



## Compte rendu de la Commission Paritaire CCN 51 du 31 mars 2014

**Suite de la présentation par le cabinet ARRA de la proposition du cahier des charges à destination des organismes de complémentaire santé.**

Au niveau des textes, dans la loi de sécurisation, il faut qu'au 1<sup>er</sup> juillet 2014, les établissements qui n'ont pas de complémentaire santé aient ouvert des négociations. Il semble bien qu'il y aura un report jusqu'en 2015.

Nous sommes toujours en attente d'un décret sur le minimum du panier de soins.

On parle également d'un projet de la DSS (Direction de la Sécurité Sociale) sur le maximum du panier de santé qui reverrait le minimum également !!!

Le contrat devra être « responsable » sinon taxation fiscale plus importante (de 7 à 14 %).

Obligation d'une procédure de mise en concurrence.

Le dernier projet de la DSS prévoirait un encadrement du panier de santé en matière de maximum : aucun dépassement sur l'hospitalisation. Les établissements ne pourraient pas négocier une complémentaire santé qui prévoit le remboursement de dépassement d'honoraires au risque d'une taxation plus forte.

En ce qui concerne les soins de ville, plusieurs maxima sont à l'étude (consultations, visites, soins courants, etc...), négociations en cours (quid des dépassements d'honoraires ?).

Pour la pharmacie, les informations actuelles sont plus problématiques avec non couverture des vignettes orange et des vignettes bleues.

En dentaire, il semble que les professionnels aient négocié car il n'est pas question de plafond. Par contre, pour l'optique, on s'orienterait vers des remboursements « décroissants ! ». Par exemple : des remboursements dégressifs par période de 2 ans (de 450 € en 2015 qui diminueraient de moitié en 2018).

Les montures sont limitées à 100€.

Pas de dépassement sur les actes de chirurgie.

Tout cela est du domaine des suppositions car aucun



décret n'est paru. Ils étaient annoncés pour le 15 mai et, s'il y a un remaniement ministériel, cela risque d'être plus tard, peut-être début août.

Tout cela obligera les salarié-es à recourir à des options et donc une baisse de leur pouvoir d'achat.

**Concernant le panier de soins**, la CGT explique que cela ne suffit pas et pour elle, la base de négociations se porte sur l'alternative n°3 (voir le site de la Fédération).

Il nous est impensable de négocier des bouts de chandelle, par contre nous sommes sur une base de remboursements des frais engagés par les salarié-es.

**La Cgt ne peut, ni ne veut, négocier un panier de soins a minima.**

Il y aura un coût forcément pour les établissements de la FEHAP, ainsi que pour les salarié-es, comment peut-il en être autrement ? Il faut savoir ce que l'on veut : une bonne protection pour les salarié-es des établissements ou une protection a minima qui ne fera qu'aggraver les chiffres déjà catastrophiques de la sinistralité de notre secteur (clif, chiffre de la CNAM).

D'emblée, la FEHAP est en désaccord avec nous et veut déjà mettre à la négociation, le panier minimum de soins que nous ne connaissons pas, alors que nous voulons partir sur la base 3.

Le but de la CGT est de négocier au mieux pour tous.

La FEHAP propose donc de démarrer la négociation sur la base du panier de soins qui proposerait une option supplémentaire concernant l'optique et le dentaire !!!

La FEHAP demande donc au cabinet ARRA de chiffrer ces deux options.

« La proposition de la CGT sera chiffrée par le cabinet et étudiée par la FEHAP » dit le Président de séance.

Une présentation de l'appel d'offre Européen nous a été proposée par le cabinet ARRA et, en fonction des retours, il sera soumis aux critères posés plus haut. 5 organismes pourront être retenus.