgie réfractive (n'existe pas aujourd'hui) : la correction par chirurgie laser des myopies n'est pas remboursée par la SS, ni par le régime de base, et passerait avec un forfait de 11 % du plafond SS (autour de 300 €). Le coût moyen pratiqué est autour de 1500 €.

Ces prestations peuvent être intégrées avec une baisse de cotisations de 4 % en essayant de cibler une amélioration qui permet d'arriver au point d'équilibre du régime.

La simulation effectuée depuis juin montre que le régime, mis en place en mai 2008, est monté progressivement. Il y avait un excédent estimé de l'ordre de 30 % jusqu'en septembre. En regardant des analyses plus récentes, les consommations du 1^{er} semestre 2009 montrent moins d'excédent puisqu'on passe de 30 à 19 %. Le "disponible" pour améliorer le régime est moins élevé pour rester à l'équilibre.

- colonne 4a : puisqu'il a fallu rester fidèle aux prestations (ce qui a été demandé par la branche), il n'y a plus de disponible pour toucher les cotisations :
 - la prise en charge au titre des consultations passe de 100 % à 200 % de la base de remboursement
 - les actes techniques médicaux sont couverts, la petite chirurgie est couverte dès le dépassement d'honoraires
 - sur la médecine douce, on passe à 30 € par séance au lieu de 20 € (sur la base de 5 séances/an)
 - pour les professionnels divers, on couvre le dépassement d'honoraires à hauteur de 200 % de la base de remboursement de la SS (précédemment, seul le ticket modérateur était couvert)
 - sur les soins dentaires, le dépassement d'honoraires est couvert sur les soins qui en font l'objet
 - la parodontie : idem colonne 3
 - l'optique : idem colonne 3
 - la chirurgie réfractive : idem colonne 3

En termes de prestations, il y a une consommation supplémentaire de l'ordre de 19 %, ce qui ne laisse pas de marge pour baisser les cotisations

- colonne 4b : proche de la colonne 4. La demande correspondrait à une hausse des prestations de 21 % :
 - l'orthodontie : améliorée par rapport à aujourd'hui, elle passe de 100 % de la base de remboursement à 200 % représentant une couverture très correcte pour des soins d'orthodontie

- l'optique : sans modification
- la chirurgie réfractive laser : elle double en termes de remboursement, 22 % (env. 600 €).

Si on intègre ces prestations sans toucher aux cotisations, cela donne théoriquement un déficit de 2 % avec un solde de - 150000 €. L'année 2008 a dégagé un excédent de 1.000.000 € et l'année 2009 devrait également en dégager un (non connu à ce jour, entre 700.000 et 800.000 €). Cela entraînera un déficit de l'ordre de 150.000 €, c'est à la branche professionnelle d'arbitrer.

- colonne 5 (proposée par l'opérateur) : quelques prestations demandées par les partenaires sociaux ont été retenues pour arriver à une baisse des cotisations de 10 % et une hausse des garanties de 8 % :
 - consultations/visites avec dépassements d'honoraires
 - actes techniques médicaux, chirurgie à hauteur de 100 % de la base de remboursement avec une amélioration de l'acte technique petite chirurgie par des spécialistes
 - prothèses médicales diverses où les dépassements d'honoraires seront couverts
 - les autres prestations sont inchangées
 - une baisse des cotisations de 10 %.

Un élément d'éclairage : les dépenses de santé évoluent chaque année d'environ 3 %. On observe dans le régime de la branche que cela correspond à peu près à l'évolution des dépenses de la SS. A terme, cela pourrait avoir un impact sur les cotisations. Souvent, les dépassements augmentent plus que le ticket modérateur sachant que la base de remboursement de la SS est figée dans le temps.

Nouvelle structure de la cotisation

On peut aujourd'hui faire le reproche au régime des cotisations "facultatives" choisies par les salariés (conjoint/couple ou enfant + couverture familiale). Le salarié a la liberté de choisir, et les cotisations couple et famille sont exprimées en % du salaire. Le salarié ne va pas choisir la couverture couple et famille en fonction du besoin mais en fonction du salaire. Les gens qui ont un fort salaire ont tout intérêt à souscrire une mutuelle individuelle qui leur coûtera moins cher pour le conjoint et les enfants que d'adhérer au système, la cotisation au % salaire est pénalisante et facultative. Le nombre de bénéficiaires couverts est beaucoup plus faible que dans d'autres régimes parce qu'il y a cet effet dissuasif au-dessus des salaires moyens.

On avait déjà évoqué ce point et l'idée était de rester en % salaire sur la part obligatoire et sur tout ce qui est facultatif, passer sur un forfait. Cela permet de gagner en mutualisation et il y a plus de personnes couvertes. C'est dommage que le système aujourd'hui ne soit pas optimisé pour couvrir ses ayants droit dans le même système plutôt que de souscrire par ailleurs des complémentaires individuelles. Par contre, la famille y gagne (d'environ 10 %) mais se pose le problème des droits acquis des couples.

Il y a l'alternative de la couverture "famille" uniquement, quel que soit le coef. familial, le régime est obligatoire pour tout le monde et c'est un taux qui baisse au global (plus cher pour un célibataire, et moins cher pour la famille). On change le système mais cela va plaire à certains et déplaire à d'autres. Quelle solution idéale pour passer d'un régime à l'autre ?

Dans la mesure où c'est la branche qui décide du régime, peut-on techniquement et sous forme de contrat groupe fermé, laisser de côté ceux qui avaient la structure couple mais par contre, les nouvelles souscriptions ne pourront pas aller dans cette structure couple, aujourd'hui, ils seront soit seuls, soit famille.

Si la branche reste sur la même structure, on peut imaginer une certaine cohérence ; mais si elle passe sur une structure famille avec une assiette de cotisations sur le PMSS, il y a un côté choquant à conserver un groupe fermé en % du salaire, il faudra mutualiser.

A ce jour, il y a 15400 salariés couverts, en couvrant les familles, on devrait arriver au double ; et un peu plus de 6700 entreprises adhérentes.

YB (CFTC) : en prenant une base à hauteur de 2500 € de salaire, la cotisation au taux fixe de 1.91 donnerait une cotisation de 47.75 € et avec le système alternatif proposé par les opérateurs pour une cotisation à 1.79 on serait à 44.75 € (env. 23.00 €/mois pour le coût salarial), ce qui fait grosso modo pour le couple 74.00 € et 108.00 € pour la famille ; 42.25 € pour un taux de 1.69, 49.75 € pour un taux de 1.99.

AH (CFDT) : question par rapport à la portabilité des droits, aucune obligation pour les licenciés ?

IONIS : aucun écho sur un arrêté d'élargissement, peut-être même qu'il n'y aura pas d'arrêté.

PJ (UNSFA) : dans certaines entreprises, les chefs d'entreprise utilisent le kit d'adhésion volontaire à la portabilité des droits, on le retrouve aussi dans les entreprises qui ont l'activité de bureau d'études, tout est mis en place chez les opérateurs.

YB (Président) : demande que chaque organisation se prononce sur les colonnes, à savoir :

- baisse de cotisations de 15 % sans modification des prestations
- hausse des garanties de 15 % et baisse des cotisations de 4 %
- hausse des garanties de 19 % sans baisse de cotisations
- hausse des garanties de 21 % sans baisse de cotisations
- hausse des garanties de 8 % et baisse de cotisations de 10 %.

Suspension de séance

Collège employeur :

Accord du collège sur la structure des cotisations, garder l'isolé, couple et famille.

Sur le choix de la colonne, le mandat de l'UNSFA se maintient sur la colonne 2 (baisse de cotisations de 15 % sans modification des prestations).

Le SdA est favorable à la colonne 5, et qui est à l'équilibre (hausse des garanties et baisse des cotisations à peu près équilibrées : 8 & 10 %).

Compte-tenu de l'excédent, le collège demande de rester sur une baisse des cotisations de 10 % mais de faire un appel minoré pour 2010 des cotisations de manière à résorber une partie de l'excédent.

Collège salarié :

Rejoint le collège employeur au niveau de la structure des cotisations : isolé, couple et famille.

Quant au reste, plusieurs approches, le collège salarié serait plutôt favorable à la colonne 3, le but étant, (malgré les 6700 entreprises adhérentes, autant à l'extérieur, et 15400 salariés mais le double à l'extérieur) une augmentation des garanties avec une autre proposition sur la question du coût :

imaginons de rendre obligatoire les trois possibilités de choix : isolé, couple, et famille ; ce qui amènerait une participation de l'employeur à hauteur de 50/50. L'obligatoire ne serait plus l'isolé mais la totalité, cela baisserait le coût pour l'employeur (puisque défiscalisé). Nous disposons d'un solde, pour le vider on fait un appel de cotisations inférieur. Nous aurons une obligation supplémentaire pour l'employeur minimisée du fait de ce taux d'appel. Combien cela coûte pour l'employeur et le salarié ? Si on peut étaler l'effort de l'employeur sur un, deux ou trois ans, cela pourrait politiquement passer et cela permettrait de faire baisser d'une manière conséquente la part des salariés. La moitié des salariés n'est pas couverte, la moitié des entreprises n'est pas adhérente. Par ce système, on arrive à faire adhérer plus d'entreprises et de salariés, on génère un solde théorique qui augmente peut-être mais le système peut fonctionner sur ces équilibres. Réfléchir aussi sur la portabilité en complémentaire santé et faire un accord pour la finaliser.

CC (Vice-président) : il y a un consensus qui se dégage pour les deux collèges sur la structure de cotisations. C'est quelque chose qui pourrait déjà être acquis. Sur le choix des colonnes il y a des divergences. Une autre suspension de séance est nécessaire, certains points (l'élargissement de l'accord couple et famille) n'ont pas été abordés par les organisations d'employeurs.

JFC (SdA) : cela a été abordé en juillet. Dans les colonnes, il y a trois choix : un du collège salarié (colonne 3 baisse des cotisations de 4 % et hausse des prestations de 15 %), ce n'est pas très compliqué de trouver un accord sur la colonne, après c'est un problème d'écart de pourcentage. Sur le problème de changement de nature du régime, on peut en discuter mais l'UNSFA n'a pas de mandat là-dessus.

CC (Vice-président) : il est important de trouver un accord en cette fin d'année, applicable en 2010 ; c'est un des objectifs qui avait été fixé à la sous com santé qui avait travaillé sur le sujet et avait fait un certain nombre de remarques (dont l'aboutissement du tableau d'aujourd'hui).

Suspension de séance

Collège employeur :

Pas d'opposition sur la proposition du collège salarié à étudier l'évolution du régime vers un caractère obligatoire étendu au couple et à la famille, mais les paramètres sont à vérifier et à analyser.

Soit on part sur une cotisation unique couple/famille analogue au système des géomètres qui a un impact financier sur le coût, soit on part sur la proposition du collège salarié qui est de rendre obligatoire les trois postes (isolé, couple et famille) mais un point semble un peu plus compliqué que cela, cela ne laisse aucun choix à personne dans le cadre du caractère "obligatoire".

On s'est engagé à signer un accord et on aimerait bien se mettre d'accord sur la colonne 5 (8 et 10 %), sur la structure de la cotisation de façon transitoire et de renvoyer la proposition du collège salarié en même temps que la négociation sur la portabilité. Cela permettra d'avoir des éléments financiers précis de la part des opérateurs et de voir comment cela impacte le régime, une simulation étant difficile tout de suite. Pas d'opposition de principe du collège employeur de rendre le régime obligatoire.

Collège salarié :

Cette colonne 5 peut être une possibilité. Pourquoi ne pas faire 9 % de baisse des cotisations et 9 % de hausse des prestations en ajoutant au poste orthodontie 200 % de la base de remboursement. En ce qui concerne la médecine douce, quel serait l'impact de ramener à 20 € la séance ?

Opérateurs : cela ne fait pas grand chose en pourcentage mais en orthodontie, si on passe à 200 %, il restera 119 € à la charge du salarié au lieu de 313 € et ce n'est pas négligeable en termes d'impact. Quant à la médecine douce, il faut choisir avec l'orthodontie mais pas de changement pour les deux. La consommation de la médecine est relativement minorée mais le risque, c'est que ça rentre dans les mœurs.

CC (UNSFA) : le déficit de la colonne 4b est plus lié au passage de 30 % à 200 % sur les consultations de spécialistes et les prothèses qu'au passage de 20 à 30 € sur les séances de médecine douce.

Opérateur : améliorer l'orthodontie sera apprécié des familles, mais passer simultanément la médecine douce à 30 € semble difficile, peut-être à 20 €.

Une proposition est formulée (voir l'annexe). Valider :

- la modification de la structure des cotisations en allant vers un système "isolé" en % du salaire, "couple et famille" avec un complément forfaitaire fixé par rapport au PMSS
- une possibilité d'accord sur la colonne 5 avec en complément un forfait de 20 € par acte de médecine douce (limité à 5 séances par an et par famille) et l'orthodontie sur la base de 150 %.

CC (UNSFA) : ne pourrait pas signer cet avenant parce que son conseil national ne lui en a pas donné le mandat, mais n'irait pas contre.

Décision : la sous com santé se réunira pour travailler :

- sur la portabilité des droits
- et l'opportunité de prise en charge obligatoire "isolé, couple, famille".

PJ (UNSFA) : revient sur les conditions d'application de l'accord. Dans l'attente de l'extension, qu'en sera-t-il des cotisations? Il faut trouver dès le 1^{er} janvier une cotisation qui ne bougera ni pour l'entreprise, ni pour le salarié après extension du système.

Conclusions

- 1) SdA, CFE-CGC, et CFDT seront signataires de l'accord : modification de la structure des cotisations et colonne 5, amendée des 20 € et des 150 %, avec une baisse des cotisations de 9% et une hausse des prestations de 9 %.**
- 2) Un avenant à la convention de gestion sera conclu limitant le taux d'appel, de sorte que les appels à cotisation soient linéaires. Le taux d'appel sera de - 9 % au 1^{er} janvier 2010 et après l'extension, ce taux d'appel deviendra taux contractuel. UNSFA, SdA, CFE-CGC, CFDT seront signataires de cet avenant.**

Au niveau des options, deux possibilités : soit elles suivent l'écart, soit il y aura un tassement au niveau des options par rapport à la base.

Opérateur : deux types d'options, celles souscrites à titre obligatoire sont exprimées en pourcentage salaire, et celles à titre facultatif exprimées en pourcentage PMSS. Il serait préférable de revoir l'ensemble en pourcentage PMSS.

YB (CFTC) : Il faut que la branche réfléchisse à deux possibilités : soit rester sur un niveau constant des options (baisse des cotisations et du coût des options), soit opter pour le principe « coût constant des options mais amélioration des garanties ».

Information de l'opérateur : les options ne figurent pas dans l'accord, donc elles ne seront pas impactées par l'arrêté d'extension donc il reste du temps pour les travailler.

Opérateur : ce qui intéresse la branche, c'est le régime de base. Les options sont soit des accords d'entreprise, soit l'opérateur décide de les encadrer comme cela a été fait jusqu'à aujourd'hui, soit le système est abandonné. L'opérateur dispose d'un certain nombre de contrats type que l'on trouve dans le commerce et qui peuvent être mieux (sur certains points) que l'accord.

B - Prévoyance.

Conclusion de la réunion précédente :

"Les opérateurs produiront à la prochaine CPNNC un bilan intermédiaire du régime de prévoyance avec les derniers chiffres connus de 2009 et une projection du bilan de fin d'année, leur demander quel serait l'excédent et à quoi il correspondrait ponctuellement en termes de rabais de cotisation. Nous chiffrer réellement l'impact de la prise en compte de la dépendance."

Seul le document sur la dépendance est remis aujourd'hui. Dans un mail il y a la proposition du taux d'appel sur la prévoyance. En ce qui concerne les comptes intermédiaires, le travail est irréalisable, les résultats pourraient être faux. Globalement, le nouveau régime avec ses nouvelles prestations et la baisse des cotisations devrait dégager 5 à 7 % d'excédent mais on ne pourra le voir que dans un an et demi.

Aujourd'hui, il la provision représente plus d'une année de cotisations et c'est le paramètre important. Sur les non cadres on peut faire un appel sur 2010 de 50 %, et de 35 % sur les cadres (on ne peut pas descendre en dessous de 1.50). Ce taux d'appel serait un taux exceptionnel sur 2010 (cela ferait baisser la provision de moitié) et voir ensuite pour 2011.

CC : l'UNSA est assez favorable à cette baisse, mais est-ce raisonnable d'engager la moitié de son épargne sur une seule année ? Il faudrait que la baisse soit étalée sur deux ans.

YB (CFTC) : les opérateurs ont toujours fait preuve de leur devoir de conseil lorsqu'il s'agissait d'une baisse de cotisation et s'ils nous font aujourd'hui une proposition à ce niveau là, il n'y a pas de risque au niveau de l'équilibre du régime.

AM (UNSA) : que ferons-nous de l'argent mis de côté ? Les opérateurs ont du prendre des précautions dans leurs calculs ; il y avait une prévision pour les imprévus, et que fait-on pour l'avenir ? Allons-nous vers des baisses de cotisations ou des augmentations de prestations ?

Opérateur : le dispositif existant aujourd'hui a amélioré les garanties et a déjà diminué les cotisations. La question n'est donc pas par rapport aux conditions du dispositif mais par rapport à ce que va faire la branche avec le matelas engrangé pendant une dizaine d'années. La branche peut garder ce matelas ou le diminuer mais la conséquence sera que la baisse de cotisations sous forme de taux d'appel n'est pas pérenne, elle sera opérée sur un an.

CC (UNSA) : est-ce que le volume des cotisations 2009 va être constant en 2010. Il y a eu un certain nombre de personnes qui ont perdu leur emploi en 2009 et il n'est pas évident qu'elles en retrouvent un en 2010. Il faut rechercher une baisse des cotisations pour ceux qui vont continuer à cotiser en 2010 mais le volume risque d'être en baisse. Il faudrait réfléchir à une baisse significative mais modérée des cotisations et ne pas manger la moitié du capital sur un an ce qui peut faire peur pour la gestion à long terme.

JFC (SdA) : propose de garder entre 60 et 70 % de la provision.

YB (CFTC) : en 2010, la crise va frapper. Proposer aujourd'hui cette diminution du taux de cotisation serait donner un signal fort de la branche pour aider la trésorerie des entreprises, pour augmenter le pouvoir d'achat des salariés, et cela permettra de faire admettre que la complémentaire santé augmentera pour certains. On se garde quand même une marge de manœuvre à hauteur de 50 % alors que l'on était dans des niveaux anormaux. Lors de la négociation de la mise en place du régime de prévoyance, le plafond était à 80 %. Un régime n'a pas besoin, pour être en bonne santé, d'avoir 50, 70 ou 80 % de réserve ; autant donner un signe fort en 2010 à l'ensemble des adhérents au régime.

JFC (SdA) : on parle de résorber 50 % des excédents, il s'agit de la provision d'égalisation, c'est intéressant.

AH (CFDT) : c'est bien pour les entreprises mais la crise est là il faut faire en sorte de travailler sur deux ou trois ans. Nous pouvons faire un coup immédiat, sur l'année, mais il vaut mieux le faire sur deux ou trois ans et expurger cette provision, ce qui sera plus stabilisant.

Opérateur : l'excédent s'est constitué sur environ 8 ans.

FLV (CFE-CGC) : appuie ce qu'a dit AH et il est plus favorable, du point de vue de la communication et de la gestion de la crise par les entreprises, d'apporter une baisse plus modérée et plus durable.

JFC (SdA) : il est important d'avoir un signal fort en cette période de crise. Si on commence à diluer les baisses en les étalant dans le temps, ce ne sera pas lisible. Il y a la crise, il faut réagir et piloter le régime, c'est un signal fort. Il faut éviter de parler des excédents de la provision d'égalisation, ce qui ne met pas le régime en péril. Il restera encore 50 % et les années d'après, on reviendra à une cotisation normale.

YB (CFTC) : il est proposé aujourd'hui une baisse du taux d'appel de sorte à diminuer la provision d'égalisation (constituée par les excédents des années précédentes et qui appartiennent à la profession). Aujourd'hui, ces excédents représentent à peu près une année gratuite de cotisations.

Opérateur : c'est très bien de baisser d'un grand coup sec. Aujourd'hui il y a un volume qui peut être redistribué aux entreprises et aux salariés. Sur un an, ce sera une économie employeur/salarié de l'ordre de 285 € et la question est de savoir si la branche veut faire tout de suite l'économie de ces 285 €.

AM (UNSFA) : l'excédent est donc de 26.000.000 € sur 8 ans de cotisations (env. 3.000.000 €/an), on ne va pas tout résorber en un an et il faut garder 50 % pour voir venir.

JFC (SdA) : c'est peut-être l'occasion pour la branche de mettre en place une politique de communication.

Conclusion

Sur les taux d'appel, la CPNNC décide d'une réduction à hauteur de 35 % pour les cadres, et de 50 % pour les non cadres.

Le SdA, l'UNSFA, CFDT, CFE-CGC seront signataire de l'avenant à la convention de gestion avec les deux opérateurs.

Décision : la CPNNC demande aux opérateurs de préparer une campagne de communication stipulant que la branche aide les entreprises en période de crise à titre exceptionnel pour l'année 2010.

Mise en place d'une garantie "dépendance" :

Opérateur : pour la mise en place d'une garantie "dépendance", il faut trouver un financement récurrent, or, on avait vu que la provision d'égalisation permettrait d'abonder une première année (avec des points gratuits en ouvrant un compte) mais ça ne règle pas la question. Aujourd'hui, la branche n'a pas la marge pour financer cette garantie "dépendance".

Point 5 : Questions diverses : aucune.

Ordre du jour de la prochaine CPNNC le 04 mars 2010

- 1 - Approbation de l'ordre du jour
- 2 - Approbation du compte rendu du 26 novembre 2009
- 3 - Egalité femmes/hommes
- 4 - Emploi des séniors
- 5 - Informations sur la gestion de l'APGP
- 6 - Questions diverses

La séance est levée.

ANNEXE - Dispositions Frais de santé discutées et adoptées lors de la CPNNC du 26 novembre 2009

DESIGNATION DES ACTES	COLONNE1 Régime en vigueur	COLONNE 5 hausse de garanties 8 % Baisse des cotisations 10 %	DISPOSITIONS ADOPTEES hausse de garanties 9 % Baisse des cotisations 9 %
Hospitalisation Chirurgicale et Médicale Etablissements conventionnés : Etablissements non conventionnés :	- 100% FR ⁽¹⁾ - 90% FR ⁽¹⁾ limité à 50% PASS / an / personne	- 100% FR ⁽¹⁾ - 90% FR ⁽¹⁾ limité à 50% PASS / an / personne	- 100% FR ⁽¹⁾ - 90% FR ⁽¹⁾ limité à 50% PASS / an / personne
Lit d'accompagnant (enfants âgés de - de 16 ans)	FR limité à 1,5% PMSS par jour	FR limité à 1,5% PMSS par jour	FR limité à 1,5% PMSS par jour
Chambre Particulière (y compris maternité)	FR limité à 3% du PMSS par jour	FR limité à 3% du PMSS par jour	FR limité à 3% du PMSS par jour
Forfait Hospitalier	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Soins médicaux et frais d'hospitalisation liés à la maternité dans la limite des frais réels justifiés non déjà remboursés sur les autres postes (y compris amniocentèse, fécondation in vitro)	FR limité à 10% du PMSS	FR limité à 10% du PMSS	FR limité à 10% du PMSS
Consultations, visites : généraliste ou spécialiste	30% BR	100% BR	100% BR
Analyses et auxiliaires médicaux	40% BR	40% BR	40% BR
Frais de déplacement	30% BR	30% BR	30% BR
Frais d'électroradiologie et radiothérapie	30% BR	30% BR	30% BR
Actes techniques médicaux, petite chirurgie	30% BR	100% BR	100% BR
Frais de Transport	35% BR	35% BR	35% BR
Médecine douce (<i>ostéopathie, acupuncture, étio-pathie, micro kinésie</i>) limité à 5 séances / an / famille	-	-	20 € par séance
Prothèses médicales diverses (orthopédies...)	35% BR	100% BR	100% BR
Prothèses auditives (forfait limité à 2 prothèses par an /bénéficiaire)	FR ⁽¹⁾ limité à 20% du PMSS	FR ⁽¹⁾ limité à 20% du PMSS	FR ⁽¹⁾ limité à 20% du PMSS
Frais Pharmaceutiques remboursés	Vignettes blanches 35% BR / Vignettes bleues 65% BR / Vignettes oranges 15% BR	Vignettes blanches 35% BR / Vignettes bleues 65% BR / Vignettes oranges 15% BR	Vignettes blanches 35% BR / Vignettes bleues 65% BR / Vignettes oranges 15% BR
Vaccins non remboursés <i>par an et par personne</i>	FR limité à 1,5% PMSS	FR limité à 1,5% PMSS	FR limité à 1,5% PMSS
Soins Dentaires	30% BR	30% BR	30% BR
Prothèses dentaires remboursées par la SS	FR ⁽¹⁾ limité à 300 % BR par dent	FR ⁽¹⁾ limité à 300 % BR par dent	FR ⁽¹⁾ limité à 300 % BR par dent
Prothèses dentaires non remboursées par la SS	12% PMSS par dent	12% PMSS par dent	12% PMSS par dent
Implantologie dentaire (par an et par bénéficiaire)	12% PMSS	12% PMSS	12% PMSS
Parodontie <i>par an et par personne</i>	-	-	-
Orthodontie remboursée ou non par la Sécurité Sociale (pour les enfants de - de 16 ans uniquement)	FR ⁽¹⁾ limité à 100 % BR	FR ⁽¹⁾ limité à 100 % BR	FR ⁽¹⁾ limité à 150 % BR
Optique : verres, montures et lentilles remboursées ou non par la Sécurité Sociale (y compris lentilles jetables) Consommation d'un seul forfait par an	Frais Réels ⁽¹⁾ , dans la limite de : 11 % du PMSS / bénéficiaire / an pour les uni focaux + montures et lentilles 19 % du PMSS / bénéficiaire / an pour les verres progressifs + montures et lentilles	Frais Réels ⁽¹⁾ , dans la limite de : 11 % du PMSS / bénéficiaire / an pour les uni focaux + montures et lentilles 19 % du PMSS / bénéficiaire / an pour les verres progressifs + montures et lentilles	Frais Réels ⁽¹⁾ , dans la limite de : 11 % du PMSS / bénéficiaire / an pour les uni focaux + montures et lentilles 19 % du PMSS / bénéficiaire / an pour les verres progressifs + montures et lentilles
Chirurgie réfractive, par oeil	-	-	-
Cures Thermales remboursées par la Sécurité Sociale (soins et hébergement) <i>par an et par personne</i>	FR ⁽¹⁾ limité à 10 % PMSS	FR ⁽¹⁾ limité à 10 % PMSS	FR ⁽¹⁾ limité à 10 % PMSS
Cotisations mensuelles 2009/10 % du salaire brut	Isolé : 1,99 Couple : 3,25 Famille : 4,90	Isolé : 1,79 Couple : 2,93 Famille : 4,41	
		Famille : 3,86	
	Isolé : 1,99 Famille : 4,52	Isolé : 1,79 Famille : 4,07	
Cotisations mensuelles 2010 en % du salaire brut + extensions facultatives forfaitaires en % PMSS (Plafond Mensuel Sécurité Sociale 2009 = 2859€)	Isolé : 1,99 Couple : 1,99 + 0,97 PMSS (28€) Famille : 1,99 + 2,24% PMSS (64€)	Isolé : 1,79 Couple : 1,79 + 0,87% PMSS (25€) Famille : 1,79 + 2,02% PMSS (58€)	Isolé : 1,81 Couple : 1,81 + 0,88% PMSS Famille : 1,81 + 2,04% PMSS
	Isolé : 1,99 Famille : 1,99% + 1,95% PMSS (56€)	Isolé : 1,79 Famille : 1,79 + 1,75% PMSS (50€)	
Rapport P/C prévisionnel 2010 (<100 bénéficiaire / >100 déficitaire)	84%	100%	
Hausse des prestations en % par rapport au régime actuel	0%	8%	
Solde théorique exercice	1474867 €	0 €	