BREVES

Stabilité des taux de cotisations en 2013

Les partenaires sociaux de la branche ont acté la stabilité des taux de cotisations du Régime Professionnel Conventionnel pour 2013, pour le régime des actifs comme pour le régime des anciens salariés.

Augmentation des effectifs du régime des actifs : 10% en 2012

De nombreuses entreprises ont décidé de rejoindre le régime en 2012. Ainsi les effectifs cotisants du régime des actifs devraient approcher les 80.000, soit une croissance de près de 10% en 2012.

Revalorisation des prestations périodiques en 2012 : 1,75%

Les prestations périodiques en cours de service (rente éducation, rente d'invalidité, prestations d'incapacité) ont été revalorisées de 1,75% au 1er avril 2012.

Abondement du régime des anciens salariés : 76 euros en 2013

Chaque année, la réserve de couverture du régime des anciens salariés permet de financer une partie de la cotisation des anciens salariés. Pour 2013, le montant annuel de l'abondement est fixé à 76 € pour chaque adhérent bénéficiant de la réserve de couverture, soit environ un mois de cotisation.

Nouveau plafond ACS

Le dispositif d'aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS) donne droit à une aide financière pour payer la cotisation d'une complémentaire santé individuelle. Ce dispositif est accessible aux personnes dont le revenu est inférieur à 10.711 euros par an pour une personne seule (16.067 euros pour un couple) en métropole. L'aide annuelle varie de 100€ pour les moins de 16 ans à 500€ pour les plus de 60 ans.

Les services aux assurés

Le tiers payant

Le tiers payant évite l'avance de frais lors de l'achat de prestations et soins de santé. Ce service est accessible auprès de nombreux professionnels de santé - pharmaciens, radiologues, laboratoires d'analyse médicale... - sur présentation de l'attestation délivrée par l'APGIS.

La demande de prise en charge en cas d'hospitalisation

Si vous devez être hospitalisé(e) en établissement conventionné, vous pouvez, sur simple appel téléphonique, bénéficier d'une prise en charge dans la limite des prestations prévues par le régime. Bien souvent, le centre hospitalier se charge lui-même de la demande de prise en charge, vous n'avez alors aucune démarche à effectuer.

Le service d'étude des devis optique et dentaire : IDECLAIR

Les prestations optiques et dentaires sont particulièrement élevées et peu remboursées par le régime de base. Le service IDECLAIR permet de connaitre le reste à charge avant d'effectuer les soins, de limiter éventuellement ce reste à charge et d'éviter l'avance de frais. En outre, le régime santé des actifs comme celui des anciens salariés prévoit une majoration des couvertures en cas de devis préalable.

Les formulaires de demande de devis sont disponibles auprès de votre entreprise ou du service de l'APGIS :

Service Idéclair
12 rue Massue
94 684 Vincennes Cedex
Tél. : **01 49 57 16 24**

La consultation des décomptes par internet ou boite vocale

Pour savoir si vos frais ont bien été remboursés et vérifier le détail des remboursements pour vous et votre famille, l'apgis met à votre disposition

une ligne dédiée le **08 90 64 30 33**

et un site internet **http://www.apgis.com**

ainsi que l'application APGIS mobile
https: //apgismobile.apgis.com

Ce numéro de téléphone permet également de simplifier certaines démarches administratives en cas de changement de situation (adresse, nom, etc.)

Le fonds de solidarité

Le fonds est ouvert à tous les adhérents du Régime Professionnel Conventionnel, salariés et anciens salariés. Pour faire appel au fonds de solidarité vous devez adresser une demande écrite à l'apgis mentionnant notamment votre âge, situation de famille, niveau de ressources familiales, montant des frais insuffisamment remboursés ou non remboursés par la Sécurité sociale et/ou le régime complémentaire avec les pièces justificatives (factures, décomptes de Sécurité sociale...). Les aides sont attribuées après examen de votre dossier par le Comité Paritaire de gestion du régime qui se réunit tous les mois hors juillet-août.

Contact la lettre d'information du régime

Contact : la lettre d'information du régime vous permet d'être informé régulièrement de l'actualité du régime.

Prévoyancepharma.com, le site internet du régime

Le site internet dédié au régime présente le fonctionnement et les services du régime. Une nouvelle version du site est prévue pour 2013. Cette version proposera différents simulateurs qui vous permettront de calculer simplement vos couvertures prévoyance et santé.

Retrouvez les informations concernant le régime Professionnel Conventionnel sur le site internet du régime

www.prevoyancepharma.com

Contact

Lettre d'information du Régime de prévoyance de l'Industrie pharmaceutique
Directeur de la publication :
Pascal Le Guyader
Rédaction : Comité Paritaire de Gestion ; CAPS Actuariat, SPAC Actuaires
Création-Réalisation : ALASKA
Tirage : 52 000 exemplaires
N° 15 novembre 2012
N° ISSN : 1258 – 4843

Novembre 2012- N°16

Contact

Régime de Prévoyance Industrie Pharmaceutique

Lettre d'information du Régime de Prévoyance de l'Industrie Pharmaceutique

Le régime de prévoyance en 2012

L'année 2012 a été marquée par les mesures suivantes :

Evolution du mode de calcul des Indemnités journalières de la Sécurité sociale

Depuis le 1er janvier 2012 le plafond servant de base au calcul des Indemnités Journalières de la Sécurité sociale (ci-après IJSS) est égal à 1,8 fois le SMIC (au lieu de 50% du Plafond de la Sécurité sociale). L'IJSS maximum est donc de 41,38 € par jour en 2012 (au lieu de 49,82€ sur les anciennes bases). Le Régime de Prévoyance Conventionnel intervient en complément de la Sécurité sociale. Il ne compense pas cette évolution qui se traduit par une baisse de l'indemnisation des salariés en arrêt de travail après la période de maintien de salaire par l'employeur pour les salariés dont la rémunération annuelle est supérieure à 30.000 €.

Hausse du forfait social de 6% à 8% au 1er janvier 2012 puis à 20% au 1er aout 2012

Le forfait social est une contribution à la charge de l'employeur sur les éléments de rémunération exonérés de cotisations sociales mais assujettis à CSG à la charge du salarié (notamment intéressement, cotisation article 83 etc.). Au 1er janvier 2012 le forfait social a augmenté de deux points et l'ancienne taxe prévoyance payée par les employeurs sur les cotisations de prévoyance et santé complémentaire a été intégrée au forfait social. Au 1er aout 2012, le forfait social a été porté à 20%. Le taux du forfait social reste toutefois fixé à 8 % pour les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de prévoyance. En pratique, en ce qui concerne le Régime Professionnel Conventionnel, le taux du forfait social à payer par les employeurs reste donc à 8% sur les contributions employeur au régime de prévoyance et de santé mais passe à 20% pour les cotisations employeurs au fonds collectif santé.

Evolution des conditions à respecter par les complémentaires santé responsables

Deux nouvelles conditions ont été rajoutées au cahier des charges des contrats responsables en 2012. La première concerne l'obligation pour l'organisme assureur de communiquer le taux de frais de gestion appliqué au contrat. La date de mise en œuvre de cette obligation a toutefois été reportée. Elle sera effective pour les contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1er janvier 2014. La seconde concerne l'obligation de prendre en charge des dépassements d'honoraires à hauteur de 50% pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation ayant opté pour l'option de coordination. Cette obligation a été annulée suite aux négociations sur les dépassements d'honoraires. Le Régime Professionnel Conventionnel des actifs est déjà en conformité avec ces deux dispositions.

Augmentation des cotisations santé des actifs et des anciens salariés au 1er janvier 2012 pour tenir compte de l'augmentation des taxes

Le taux de la Taxe sur les Conventions d'Assurance mise en place au 1er janvier 2011 est passé de 3,50% à 7% au 1er octobre 2011. Cette augmentation de taxe a été répercutée au 1er janvier 2012 sur le taux de cotisation des actifs et sur celui des anciens salariés.

Ce numéro de Contact revient en détail sur les résultats de votre Régime Professionnel Conventionnel. Il montre que malgré l'augmentation des charges, la situation financière du régime reste solide et permet une stabilité des cotisations en 2013 pour les actifs comme pour les anciens salariés.

Bonne lecture
Le Comité Paritaire de Gestion

SOMMAIRE

I – La situation financière du régime des salariés
II – La situation financière du régime des anciens salariés
III – Les prix observés en optique et en dentaire
IV – Regard : SERVIER
V – Les services aux assurés
VI – Brèves

Chiffres clés du régime des actifs en 2011:

112 M€ de cotisations,
250 M€ de provisions techniques
62 M€ de fonds et réserves
72 500 salariés couverts

Chiffres clés du régime des anciens salariés en 2011

17 M€ de cotisations,
7,7 M€ de réserves de couvertures
13 700 anciens salariés couverts

Régime des actifs :
une situation financière solide malgré l'augmentation des charges

Evolution des taux de cotisations : à peine 4% d'augmentation en 10 ans et pas d'augmentation pour 2013

Les taux de cotisations du régime santé des actifs ont augmenté de 3,5% au 1er janvier 2012 en raison de l'augmentation de la taxe sur les conventions d'assurance le 1er octobre 2011. Cette majoration s'est traduite par une augmentation de cotisation de 2 euros par mois pour un salarié dont le salaire moyen mensuel est de 3.500 euros en 2012 dont 0,8 euro à la charge du salarié.

Cette augmentation est la première depuis la mise en place du nouveau régime en 2007. Pour mémoire, la dernière augmentation du taux de cotisation du régime frais de santé remonte à 2006. Le taux de cotisation global prévoyance + santé a ainsi augmenté d'à peine 4% en 10 ans malgré l'augmentation significative des contributions et taxes qui pèsent sur le régime santé et dont le taux est passé de 0% en 1999 à 13,27% depuis le 01/10/2011.Ces cotisations sont réparties entre le salarié et l'employeur qui finance au moins 60% du Régime Professionnel Conventionnel.

	2004-2005[1]	2006-2007[2]	2008-2011[3]	2012[4]	2013
Régime frais de santé					
Cotisation forfaitaire en % du Plafond de la Sécurité Sociale	1,17 %	1,18 %	1,18 %	1,21 %	1,21 %
Cotisation sur le salaire limité à la Tranche B	0,90 %	0,91 %	0,91 %	0,94 %	0,94 %
Régime prévoyance					
Cotisation sur le salaire limité à la Tranche C[5]	1,54 %	1,54 %	1,45 %	1,45 %	1,45 %
Fonds collectif santé[3]					
Cotisation forfaitaire en % du plafond de la Sécurité Sociale	–	–	0,15 %	0,15 %	0,15 %

[1] en 2004 : prise en compte de la contribution CMU dans les cotisations (avant 2004, la contribution CMU était prélevée sur les réserves)
[2] en 2006 : majoration du taux de cotisation frais médicaux de 1% au regard des résultats et des dérives anticipées
[3] en 2008 , création du Fonds collectif santé avec une cotisation forfaitaire et baisse du taux de cotisation prévoyance permettant une stabilité du taux de cotisation globale
[4] en 2012 : augmentation du taux de cotisation frais médicaux de 3,5% correspondant à l'augmentation de la Taxe sur les Conventions d'Assurance au 01.10.2011 ; la mise en place de la taxe au 1er janvier 2011 n'a pas été répercutée sur les cotisations.
[5] avant 2008, la cotisation et les prestations prévoyance étaient limitées à la tranche B du salaire
Plafond de la Sécurité Sociale = 3.031 €/mois en 2012; plafond Tranche B = 12.124 €/mois en 2012; Plafond Tranche C = 24.248 €/mois en 2012.

Augmentation régulière des contributions et taxes : 13,27% de taxes sur le régime complémentaire santé depuis le 01/10/2011

Le régime complémentaire santé de l'Industrie Pharmaceutique est un régime solidaire et responsable assuré par une Institution de prévoyance, organisme à but non lucratif. Ces caractéristiques permettaient autrefois une exonération totale de taxes. Ce n'est plus le cas aujourd'hui.

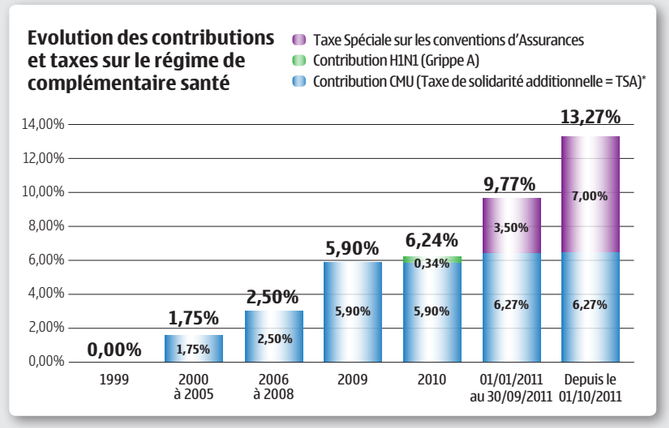
En 2000, la Couverture Maladie Universelle (CMU) a été mise en place et une contribution de 1,75% des cotisations santé a été mise à la charge des organismes assureurs. Le taux de cette contribution a rapidement augmenté pour atteindre 5,90% en 2009.

L'année 2010 a été marquée par l'épidémie de grippe H1N1. Les régimes de complémentaire santé ont été mis à contribution avec une charge totale de 0,34% des cotisations santé.

En 2011, les régimes complémentaire santé solidaires et responsables qui étaient jusqu'alors exonérés de la Taxe Spéciale sur les Conventions d'Assurance (TSCA), ont été assujettis à cette taxe à un taux dérogatoire de 3,50% au 1er janvier 2011. Ce taux a très vite été porté à 7% au 1er octobre 2011.

La contribution CMU est devenue la Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA) au taux de 6,27% en 2011. Le passage de contribution à taxe a modifié le mode de comptabilisation mais pas la charge qui pèse sur le régime.

En 2012, le total des taxes s'élève à 13,27%. Ce taux devrait être reconduit en 2013.



Toutes ces contributions et taxes n'ont été que partiellement répercutées en augmentation de cotisations en 2004 et 2011. Elles pèsent toutefois sur les résultats du régime puisqu'elles sont intégralement répercutées dans les comptes et financées par les réserves ou les résultats de l'année.

Des frais de gestion très compétitifs en prévoyance et en santé

Les chargements de gestion prélevés par les organismes assureurs sur les comptes du régime sont renégociés tous les 5 ans dans le cadre de l'appel d'offres. Ces chargements permettent de financer :

- l'ensemble des frais de gestion du régime (gestions des adhésions, des cotisations, des prestations et de suivi administratif)
- les services mis à la disposition des assurés (tiers payant, services d'étude de devis, site internet, etc.) ;
- les frais de promotion et les honoraires de suivi technique du régime ;
- les frais d'assurance (frais de financement de la marge de solvabilité des assureurs du régime).

En prévoyance, les frais prélevés sont calculés d'une part sur les cotisations encaissées et d'autre part sur les prestations périodiques versées aux assurés (indemnités journalières, rentes d'invalidité et rentes éducation). Le taux de frais est très stable depuis plusieurs années.

En santé, les frais sont calculés sur les cotisations HT. Un forfait en euros par assuré est également prélevé pour financer les services santé. L'ensemble est ensuite ramené en % des cotisations pour suivre l'évolution du taux. En 2009, la généralisation du tiers payant a entrainé une augmentation des frais de 7,04% à 7,48% des cotisations. En 2011, la mise en place de Taxe Spéciale sur les Conventions d'assurance et la transformation de la contribution CMU en taxe a conduit à baisser l'assiette des cotisations HT donc l'assiette des frais. Le taux de frais de gestion calculés d'après les cotisations HT est resté à peu près stable en 2011 mais le taux de frais calculés sur les cotisations TTC a baissé mécaniquement.

Comparé au ratio moyen constaté sur l'ensemble des organismes complémentaires (cf. encadré), les taux de frais de gestion du régime apparaissent très compétitifs en prévoyance comme en santé notamment en raison de l'absence d'intermédiaire commissionné et grâce à la rigueur de gestion du régime.

Taux de rendement financier : 3,93% net en 2011

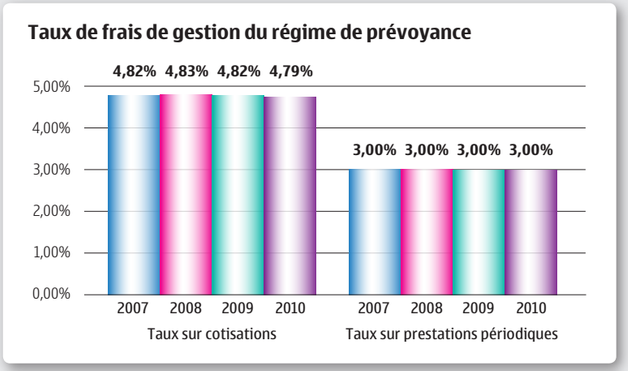
Les provisions et réserves du régime ont été rémunérées à un taux de 3,93% (98% du taux de l'actif général prévoyance d'AXA) nettement supérieur au minimum pris en compte pour le calcul des provisions. Ces bonnes performances financières ont permis de dégager des excédents financiers et de limiter le déficit constaté en 2011.

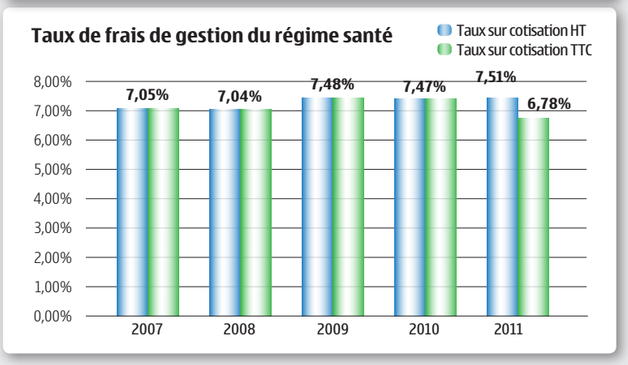
Augmentation de 4,4% des prestations moyennes remboursées en santé

Les prestations santé remboursées aux assurés du régime des salariés et à leurs ayants droit ont augmenté en moyenne de 4,4% entre 2010 et 2011 alors que les cotisations nettes disponibles pour les financer ont diminué en raison de l'augmentation des taxes non compensée par une augmentation équivalente des cotisations.

Le ratio prestation sur cotisation du régime santé des actifs se dégrade et devient supérieur à 100% pour la 1ère fois depuis plus de 10 ans.

La répartition par poste montre que les postes optique et dentaire continuent de peser fortement dans les dépenses du régime.



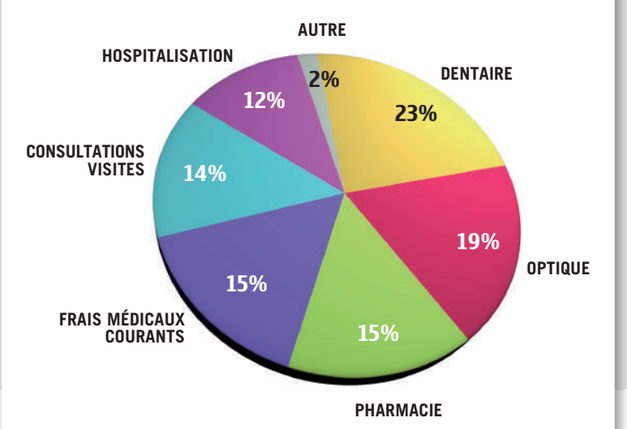


Eléments de comparaison du ratio frais de gestion :

le rapport 2010 de la DREES sur "la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé" montre que le ratio des "charges de gestion" de l'activité de complémentaire santé varie en moyenne entre 17% et 29% selon le type d'organisme assureur (Institutions de prévoyance, mutuelle ou Compagnie d'assurance). Sur l'ensemble des risques de dommages corporels (y compris les risques incapacité et invalidité) le taux de frais varie de 16% à 31%. Une part importante des frais est liée aux frais d'acquisition. Hors frais de commercialisation, le taux de frais varie entre 10% et 16%.

SYNTHÈSE DE L'ÉVOLUTION DES TAUX DE RENDEMENT DISTRIBUÉS DANS LES COMPTES :

EXERCICE	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Taux moyen des 9 derniers exercices
TAUX DE RENDEMENT FINANCIER	6,00%	5,20%	4,80%	4,80%	4,80%	4,30%	4,43%	4,31%	3,93%	4,73%



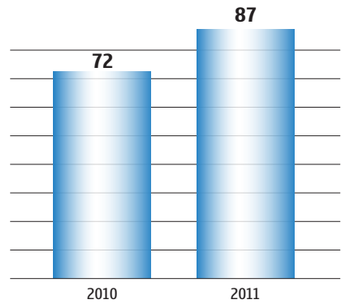
Maintien d'un très faible taux de décès

Le nombre de décès de salariés du régime a augmenté de 21% en 2011 (72 décès en 2010 et 87 en 2011). Le capital décès moyen a également progressé. La charge de prestations décès qui était restée stable depuis 2007 (10 à 11 M€ par an) atteint presque 16 M€ en 2011. Cela représente une charge moyenne de plus de 180 000 € par décès.

Malgré cette forte progression, le taux de décès constaté dans le régime (12 décès pour 10.000 salariés) reste exceptionnellement faible par rapport à la mortalité moyenne en France pour une population d'âge moyen comparable.

Le ratio prestations sur cotisations du risque décès augmente mais reste très inférieur à 100%. Le décès continue de générer des excédents techniques. Ces excédents ne sont toutefois plus suffisants pour financer le déficit de l'arrêt de travail qui augmente.

Evolution du nombre de décès



Forte augmentation des prestations versées au titre des arrêts de travail indemnisés par le régime

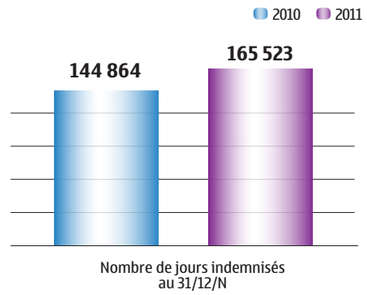
Le nombre d'arrêts indemnisés par le régime a légèrement baissé entre 2010 et 2011 mais les arrêts 2011 sont indemnisés plus longtemps.

Ainsi le nombre de jour d'arrêts indemnisés au 31/12 a augmenté de 14% entre 2010 et 2011 (144 864 jours soit plus de 400 Equivalent Temps Plein à 165 523 soit plus de 450 ETP). Au 30 septembre 2012, 755 arrêts intervenus en 2011 étaient toujours en cours contre 655 arrêts 2010 toujours en cours au 30 septembre 2011.

Après neutralisation de l'augmentation des charges liées à l'évolution des effectifs assurés, la comparaison des prestations réglées au 30 juin N+1 montre une forte dérive des prestations (+15,9% en 2010 et +13,4% en 2011).

L'année 2011 confirme la forte augmentation de la sinistralité arrêt de travail depuis 2006. En tenant compte des provisions, le ratio charge de prestations sur cotisation atteint 160% pour la survenance 2011.

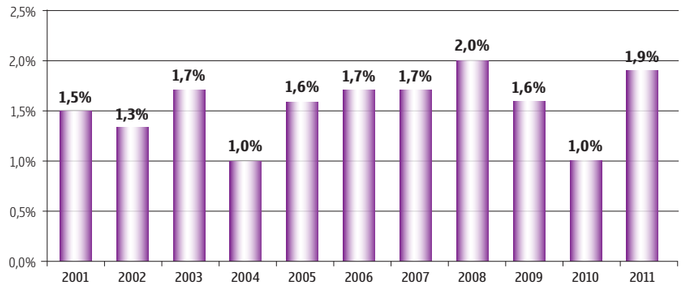
Nombre de jours indemnisés



Maintien d'un provisionnement prudent qui permet de garantir la revalorisation future des prestations

Le bon niveau de provisionnement de l'ensemble des survenances passées permet toutefois de faire face à cette augmentation du risque. En outre, en complément des provisions minimum réglementaires le régime a constitué des provisions pour financer la revalorisation des prestations à hauteur de 1,5%. Ce provisionnement prudent et les bonnes performances financières permettent de revaloriser chaque année les prestations périodiques versées aux salariés en arrêt de travail ou en invalidité ainsi que les rentes éducation. Le taux de revalorisation est décidé chaque année par le Comité Paritaire de gestion.

Taux de revalorisation des prestations périodiques



Résultats 2011 du régime des actifs

Compte tenu de l'augmentation des prestations et des taxes, le régime des actifs est déficitaire en prévoyance comme en santé en 2011. Les réserves accumulées grâce aux bons résultats passés et les bonnes performances financières permettent toutefois de financer les déficits constatés.

COMPTE DE RESULTATS 2011 DU REGIME DES SALARIES

Montant en M€	CRÉDIT	INCAPACITE INVALIDITE	TOTAL PREVOYANCE	SANTE
CRÉDIT				
Cotisations	17,72	32,76	50,48	61,12
Provisions pour prestations à régler 01/01	9,17	6,10	15,27	6,50
Provisions mathématiques 01/01	23,99	149,30	173,28	-
Intérêts sur provisions	1,19	6,44	7,63	-
Engagement de revalorisation	0,05	3,07	3,12	-
Entrée de provision	0,16	19,83	19,99	-
DÉBIT				
Prestations	-13,17	-24,38	-37,54	-52,76
Provisions pour prestations à régler 31/12	-11,33	-6,61	-17,93	-6,20
Provisions mathématiques 31/12	-25,45	-184,88	-210,33	
Frais d'assurance, de gestion et de service	-0,85	-2,24	-3,09	-4,15
Taxes				-5,89
Dotation aux fonds de revalorisation	-0,11	-2,33	-2,44	
SOLDE	**1,37**	**-2,94**	**-1,56**	**-1,38**

Prévision 2013 : Les charges de prestations devraient augmenter à un rythme plus soutenu que les cotisations, notamment en santé. Les réserves du régime permettent toutefois de faire face à la dégradation probable du résultat. **Les partenaires sociaux de la branche ont acté la stabilité des taux de cotisation en prévoyance comme en santé pour 2013.**

Régime des anciens salariés : le retour à l'équilibre technique en 2011

Evolution des cotisations des anciens salariés

Lors de la dernière renégociation des accords en 2007, les partenaires sociaux de la branche ont souhaité modifier la base de cotisations du régime santé des anciens salariés pour passer d'une cotisation forfaitaire à une cotisation en fonction du revenu de remplacement pour maintenir une certaine forme de solidarité professionnelle au sein du régime des anciens salariés. Un barème de cotisation à 16 tranches a alors été mis en place. Dans le même temps les charges du régime ont fortement évolué avec l'augmentation des contributions et taxes et l'augmentation soutenue des prestations. Le ratio prestation sur cotisations du régime santé des anciens salariés s'est alors fortement dégradé (109% en 2008 et 2009) ce qui a conduit à augmenter les cotisations.

En 2010, l'ancien barème de cotisation à 16 tranches a été remplacé par un barème de cotisation à 6 tranches fonction du revenu de remplacement de chaque ancien salarié.

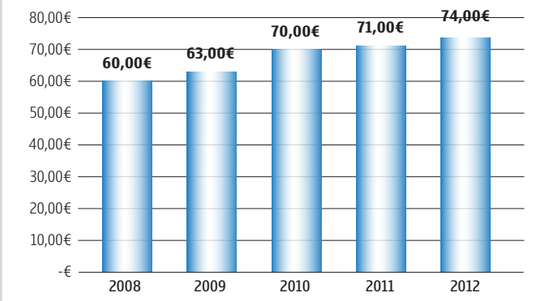
En 2011 et 2012, les taxes ont été intégralement répercutées sur les cotisations. Le taux de cotisation reste toutefois compétitif pour les anciens salariés grâce à l'absence d'indexation des cotisations selon l'âge et au mécanisme de l'abondement qui réduit la cotisation payée par l'ancien salarié (voir ci-dessous).

COTISATION DU RÉGIME DES ANCIENS SALARIÉS – *Cotisations indépendante de l'âge*

REVENU DE REMPLACEMENT	Répartition des assurés	Taux de cotisation en % du PSS – HT	Cotisation mensuelle HT avant abondement 2012	Cotisation mensuelle HT après abondement 2012	Cotisation mensuelle TTC après abondement 2012
Inférieur à 19 200 €	23,47%	2,40%	72,74 €	66,57 €	75,41 €
19 200 à 24 000 €	26,84%	2,54%	76,99 €	70,82 €	80,22 €
24 001 à 31 200 €	24,96%	2,78%	84,26 €	78,09 €	88,46 €
31 201 à 38 400 €	11,57%	3,20%	96,99 €	90,82 €	102,88 €
38 401 à 50 400 €	7,45%	3,74%	113,36 €	107,19 €	121,42 €
Au-delà de 50 401 €	5,71%	4,42%	133,97 €	127,80 €	144,76 €
Moyenne	**100,00%**	**2,84%**	**86,08 €**	**79,91 €**	**90,52 €**

PSS = plafond de la Sécurité Sociale = 3 031 €/mois en 2012

Evolution de l'abondement annuel



Retour à l'équilibre du régime santé des anciens salariés

Ces évolutions combinées à la bonne maîtrise des prestations ont permis un retour à l'équilibre du régime. Le ratio prestations/cotisations nettes du régime santé des anciens salariés est passé de 110% en 2009 à 104% en 2010 puis 100% en 2011.
Le retour à l'équilibre en 2011 permet de ne pas puiser sur les réserves du régime des anciens salariés pour équilibrer les comptes, contrairement aux exercices précédents.

Prévision 2013 : Le régime des anciens salariés devrait rester équilibré en 2013 sans augmentation de cotisations au 01/01/2013 (Hors évolution du Plafond Sécurité sociale).

Augmentation de l'abondement

Le système de "l'abondement" mis en place en 2007 permet de financer par la réserve de couverture des anciens salariés une partie de la cotisation santé des anciens salariés.

L'abondement a augmenté régulièrement depuis sa mise en place. Il est ainsi passé de 60 € en 2008 à 74 € en 2012. Il représente chaque année de 0,5 à 1 mois de cotisations "gratuites" pour les anciens salariés

RÉGIME SANTÉ DES ANCIENS SALARIÉS 2011 – Montant en M€

CRÉDIT	
Cotisations payées	16,88 €
Cotisations prélevées sur la réserve de couverture	0,34 €
Provisions pour prestations à régler 01/01	1,58 €
Intérêt	
DÉBIT	
Prestations	-14,40 €
Provisions pour prestations à régler 31/12	-1,38 €
Frais d'assurance, de gestion et de service	-1,15 €
Taxes	-1,62 €
Résultat	**0,246 €**

RÉSERVE DE COUVERTURE DES ANCIENS SALARIÉS en M€

Montant au 01/01/2011	**7,13 €**
Intérêts	16,88 €
Financement de l'abonnement des anciens salariés	0,34 €
Dotations par le fond collectif santé	1,58 €
Montant au 31/12/2011	**7,53 €**

Quels sont les prix moyens constatés par l'**apgis** pour l'optique et le dentaire ?

Les postes optique et dentaire représentent à eux seuls plus de 40% des dépenses du Régime Professionnel Conventionnel et plus de 70% du reste à charge des assurés. Or l'analyse des prix constatés par l'apgis fait apparaître une forte dispersion en optique comme en dentaire. Cela montre qu'il est important de comparer les prix et de faire appel au service IDECLAIR de l'apgis pour repérer les prix non conformes aux pratiques du marché et limiter le reste à charge.

En optique, la base de remboursement Sécurité sociale varie de 2,29 euros à 10,37 euros pour les verres adultes les plus fréquents. La Sécurité sociale rembourse 60% de ce montant soit 1,37 euros à 6,22 euros par verre.

Les prix moyens observés par l'apgis sont bien supérieurs ! ils varient de 119 euros pour un verre unifocal corrigeant une myopie légère à 347 euros pour un verre progressif corrigeant une presbytie avec astigmatisme. Les prix moyens des verres enfants sont inférieurs de l'ordre de 20% au prix adulte pour des niveaux de correction comparables et l'amplitude de variation du prix est plus faible.

Les tableaux ci-dessous indiquent les prix moyens et la fourchette de prix observée pour les verres adultes et les verres enfants les plus fréquents (99% des verres).

			Prix observé par l'APGIS en 2011	
ADULTE (18 ans et plus)	**Base de remboursement SS**	**% de verre**	**Prix moyen par verre**	**Fourchette de prix de la majorité des verres remboursés***
Myopie			**Verre unifocal**	
Correction (0-6)	2,29	19,0 %	119 €	84 € à 149 €
Correction (6-10)	4,12	0,4 %	164 €	123 € à 199 €
Myopie + Astigmatie (cylindre < 4)			**Verre unifocal**	
Correction (0-6) / Cylindre < 4	3,66	33,5 %	125 €	90 € à 155 €
Correction (6-10) / Cylindre < 4	6,86	1,8 %	180 €	132 € à 219 €
Myopie + Presbytie			**Verre progressif**	
Correction (0-4) / Addition 1 – sans astigmatisme	7,32	12,0 %	273 €	219 € à 320 €
Correction (<10) / Addition 1 – avec astigmatisme	10,37	32,0 %	347 €	251 € à 365 €
ENFANTS (moins de 18 ans)	**Base de remboursement SS**	**% de verre**	**Prix moyen par verre**	**Fourchette de prix de la majorité des verres remboursés***
Myopie			**Verre unifocal**	
Correction (0-6)	12,04	34,4 %	93 €	62 € à 115 €
Correction (6-10)	26,68	0,3 %	167 €	105 € à 216 €
Myopie + Astigmatie (cylindre < 4)			**Verre unifocal**	
Correction (0-6) / Cylindre < 4	14,94	61,7 %	102 €	69 € à 127 €
Correction (6-10) / Cylindre < 4	36,28	2,4 %	182 €	130 € à 225 €

En dentaire, le coût moyen des prothèses s'établit à plus de 5 fois la base de remboursement de la Sécurité sociale. Là encore la dispersion des prix est forte !

			Prix observé par l'APGIS en 2011		Remboursement SS + RPC	
		Base de remboursement SS	**PRIX MOYEN**	**Fourchette de prix de la majorité des prothèses remboursées***	**AVEC DEVIS**	**SANS DEVIS**
Couronne	**SRP50**	**107,50 €**	**558 €**	**480 € à 610 €**	**376 €**	**323 €**
Inlay-core	**SRP57**	**122,55 €**	**269 €**	**185 € à 350 €**	**429 €**	**368 €**

* 50 % des demandes de remboursement sont dans la fourchette de prix indiqués, 25 % des prix constatés sont inférieurs à la borne basse et 25 % sont supérieurs à la borne haute.

Afin de limiter l'évolution des dépenses du régime et des coûts restant à charge de l'assuré, l'accord collectif du 22 juin 2007 a introduit le système de devis préalable pour l'optique et le dentaire afin de bénéficier d'un meilleur remboursement pour les prothèses et les verres coûteux. Le bilan 5 ans après montre toutefois que de nombreuses demandes de remboursement de prothèses dentaires et surtout d'équipement optique, ne font toujours pas l'objet d'un devis préalable qui permettrait un regard critique sur la facturation et le prix proposés.

Le service IDECLAIR : pensez-y !

L'analyse de devis préalable peut vous aider à payer le juste prix, c'est-à-dire à détecter les facturations abusives et à diminuer le montant restant à votre charge tout en conservant la même qualité de soins. Les formulaires de demande de devis sont disponibles sur simple demande auprès de votre entreprise ou de l'apgis : **service IDECLAIR : optique@apgis.com – dentaire@apgis.com**

REGARD : SERVIER

Présentation du Groupe Servier

Créé dans les années 50, le Groupe Servier est un laboratoire Français totalement indépendant. Il compte actuellement plus de 20.000 collaborateurs, dont 5.100 salariés en France où l'entreprise a conservé l'essentiel de sa Recherche et de sa production, ainsi que l'ensemble de ses structures « corporate ».

Son chiffre d'affaires consolidé, d'environ 4 milliards d'euros, est désormais réalisé à plus de 80 % à l'international dans 140 pays. Un quart de ce chiffre d'affaires est réinvesti en recherche et développement.

Ses principaux axes thérapeutiques couvrent les maladies cardiovasculaires (Coversyl, Procoralan, Fludex, Preterax, Coveram, Daflon, Vastarel), la neuropsychiatrie (Valdoxan, Stablon, Trivastal), le diabète (Diamicron), la rhumatologie (Protelos) et l'oncologie (Muphoran).

Favoriser l'épanouissement de chacun dans et par son entreprise a toujours été l'un de nos buts fondamentaux.

Pourquoi avons-nous rejoint le Régime conventionnel en 2012 ?

Lors de la mise en place du Régime Professionnel Conventionnel en 1992, les salariés du Groupe Servier bénéficiaient depuis de nombreuses années d'un régime de prévoyance offrant des garanties supérieures ou égales à celles définies par les accords de branche. La gestion de ce régime était confiée à une mutuelle avec laquelle nous avions bâti des relations de confiance dans le cadre d'un partenariat "historique", couvrant l'ensemble de notre protection sociale.

Rien ne justifiait que nous mettions un terme à cette collaboration de longue date, d'autant que notre partenaire respectait les taux de cotisations du régime conventionnel bien que nous disposions de garanties parfois supérieures. De 1992 à 2011, nous nous sommes donc contentés d'adapter, si nécessaire, notre couverture santé et prévoyance aux évolutions du régime de branche, sans envisager de le rejoindre.

C'est dans ce contexte et contre toute attente que fin octobre 2011 nous nous sommes vus brutalement notifier la résiliation au 31 décembre suivant de l'ensemble de nos régimes de prévoyance et santé.

Compte tenu des dispositions prévues à l'article 6 de l'Accord Collectif du 22 juin 2007, nous nous sommes aussitôt tournés vers le Régime Professionnel Conventionnel pour étudier la reprise des couvertures sociales de l'ensemble de nos salariés.

C'est donc, dans un premier temps, par nécessité bien plus que par conviction que nous avons adhéré au régime de branche.

Trois phénomènes ont transformé en opportunité ce que nous pensions d'abord n'être qu'une contrainte :

Tout d'abord, un grand nombre de nos salariés ont vécu à tort la résiliation de nos régimes comme une conséquence de l'affaire Médiator, qui leur valait d'être traînés dans la boue depuis des mois. C'était à leurs yeux un « abandon » de plus. Voir notre candidature accueillie favorablement par le Comité Paritaire en charge de la gestion du régime, c'est-à-dire par des collègues, conscients comme eux de la difficulté et de la noblesse d'un métier attaqué de toutes parts, a donc eu un retentissement considérable auprès de nos salariés. Ils y ont vu l'expression d'une solidarité qui est le fondement même des régimes collectifs.

Ensuite, nous avons été immédiatement séduits par l'efficacité, la disponibilité et le grand professionnalisme du gestionnaire, des organismes assureurs et des conseillers techniques du régime, qui nous ont permis de changer de couverture santé et prévoyance en quelques semaines sans que nos milliers de salariés en pâtissent, bien au contraire. Depuis lors, nous continuons d'apprécier au quotidien la réactivité et la rigueur des équipes en charge de notre dossier au sein du régime professionnel.

Grâce au sens des responsabilités de nos instances représentatives, nous soulignerons enfin que cette crise a été l'occasion d'une large prise de conscience au sein de l'entreprise du fait que nos régimes protection sociale sont un précieux mais fragile "trésor" collectif auquel il incombe à chacun de veiller dans l'intérêt de tous, et plus particulièrement des plus vulnérables d'entre nous.

Au nom des collaborateurs et de la Direction de notre Groupe, nous remercions chaleureusement le comité Paritaire de Gestion de nous avoir accueillis, ainsi que tous les acteurs qui se sont investis sans compter pour transformer en succès une situation de crise en succès.

Architecture de notre nouveau régime.

Les collaborateurs de notre groupe bénéficiant de garanties légèrement supérieures à celles prévues dans le dispositif conventionnel, notre nouveau régime s'articule en trois strates : RPC + RS + complément propre à nos collaborateurs pour la prévoyance et RPC + Complément Servier pour la couverture santé.

Les garanties n'ont fait l'objet d'adaptation notable qu'en matière d'optique, domaine où nous sommes passés d'une logique forfaitaire, propice à certaines dérives, à la logique du Régime Professionnel Conventionnel qui module le niveau de remboursement en fonction de la correction requise.

Nos expatriés, dont la couverture au premier euro ne pouvait être prise en charge par le régime, ont fait l'objet d'un contrat spécifique, contrat dont la gestion a été confiée à un prestataire spécialisé à l'issue d'un appel d'offres.

Situation des anciens salariés

En vertu de la loi Evin, nous pensions que la résiliation de la couverture santé de nos salariés en activité n'entraînerait pas celle des contrats conclus individuellement avec nos retraités, et que ces derniers auraient donc le choix entre conserver leur ancienne couverture ou rejoindre le Régime Conventionnel.

Fin 2011, notre ancien partenaires nous a fait savoir qu'il ne partageait pas cette analyse et que la couverture santé de nos retraités serait donc résiliée avec celle des actifs. Là encore, la réactivité des acteurs du Régime Professionnel Conventionnel a été à la hauteur des enjeux.

Après avoir obtenu un délai de trois mois de la Direction de notre ancien assureur, afin d'éviter toute carence de couverture, l'ensemble de nos retraités se sont ainsi vus proposer d'adhérer au RPC éventuellement assorti des garanties complémentaires qui nous sont propres pour des niveaux de cotisation modulés en fonction de leur revenu de remplacement annuel, conformément à la logique du Régime Conventionnel.

Nicolas BOUTS
Vice-Président Ressources Humaines

Vincent LAMARCHE
Directeur de l'Administration du Personnel

SERVIER