

Protection sociale complémentaire : attention danger !

Une importante négociation sur la protection sociale complémentaire (PSC) est engagée depuis le printemps 2021 entre les fédérations de fonctionnaires (pour la CGT : l'Union fédérale des syndicats de l'État -UFSE-CGT-), et le ministère de la transformation et de la fonction publiques jusqu'au 14 décembre en vue d'un éventuel accord et un nouveau décret sur la protection sociale complémentaire. (c.f. sur le site de l'UFSE-CGT [les compte-rendus de ces réunions](#)).

Ce numéro spécial du Pavé de Paname fait le point sur cet important dossier, sur les éléments de contexte et situant les enjeux. Nous espérons qu'il vous permettra de mieux appréhender le sujet.

I- Les fonctionnaires de l'État relèvent d'un régime spécial de sécurité sociale :

L'article 20 du statut général des fonctionnaires (Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires) établit notamment que « **les fonctionnaires sont affiliés à des régimes spéciaux de retraite et de sécurité sociale** ».

L'État employeur étant son propre assureur, il prend en charge le paiement des pensions (depuis 1853) ainsi que les risques maladies, maternité et invalidité et ce bien avant la création de la Sécurité sociale en 1945. Décision fût prise de maintenir les régimes les plus avantageux que le régime général institué en 1945.

Le régime spécial des fonctionnaires est intimement lié à leur Statut général. C'est cela que le gouvernement veut démanteler.

Dès lors, deux formes de protection sociale coexistent.

La protection sociale obligatoire

En matière de maladie, le fonctionnaire en activité cumule des droits sociaux de deux natures distinctes : d'une part, droits à congé maladie, maternité et à congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS) avec maintien total ou partiel de la rémunération, et d'autre part, droits de son régime spécial de sécurité sociale avec l'octroi de prestations en espèces de sécurité sociale. Dans tous les cas, ce sont les employeurs publics qui versent ces prestations en auto-assurance.

Ce régime spécial de sécurité des fonctionnaires a été géré pendant très longtemps par les mutuelles de fonctionnaires jusqu'au 15 février 2019, où cette gestion a été transférée aux caisses primaires d'assurance maladie

(CPAM). Ce transfert marque la volonté du gouvernement d'aller vers un régime universel mais, contrairement à 1945, en tirant tout le monde vers le bas et en remettant en cause les droits spécifiques des fonctionnaires.

La protection sociale complémentaire

La protection sociale complémentaire des agents publics relève, quant à elle, de **dispositifs facultatifs** mis en place par les employeurs publics au bénéfice de leurs agents titulaires et contractuels, actifs comme retraités (article 22 bis du Statut).

Les mutuelles de la Fonction Publique à compter du début des années 2000 vont connaître une profonde mutation avec la transposition des directives européennes sur la libre concurrence dans le domaine de la santé.

Celles-ci, fortement concurrencées par les assurances privées vont alors connaître de nombreuses fusions et modifications de leur offre tarifaire. Ainsi, la MGEFI propose 4 offres modulant les cotisations selon les prestations (Prémi-santé, Vita-santé, Multi-santé et Zéni-santé). De plus, le montant des cotisations augmentent avec l'âge.

Une procédure dite de référencement a été mise en place en 2007 avec un appel d'offre public. Actuellement, la protection sociale complémentaire est prise en charge par la MGEFI pour les agents actifs et retraités du ministère de l'économie et des finances, mutuelle qui a été sélectionnée à l'issue de la procédure de référencement en 2017. Cette procédure de référencement prendra fin en 2024. L'après 2024 est l'objet de la négociation en cours.

Retraites, emplois, salaires

Rejoignez-nous !



On ne veut pas en rester là

Syndiquez-vous !

CGT Finances Publiques Paris : 6 rue St Hyacinthe 75001 Paris

Site : www.cgtdgfp75.org

Courriel : cgt.drfp75@dgfp.finances.gouv.fr

Tél : 01 44 85 87 49

II - La loi du 6 août 2019, dite de transformation de la Fonction publique et l'ordonnance du 17 février 2021 sur la protection sociale complémentaire :

Depuis 2013 la PSC est obligatoire dans le privé :

Les modifications induites par la loi du 6 août 2019 ont pour objectif d'appliquer dans la fonction publique l'Accord National Interprofessionnel (ANI) de 2013¹ (transposé dans la loi du 14 juin 2013) sur la protection sociale complémentaire obligatoire. Les accords de groupe avec les complémentaires sont généralisés, **l'adhésion des salariés à une complémentaire est rendue obligatoire**. Ces évolutions s'inscrivent dans un contexte de réduction de droits pour les salariés du privé et du public.

Quelques éléments de bilan dans le privé :

- une **généralisation qui n'est pas toujours effective** (selon la taille des entreprises) ;
- à défaut d'accords d'entreprises la **couverture minimale est inférieure à la complémentaire santé solidaire (C2S)** (complémentaire santé prise en charge pour les foyers à faibles revenus) ;
- la sanctuarisation du marché de la santé (assurances et organismes lucratifs) par de nouvelles opportunités avec **l'augmentation des cotisations et des prestations à la baisse** pour les usagers.

L'ordonnance du 17 février 2021 et la prise en charge par l'employeur de la cotisation à hauteur de 50 % sont présentées par certains comme un progrès du simple fait que la participation de l'État employeur au financement de la protection sociale complémentaire se porterait à 50 %. Elle pose en effet le principe dans son article premier selon lequel : « le montant de la participation est égal au minimum à la moitié du financement nécessaire des **garanties minimales définies par le Code de la sécurité sociale** ». (notion de panier de soins).

Mais **50 % du panier minimal** de garanties défini par le Code de la Sécurité Sociale, ce n'est **pas la même chose que 50 % du financement des garanties complémentaires** dont nous bénéficions aujourd'hui et qui vont bien au-delà du panier minimal Sécurité Sociale.

Prenons un exemple concret : nous avons comparé en matière d'optique (monture + verres unifocaux), le panier de soins minimal Sécu, le « 100 % santé » MGEFI avec les différentes offres de la MGEFI.

- Avec le panier de soin minimal Sécu, le prix est plafonné pour les montures et les verres. En effet, un forfait **minimum** s'applique selon le niveau de correction nécessaire qui est de **100 €** pour les verres simples et la monture.
- Le panier de soins « 100% Santé » (montures à moins de 30 €, 17 modèles de montures, plafond de 95 € pour des verres unifocaux ...), quelle que soit l'offre MGEFI, garantit un **remboursement intégral** (prix moyen de l'équipement optique **125 €, égal au plafond**).

- Par contre, pour des équipements non couverts par « 100 % Santé », il en va tout autrement. Ainsi dans le réseau Kalixia Optique agréé par la MGEFI, selon l'offre choisie, le reste à charge va de 0 à 171,91 € (prix moyen de l'équipement optique 272 €). Hors réseau Kalixia, l'écart se creuse, s'étalant de 44,91 à 244,91 € (prix moyen de l'équipement optique **345 €**).

Ainsi, un remboursement sur la base du seul panier de soin minimal Sécu et non sur la base du panier de soins « 100% Santé » de la MGEFI représente une **perte** pouvant atteindre **245 €**...sachant que l'exemple pris ne concerne qu'une correction optique simple.

L'écart dépendra donc des prestations tarifaires des complémentaires sélectionnées (ou de la complémentaire unique si une seule est retenue).

Ce sont ces types de différences tarifaires qui ont conduit de très nombreux salariés du privé à devoir souscrire une **sur-complémentaire** pour retrouver le niveau des prestations antérieures à la signature de leur employeur d'un contrat de groupe. Ces **sur-complémentaires santé prennent** en charge les dépenses non couvertes par le contrat de groupe de l'employeur et entraînent des frais de cotisations supplémentaires pour les salariés.



L'instauration d'un contrat de groupe aux Finances aura les mêmes conséquences que dans le privé. Parce que les remboursements ne seront pas à la hauteur, il faudra souscrire une **sur-complémentaire** pour retrouver le niveau des prestations antérieures.

Le 7 septembre, dans le cadre d'un groupe de travail la DGAFF (Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique) a annoncé la création de 3 niveaux de paniers de soins, mais sans les définir à ce stade.

La CGT a alors écrit : « Un tel système pourrait aboutir à un financement à 50% d'un socle modeste pour tout l'Etat, et d'options ministérielles permettant une meilleure couverture, mais financée à moins de 50% ».

1 ANI que la CGT n'a pas signé.

La plus grave attaque contre le statut général des fonctionnaires :

Le second élément qu'il faut bien avoir à l'esprit est l'origine de cette ordonnance, prise en application de l'article 40 de la loi dite de transformation de la fonction publique que le gouvernement a fait voter en août 2019. Or, **cette loi constitue la plus grave attaque contre le statut de fonctionnaire depuis des décennies**. Elle constitue une attaque frontale contre nos garanties pour à terme (à court terme?) nous aligner sur le droit du travail du privé.

Comment sera financée la participation de l'État employeur ?

L'ordonnance ne dit mot sur la façon dont cette augmentation de la participation de l'État serait financée. Pourtant, dans un premier temps, le gouvernement avait indiqué, avant de se rétracter, que les économies attendues sur la journée de carence appliquée aux fonctionnaires financeraient l'abondement de participation de l'État-employeur ! C'était même évalué assez précisément puisque plus de 250 millions d'économies en étaient attendues en régime de croisière. Depuis, la ministre Amélie de Montchalin a finement décidé de passer sous silence cette question. Gageons qu'elle n'a pas renoncé à nous faire payer l'abondement de la participation de l'État-employeur !

Ainsi, **il n'est pas exclu qu'une telle participation de l'État-employeur soit prise en compte pour la détermination des rémunérations des fonctionnaires au prétexte d'une augmentation indirecte du pouvoir d'achat**. Rappelons que depuis le 21 septembre 2021, une conférence, devant durer plusieurs mois, sur les perspectives salariales dans la fonction publique, est ouverte...

Une prise en charge à hauteur de 15 € est instauré jusqu'en 2024 (date de l'éventuelle adhésion de groupe) :

Le décret n° 2021-1164 du 8 septembre 2021 relatif au remboursement d'une partie des cotisations de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais de santé des agents civils et militaires de l'État est publié fixant le montant du remboursement à 15€. Il **prend effet à compter du 01 janvier 2022**.

III - Comment le gouvernement compte-t-il procéder ?

Avant que les accords de référencement conclus avec les complémentaires (MGEFI pour nous) dans chaque ministère viennent à échéance (en 2024 pour nous), des négociations sont en cours pour déboucher sur un accord de groupe avec une complémentaire.



Qu'est-ce qui devrait pousser à la conclusion de tels accords ?

Premièrement : en l'absence d'accord majoritaire un **plafond** pourra être mis à la participation de l'employeur au financement des **garanties**. L'ordonnance le dit explicitement : « les modalités d'application...pourront prévoir un plafonnement spécifique de la participation en l'absence d'accord majoritaire ».

Deuxièmement : l'employeur ne sera obligé de **participer au financement de la prévoyance** que si un accord majoritaire est conclu. Il s'agit là d'un vrai « **chantage** à la signature ».

Et qui dit accord majoritaire, dit **adhésion obligatoire** de tous les agent.es à la complémentaire par « la création

d'une obligation d'adhésion ou de souscription des agents publics employés par l'employeur public ».

La question de l'adhésion obligatoire concerne l'ensemble du salariat car il s'agit de la sécurité sociale.

Pourquoi rendre l'adhésion à une complémentaire obligatoire ? C'est très simple : Ils veulent rendre l'adhésion individuelle obligatoire afin de **substituer les complémentaires à la sécurité sociale**. Un nouveau coup majeur contre la sécurité sociale, notre acquis le plus important.

Les retraité.es sont exclu.es du dispositif !

Mais quel est le sort réservé aux retraités dans ce nouveau système ? La question se pose d'autant plus que personne n'ignore que **les contrats groupes du privé ne concernent pas les retraités**.

La délégation CGT a présenté lors du Conseil Commun de la Fonction Publique un **amendement** précisant que le principe de la cotisation employeur public à **hauteur de 50 % s'appliquerait aussi aux retraités**. **Rejet de l'amendement !**

L'ordonnance en reste à l'affirmation qu'un décret d'application « **fixera les mécanismes de solidarité entre les catégories de bénéficiaires, notamment les retraités** ».

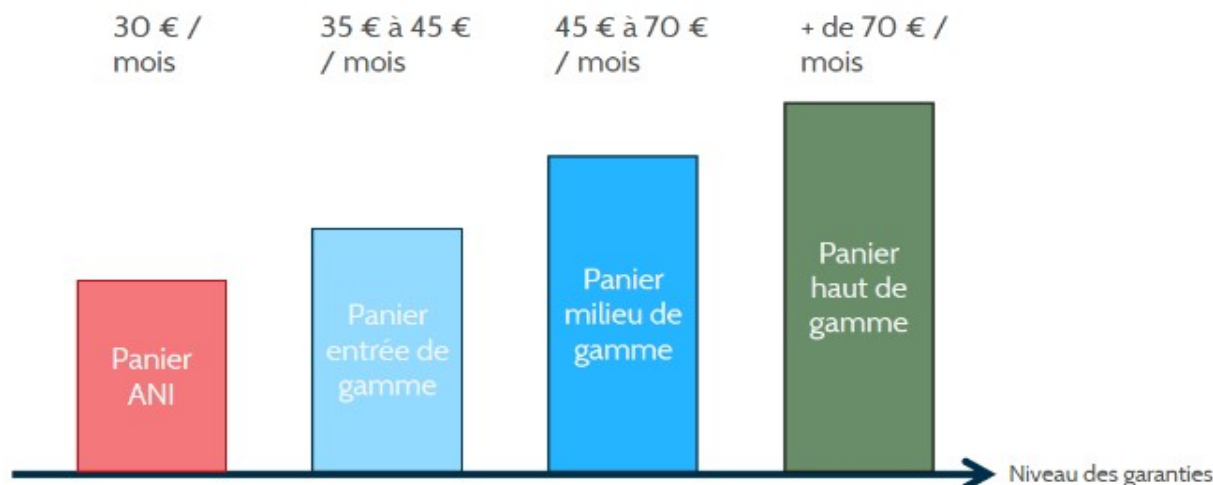
Les mécanismes de solidarité ? Qu'est-ce à dire ?

Dès lors qu'il n'y a pas égalité de financement entre actifs et retraités (puisque le gouvernement la rejette) n'est-il pas évident, au contraire, que parler de solidarité est un leurre ?

IV – Les propositions du gouvernement du 13 octobre 2021 :

La Fonction publique synthétise désormais sa proposition autour de deux configurations sur lesquelles elle a demandé aux fédérations de se positionner, logique que la CGT a d'ailleurs refusée.

La DGAFP a rappelé qu'en cas d'échec de la négociation interministérielle, il n'y aurait pas de négociation ministérielle s'y substituant, et que les ministères et établissements choisiraient des opérateurs en santé dont la souscription aux contrats entraînerait une participation au niveau du minimum sécurité sociale (quasi équivalent au panier dit ANI), soit 15 € par mois.



La première hypothèse est celle d'un accord interministériel n'entraînant pas d'adhésion obligatoire aux opérateurs sélectionnés (ou à l'opérateur unique si un seul est retenu) (mutuelle, institution de prévoyance ou assurance).

Dans ce cas, le gouvernement réserverait le financement à au moins 50% du panier de soin interministériel aux ministères ou établissements ayant conclu un accord majoritaire prévoyant une adhésion obligatoire.

Dans tous les autres cas, l'État ne financerait que le panier minimum prévu par la sécurité sociale, soit 15 € par mois, l'équivalent du remboursement de 15 € qui sera attribué aux fonctionnaires le 1er janvier 2022.

L'État a, ainsi, anticipé dans l'étude d'impact de l'ordonnance une dépense moyenne d'environ 30 € par mois que devra payer l'agent pour participer aux garanties complémentaires en santé, soit un panier minimum et sans solidarités.

Non seulement l'échec d'une négociation au sein d'un ministère ou d'un établissement serait ainsi sanctionné, mais un accord majoritaire avec adhésion facultative le serait aussi. A ces conditions, on voit difficilement quel pourrait être l'intérêt de signer un accord n'entraînant pas de financement supplémentaire de l'État.

Le gouvernement envisage donc la signature d'un accord sur un panier interministériel entraînant, au niveau des ministères, qu'un financement à hauteur de 50% dans un seul des trois cas envisagés dans cette première

hypothèse. La CGT a déjà indiqué qu'elle ne signerait pas un accord n'entraînant pas le financement d'au moins 50% du panier interministériel dans tous les cas.

La deuxième hypothèse est celle d'un accord interministériel entraînant une adhésion obligatoire aux opérateurs sélectionnés (ou à l'opérateur unique si un seul est retenu) sélectionnés par l'employeur (mutuelle, institution de prévoyance ou assurance). Dès lors, l'État rembourserait au minimum 50% de la cotisation du panier interministériel. Un accord majoritaire au niveau des ministères ou établissements publics pourrait définir un cahier des charges spécifique à cet employeur (prévention, action sociale, réseau de soins, critères pour le choix de l'opérateur, etc.). Sans accord majoritaire, l'employeur ministériel définirait, seul, le cahier des charges.

Le **gouvernement fait** donc, dans les deux hypothèses, le **choix exclusif du recours au contrat collectif à adhésion obligatoire**. Sinon, il ne paiera qu'à minima.

De plus, il considère qu'il n'est plus possible d'élaborer un accord à la fois en santé et en prévoyance pour décembre. Il propose de découpler les deux thèmes, avec un accord en santé en décembre et en prévoyance vers mars. Ce qui revient à proposer aux fédérations syndicales de signer sans les garanties relatives à la prévoyance (décès, incapacité, invalidité, dépendance...).

Nous espérons que ce dossier vous aura été utile. Bien évidemment, il ne prétend pas être exhaustif dans la mesure où, à cette date, tous les éléments déterminants de la négociation en cours sur les paniers de soins, la participation de l'État-employeur et sur la prévoyance ne sont pas encore totalement connus.

Nous concluons provisoirement en indiquant qu'après un large débat, le Conseil National (réunion de toutes les sections avec la direction nationale) de la CGT Finances Publiques réuni du 19 au 21 mai 2021 s'est prononcé pour l'abrogation de l'ordonnance du 17 février 2021 et pour l'abrogation de l'article 40 de la loi du 9 août 2019.

Aucune régression des prestations par rapport à l'existant ne saurait être possible !