

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DU 31 OCTOBRE 1951

Additif n° 3 à l'avenant n° 2015-01 du 27 janvier 2015 relatif à la généralisation de la couverture frais de santé

ENTRE :

- LA FEDERATION DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS
ET D'AIDE A LA PERSONNE PRIVES NON LUCRATIFS
179, rue de Lourmel – 75015 PARIS

d'une part,

ET LES ORGANISATIONS SYNDICALES SUIVANTES :

- FEDERATION FRANÇAISE DE LA SANTE
ET DE L'ACTION SOCIALE "C.F.E. - C.G.C."
39, rue Victor-Massé - 75009 PARIS

- FEDERATION DE LA SANTE ET DE L'ACTION
SOCIALE "C.G.T."
Case 538 - 93515 MONTREUIL CEDEX

- FEDERATION DES SERVICES PUBLICS
ET DE SANTE "CGT-F.O."
153-155, rue de Rome - 75017 PARIS

- FEDERATION NATIONALE DES SYNDICATS
DE SERVICES DE SANTE ET SERVICES SOCIAUX "C.F.D.T."
47/49, avenue Simon Bolivar - 75019 PARIS

d'autre part.

Il a été décidé ce qui suit :

Le présent texte a pour objet de modifier l'avenant n° 2015-01 du 27 janvier 2015 relatif à la généralisation de la couverture des frais de santé, complété par l'additif n° 1 du 22 juin 2015 et l'additif n° 2 du 18 septembre 2017.

Il entre en vigueur au 1^{er} janvier 2019, sous réserve de son agrément conformément aux dispositions de l'article 8 du présent additif.

Par l'avenant n° 2015-01, les partenaires sociaux ont référencé des organismes assureurs dans le cadre d'un appel d'offres arrivant à son terme au 31 décembre 2018. Les partenaires sociaux ont souhaité poursuivre ce référencement dans le cadre d'une nouvelle procédure de consultation négociée pour une mise en œuvre au 1^{er} janvier 2019 et pour une durée de quatre ans. Ce nouveau référencement mentionné dans le présent additif permet la poursuite du dispositif de couverture des frais de santé dans le cadre d'une mutualisation dont tous les établissements adhérents de la FEHAP peuvent bénéficier. Ce référencement ne revêt pas de caractère contraignant.

Conformément à l'article 16 de l'avenant 2015-01, compte tenu des résultats positifs du régime au titre de l'année 2017 et du nouveau référencement mentionné par le présent additif, le régime de base conventionnel (Base 1) est complété par la garantie « Chambre particulière » et certains taux de cotisations ont été revus à la baisse.

Les articles 2, 8, 13, 14, 15 et 16 de l'avenant n° 2015-01 du 27 janvier 2015, complété par l'additif n° 1 du 22 juin 2015 et l'additif n° 2 du 18 septembre 2017, sont modifiés par le présent additif afin d'intégrer les modifications énoncées ci-avant.

Article 1.

A l'article 2.1 de l'avenant, au premier alinéa, les termes « à l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les termes suivants : « aux articles R. 242-1-6 et D. 911-2 du code de la sécurité sociale ».

A l'article 2.2 de l'avenant, au premier alinéa, les termes « conformément aux dispositions de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les termes suivants : « conformément aux dispositions des articles R. 242-1-6 et D. 911-2 du code de la sécurité sociale ».

Article 2.

A l'article 8 de l'avenant, le tableau des garanties est remplacé par le tableau suivant (les grilles d'optique des quatre bases demeurent inchangées) :

Remboursement total dans la limite des frais réels sous déduction de la Sécurité Sociale

Garanties BASE CONVENTIONNELLE (*)	BASE 1	BASE 2 (Alternative 1)	BASE 3 (Alternative 2)	BASE 4 (Alternative 3)
Frais d'hospitalisation				
Chirurgie - Hospitalisation				
Conventionnée - Frais de séjour	100% BR	125% BR	150% BR	250% BR
Conventionnée - Honoraires OPTAM/ OPTAM-CO (*)	100% BR	120% BR	170% BR	250% BR
Conventionnée - Honoraires hors OPTAM/ OPTAM-CO (*)	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR
Non conventionnée – Honoraires	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
Forfait hospitalier	couverture aux frais réels	couverture aux frais réels	couverture aux frais réels	couverture aux frais réels
Forfait actes lourd	couverture aux frais réels	couverture aux frais réels	couverture aux frais réels	couverture aux frais réels
Chambre particulière par jour				
Conventionnée	1.25% PMSS	1.25% PMSS	1,75% PMSS	2% PMSS
Forfait en ambulatoire	0.50% PMSS	0.50% PMSS	0,75% PMSS	1% PMSS
Personne accompagnante				
Conventionnée	non couverte	non couverte	1,75% PMSS	2% PMSS
Frais médicaux				
Consultations - visites Généralistes OPTAM (*)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Consultations - visites Généralistes hors OPTAM (*)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Consultations- visites Spécialistes OPTAM (*)	100% BR	125% BR	180% BR	250% BR
Consultations- visites Spécialistes hors OPTAM (*)	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR
Pharmacie				
Pharmacie remboursée à 65% par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie remboursée à 30% par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie remboursée à 15% par la Sécurité sociale	non couverte	100% BR	100% BR	100% BR
Vaccins non remboursés par la SS	non couverte	non couverte	50 €	75 €
Analyses	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) OPTAM/ OPTAM-CO (*)	100% BR	100% BR	140% BR	170% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) hors OPTAM/ OPTAM-CO (*)	100% BR	100% BR	120% BR	150% BR
Radiologie OPTAM/ OPTAM-CO (*)	100% BR	100% BR	125% BR	170% BR
Radiologie hors OPTAM/ OPTAM-CO (*)	100% BR	100% BR	100% BR	150% BR
Orthopédie et autres prothèses	100% BR	125% BR	150% BR	250% BR
Prothèses Auditives (2)	100% BR	100% BR	500€ / oreille tous les 2 ans	1 000€ / oreille tous les 2 ans
Transport accepté par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

Remboursement total dans la limite des frais réels sous déduction de la Sécurité Sociale				
Garanties BASE CONVENTIONNELLE (*)	BASE 1	BASE 2 (Alternative 1)	BASE 3 (Alternative 2)	BASE 4 (Alternative 3)
Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Onlays-Inlays	100% BR	125% BR	150% BR	250% BR
Orthodontie				
Acceptée par la Sécurité sociale	125% BR	200% BR	300% BR	350% BR
Refusée par la sécurité sociale	non couverte	150€/ semestre de soins	300 € / semestre de soins	500 € / semestre de soins
Prothèses dentaires remboursées (1)	500€/an/bénéficiaire	750€/an/bénéficiaire	1000€/an/bénéficiaire	1250€/an/bénéficiaire
Remboursées: dents du sourire	200%BR	250% BR	350% BR	450% BR
Remboursées: dents de fond de bouche	200%BR	200% BR	300% BR	350% BR
Inlays-cores	125% BR	125% BR	150% BR	200% BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	non couverte	150€ / dent / x3 / an	300 € / dent / x3 / an	500 € / dent / x3 / an
Parodontologie	non couverte	non couverte	300 € / dent / x3 / an	500 € / dent / x3 / an
Implantologie	non couverte	non couverte	300 € / dent / x3 / an	500 € / dent / x3 / an
Verres et Montures (**)	Grille optique base 1	Grille optique base 2	Grille optique base 3	Grille optique base 4
Lentilles Prescrites : Acceptée, refusée, jetables	50€ / an / bénéficiaire	75€ / an / bénéficiaire	150 € / an / bénéficiaire	250 € / an / bénéficiaire
Chirurgie réfractive	non couverte	non couverte	500 € / œil	1000 € / œil
Frais de cures thermales (hors thalassothérapie)				
Acceptée par la Sécurité sociale	non couverte	non couverte	100 €	200 €
Forfait Maternité				
Forfait naissance	non couverte	non couverte	non couverte	non couverte
Médecines douces (Ostéopathie, Etiopathie, Acuponcteur,...)				
Reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels	non couverte	non couverte	3 x 25€	3 x 50 €
Ostéodensitométrie osseuse				
Par bénéficiaire	non couverte	non couverte	30 €	50 €
Actes de Prévention				
Tous les actes des contrats responsables	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
Patch anti-tabac	non couverte	non couverte	100 €	200 €

(1) Le remboursement s'entend pour l'ensemble du poste Prothèses dentaires remboursées dans la limite du plafond indiqué par an et par bénéficiaire, au-delà le remboursement devra respecter le minimum du panier de soins : 125% BR

(Hors nomenclature dans la future Classification Commune des Actes Médicaux pour le dentaire)

(2) Prise en charge au minimum de 100% du ticket modérateur (TM)

(*) OPTAM/OPTAM-CO (Option pratique tarifaire maîtrisée/Option pratique tarifaire maîtrisée-Chirurgie obstétrique) : remplacent le contrat d'accès aux soins (CAS) à compter du 1^{er} janvier 2017. Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM/OPTAM-CO.

(**) Les garanties s'entendent par verre. Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes et ce, suivant l'acquisition du précédent équipement.

La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à 12 mois en cas de renouvellement justifié médicalement par une évolution de la vue. La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien e application de l'article R. 165-1 du Code de la sécurité sociale. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

Article 3.

L'article 13 de l'avenant relatif aux cotisations est remplacé par les dispositions suivantes.

« Article 13. Cotisations

Les taux de cotisations définis par le présent article sont des taux d'équilibre fixés par les partenaires sociaux et les organismes assureurs référencés visés à l'article 14. Ce sont des taux de cotisations plafonnés lorsque l'employeur sollicite l'un desdits organismes assureurs référencés.

Par conséquent, lorsque l'employeur sollicite un organisme assureur non référencé, il ne pourra lui opposer ces taux d'équilibre de cotisations.

Les taux de cotisations sont exprimés en pourcentage du plafond mensuel de sécurité social (PMSS).

Article 13.1. Régime de base obligatoire

La charge de cotisation du régime de base obligatoire doit être répartie comme suit :

- 50% pour l'employeur ;
- 50% pour le salarié.

Taux de cotisations pour le régime général :

- Pour le régime de base obligatoire, le taux d'équilibre de cotisation est de 0,96% du PMSS, soit un montant de 31,79 € (valeur du PMSS pour 2018, publiée au Journal officiel du 9 décembre 2017).

Taux de cotisations pour le régime local :

- Pour le régime de base obligatoire, le taux d'équilibre de cotisation est de 0,56% du PMSS, soit un montant de 18,54 € (valeur du PMSS pour 2018, publiée au Journal officiel du 9 décembre 2017).

La cotisation finançant l'amélioration de la couverture frais de santé du salarié, et donc allant au-delà du régime de base obligatoire déterminé par le présent avenant, est à la charge exclusive de ce dernier, sauf dispositif plus favorable mis en place au niveau des structures.

Taux de cotisation pour le régime général exprimés en pourcentage du PMSS (lorsque les niveaux de garanties optionnels sont mis en place à titre obligatoire au sein des structures) :

BASE CONVENTIONNELLE		TAUX DE COTISATION
BASE 2	Salarié	1.44% (47.68€)
BASE 3	Salarié	1.89% (62.58€)
BASE 4	Salarié	2.35% (77.81€)

Les montants sont exprimés en euro au regard de la valeur du PMSS pour 2018, publiée au Journal officiel du 9 décembre 2017

Taux de cotisation pour le régime local exprimés en pourcentage du PMSS (lorsque les niveaux de garanties optionnels sont mis en place à titre obligatoire au sein des structures) :

BASE CONVENTIONNELLE		TAUX DE COTISATION
BASE 2	Salarié	1.03% (34.10€)
BASE 3	Salarié	1.47% (48.67€)
BASE 4	Salarié	1.92% (63.57€)

Les montants sont exprimés en euro au regard de la valeur du PMSS pour 2018, publiée au Journal officiel du 9 décembre 2017

Article 13.2. Régimes optionnels

Dans le cadre de la procédure de consultation négociée réalisée paritairement, les trois organismes référencés ont communiqué conformément au cahier des charges les taux de cotisations pour accéder aux régimes optionnels de la Base 2, de la Base 3 et de la Base 4, lorsque le salarié fait le choix d'améliorer sa couverture au-delà du régime obligatoire de la Base 1.

Taux de cotisations pour le régime général exprimés en pourcentage du PMSS à cumuler au taux de cotisation de la Base 1 :

BASE CONVENTIONNELLE		TAUX DE COTISATION
BASE 2	Salarié	0.54% (17.88€)
BASE 3	Salarié	1.08% (35.76€)
BASE 4	Salarié	1.65% (54.63€)

Les montants sont exprimés en euro au regard de la valeur du PMSS pour 2018, publiée au Journal officiel du 9 décembre 2017

Taux de cotisations pour le régime local exprimés en pourcentage du PMSS à cumuler au taux de cotisation de la Base 1 :

BASE CONVENTIONNELLE		TAUX DE COTISATION
BASE 2	Salarié	0.54% (17.88€)
BASE 3	Salarié	1.08% (35.76€)
BASE 4	Salarié	1.65% (54.63€)

Les montants sont exprimés en euro au regard de la valeur du PMSS pour 2018, publiée au Journal officiel du 9 décembre 2017

Article 13.3. Régime facultatif des ayants droits

Dans le cadre de la procédure de consultation négociée réalisée paritairement, les trois organismes référencés ont communiqué conformément au cahier des charges les taux de cotisations pour les régimes facultatifs pour le conjoint et les enfants du salarié au regard de la Base 1, de la Base 2, de la Base 3 et de la Base 4, lorsque le salarié est affilié au régime obligatoire de la Base 1.

Taux de cotisations pour le régime général exprimés en pourcentage du PMSS:

BASE CONVENTIONNELLE		TAUX DE COTISATION
BASE 1	Conjoint facultatif	1.06% (35.10€)
	Enfant facultatif	0.60% (19.87€)
BASE 2	Conjoint facultatif	1.60% (52.98€)
	Enfant facultatif	0.91% (30.13€)
BASE 3	Conjoint facultatif	2.14% (70.86€)
	Enfant facultatif	1.30% (43.04€)
BASE 4	Conjoint facultatif	2.71% (89.73€)
	Enfant facultatif	1.67% (55.29€)

Les montants sont exprimés en euro au regard de la valeur du PMSS pour 2018, publiée au Journal officiel du 9 décembre 2017

Taux de cotisations pour le régime local exprimés en pourcentage du PMSS:

BASE CONVENTIONNELLE		TAUX DE COTISATION
BASE 1	Conjoint facultatif	0.72% (23.84€)
	Enfant facultatif	0.42% (13.91€)
BASE 2	Conjoint facultatif	1.26% (41.72€)
	Enfant facultatif	0.73% (24.17€)
BASE 3	Conjoint facultatif	1.80% (59.60€)
	Enfant facultatif	1.12% (37.08€)
BASE 4	Conjoint facultatif	2.37% (78.47€)
	Enfant facultatif	1.49% (49.35€)

Les montants sont exprimés en euro au regard de la valeur du PMSS pour 2018, publiée au Journal officiel du 9 décembre 2017 »

Article 4.

A l'article 14 de l'avenant, le premier alinéa est remplacé par :

« Sont référencés pour assurer les garanties du régime de complémentaire santé, les organismes suivants :

- Groupe VYV (HARMONIE MUTUELLE, MGEN, OCIANE et CHORUM)
- Groupement MALAKOFF MEDERIC / APREVA MUTUELLE / MACIF MUTUALITE
- MNH ».

Article 5.

A l'article 15 de l'avenant, les deux premiers alinéas sont remplacés par :

« Les organismes référencés se sont engagés à créer un fonds social dédié aux salariés relevant des structures adhérentes à la FEHAP et entrant dans la mutualisation, en parallèle du fonds social national de leur Institution. Le protocole technique et financier précisera les modalités d'alimentation de ce fonds social dédié.

Le Comité de suivi, décrit à l'article 16 du présent avenant, devra définir les axes d'intervention du fonds avec les organismes assureurs dans un règlement intérieur du fonds social dédié. ».

Article 6.

A l'article 16 de l'avenant, la deuxième phrase du premier alinéa est remplacée par :

« Le Comité de suivi est composé de deux représentants désignés par les organisations nationales syndicales de salariés signataires du présent avenant et de ses additifs, et d'un nombre équivalent de représentants désignés par la fédération des employeurs. ».

Article 7. Durée du présent avenant

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Article 8. Date d'application

Il est expressément convenu que l'entrée en vigueur du présent avenant est suspendue à l'obtention de son agrément ministériel conformément aux dispositions prévues par l'article L 314-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Les partenaires sociaux considèrent, par souci de cohérence et d'unicité du statut collectif notamment pour les entreprises gestionnaires d'établissements relevant, pour certains du secteur social et médico-social et pour d'autres du secteur sanitaire, que cette condition suspensive s'appliquera à toutes les entreprises et établissements appliquant la convention collective du 31 octobre 1951 indépendamment du secteur d'activité concerné.

Il n'apparaît, en effet, pas envisageable aux partenaires sociaux de permettre qu'un même accord puisse s'appliquer dans les différentes entreprises et établissements relevant de la même convention collective de manière différée ou décalée dans le temps voire ne s'appliquer que dans certaines entreprises ou dans certains établissements en cas de refus définitif d'agrément.

L'obtention de l'agrément est donc une condition substantielle de son entrée en vigueur pour toutes les entreprises et établissements appliquant la Convention Collective Nationale du 31 octobre 1951.

Fait à PARIS, le 17 mai 2018

La Fédération des Etablissements
Hospitaliers et d'Aide à la Personne
Privés non lucratifs

Le Directeur Général

La Fédération Française de la Santé et
de l'Action Sociale « CFE-CGC ».

La Fédération de la Santé et de
l'Action sociale « CGT »

La Fédération des Services
Publics et de Santé « CGT-FO »

La Fédération Nationale
des Syndicats de Services
de Santé et Services
Sociaux « CFDT »