



Compte-rendu de la réunion de négociation sur la protection sociale complémentaire (panier de soins en santé 2/2) dans la fonction publique de l'Etat du 7 septembre 2021

Le ministère était représenté par M. Lagier, chef de service de la DGAFP. Cette réunion était la deuxième consacrée au panier de soin minimum en complémentaire santé pour l'ensemble de l'Etat (en clair un niveau de remboursement défini pour un médicament, une consultation, une opération, un séjour hospitalier, un appareil médical).

Contrairement à l'intitulé de la réunion, la discussion n'a pas du tout tourné autour du niveau de remboursement par prestation mais a quasi exclusivement été consacrée à l'architecture d'un accord interministériel dont les grandes lignes ont été présentées par la DGAFP.

La proposition de la Fonction publique, très incomplète et peu formalisée, est une extension à l'ensemble de l'Etat de la formule utilisée dans l'accord sur la complémentaire santé des salariés de l'enseignement privé sous contrat.

Liens vers ce contrat : [60C-7e-20150624183629 \(ag2rlamondiale.fr\)](https://ag2rlamondiale.fr/60C-7e-20150624183629) ; [60C-7e-20150626085205 \(ag2rlamondiale.fr\)](https://ag2rlamondiale.fr/60C-7e-20150626085205) ; [AG2R-LA-MONDIALE-enseignement-prive-sante-avenant-2-100-sante-2019.pdf \(ag2rlamondiale.fr\)](https://ag2rlamondiale.fr/AG2R-LA-MONDIALE-enseignement-prive-sante-avenant-2-100-sante-2019.pdf) ; [AG2R-LA-MONDIALE-enseignement-prive-sante-conditions-generales.pdf \(ag2rlamondiale.fr\)](https://ag2rlamondiale.fr/AG2R-LA-MONDIALE-enseignement-prive-sante-conditions-generales.pdf)

La logique est d'établir un niveau de garanties socle, et 3 options de niveaux de plus en plus élevés, la plus haute incluant les deux précédentes, et la deuxième incluant la première. Chaque établissement du privé choisit la formule qui s'étend à tout ses salariés (socle, niveau 1, 2 ou 3 d'option). Les salariés pourraient adhérer individuellement aux options de niveau supérieur, mais dans ce cas l'employeur n'est pas tenu de le financer, et s'il le fait il peut le financer à moins de 50%.

L'objet d'un accord majoritaire interministériel serait donc pour le gouvernement de choisir le niveau de garanties socle qui s'imposerait dans tout l'Etat, et les 3 niveaux d'options, chaque ministère devant ensuite en choisir un. Au-delà de ce niveau un éventuel choix individuel pourrait être possible. Pour mémoire, celle des lecteurs car le gouvernement lui ne donne aucun chiffre, le coût d'un contrat socle de l'enseignement privé sous contrat en 2020 est de 40 € pour un salarié actif et la participation de l'employeur de 20 €, le niveau 1 d'option est à 50 €, le niveau 2 à 67 € et le niveau 3 à 77 €. Le chiffre de la participation employeur dans l'Etat a été évoqué en CCFP à 30 € par agent actif (800 millions pour la FPE), soit 50% d'un contrat santé moyen en France de 62 €.

Cependant, si on intègre un niveau plus élevé de solidarité familiale et générationnelle (conjoint, enfant et retraités bénéficiaires ou pas), 30 € peuvent couvrir la moitié d'un contrat non pas moyen mais d'entrée de gamme ou au minimum de la sécurité sociale. De plus l'Etat n'est contraint que de financer 50% du minimum sécurité sociale, et au-dessus il peut financer moins que 50%, ce qui a l'air d'être la logique des 3 options.

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%.

La CGT considère donc que pour éviter ce risque un socle de garanties interministérielles du plus haut niveau possible doit être établi avant toute discussion sur les options, permettant une amélioration de la couverture d'ensemble des agents publics.

Mais ce n'est pas le seul problème de cette proposition, puisqu'un accord majoritaire au niveau de l'ensemble de l'Etat permettrait d'appliquer le principe de l'adhésion obligatoire des agents aux opérateurs choisis par l'employeur public, sans qu'on comprenne grand-chose des conséquences au niveau de chaque ministère et établissement public de cette adhésion obligatoire, sur le choix possible d'option et sur le choix possible d'opérateurs (mutuelles, institutions de prévoyance ou assurance lucrative).

A priori un accord majoritaire permettrait dans un ministère ou établissement une couverture renforcée par rapport au socle interministériel, parmi les choix prédéterminés par l'accord « Etat ». Cet accord ministériel ou d'établissement permettrait aussi le choix d'un opérateur, ou même d'un consortium d'opérateurs se partageant le marché, vu la taille de certains ministères.

Mais sans accord majoritaire ministériel ou d'établissement, il se pourrait qu'un employeur ministériel ou d'établissement choisisse seul le niveau du régime à adhésion obligatoire, et l'opérateur chargé de le mettre en œuvre. Le silence du gouvernement à la question directe posée par la CGT était abyssal. Or l'ordonnance ne permet pas une adhésion obligatoire sans accord majoritaire des syndicats.

Le cadre juridique d'un éventuel accord interministériel est donc totalement confus. Le négociateur refusant de répondre avant les arbitrages politiques sur le cadre juridique, et aucun éclairage n'étant donné sur le coût des différents paniers de santé présentés (ONF, UCANSS, enseignement privé), il devenait difficile de cerner l'objet réel de la négociation.

La CFDT a réaffirmé son choix de passer dans la fonction publique à un système d'accord collectif à adhésion obligatoire répliquant celui du privé. L'ensemble des autres syndicats ont affirmé que seul un panier de soins d'un niveau significatif serait acceptable en interministériel, et ont demandé que le gouvernement précise enfin ce qu'il veut, ce qu'il met sur la table dans la négociation et comment il conçoit l'articulation entre ministériel et interministériel.

Le gouvernement envisage deux autres réunions, non prévues à l'origine, sur le panier de soins interministériel et affirme que des arbitrages politiques permettront rapidement d'y voir plus clair. On peut dire que pour le moment la négociation sur la protection sociale complémentaire dans la Fonction publique est dans de grandes difficultés.

Concernant les dispositifs de prévention des opérateurs en santé, la CGT se satisfait que la Fonction publique souhaite en faire un critère de sélection des opérateurs, à la condition que l'employeur n'en fasse pas un outil pour fuir sa responsabilité sur la santé de ses agents. Le dispositif permettant dans le privé de se substituer à une cotisation dépassant 10% du salaire des agents à faibles ressources (contrats courts ou en temps partiels) peut pour la CGT être utilement repris dans une Fonction publique qui n'hésite pas à utiliser les contrats les plus précaires.

La période est caractérisée par de lourdes attaques et incertitudes s'agissant de la protection sociale des agents de la fonction publique, actifs aussi bien fonctionnaires que non titulaires, et retraités (régimes de retraite, protection sociale complémentaire, etc.).

Dans un tel contexte la CGT, dans un cadre unitaire le plus large possible, appelle les agents actifs et retraités à s'inscrire dans la journée de mobilisation interprofessionnelle du 5 octobre et dans celle appelée par les organisations de retraités le 1er octobre.

Liminaire CGT Protection sociale complémentaire 7 septembre 2021 (panier de soins 2/2)

- *Nous vous rappelons la lettre intersyndicale CFTC, CGT, FA, FO, FSU, Solidaires, du 16 juillet 2021, restée sans réponse écrite, qui demandait un groupe de travail sur les solidarités, la désignation explicite des retraités comme bénéficiaires de la Protection Sociale Complémentaire, un Conseil Commun de la Fonction Publique sur l'état d'avancement des processus de discussions/négociations au sujet de la Protection Sociale Complémentaire dans les trois versants de la Fonction publique, conformément au contenu de l'accord de méthode signé par les organisations syndicales.*

Vous nous proposez de nous positionner sur un système base plus options dans la Fonction publique de l'Etat. Nous ne le ferons pas car nous avons un problème plus général d'architecture du système dans la FPE.

Un tel accord interministériel dans la FPE, avec un socle interministériel et des options prédéterminées et de niveau supérieur pour les ministères, entraîne-t-il un régime à adhésion obligatoire dans toute la FPE ? Et dans ce cadre, une absence d'accord ministériel entraîne-t-elle la possibilité pour l'employeur de choisir unilatéralement l'opérateur ministériel ou d'établissement du régime à adhésion obligatoire ?

Dans un tel cas, cette proposition aurait pour conséquence de créer dans l'Etat une situation très proche de celle du privé, où l'employeur a l'obligation d'établir un régime complémentaire en santé-et de choisir l'opérateur du contrat collectif à adhésion obligatoire même sans accord majoritaire.

Pour la CGT une telle situation contrevient à l'ordonnance et est une tentative de la contourner.

L'ordonnance lie clairement accord majoritaire et adhésion obligatoire possible, et n'exclut pas un autre choix que simplement dupliquer le système du privé. Cette négociation ne peut pas, pour la CGT, aboutir à une situation où, sans accord majoritaire, l'employeur ministériel ou d'établissement public pourrait choisir unilatéralement l'opérateur auquel l'adhésion serait imposée à ses agents publics, sauf à ne plus respecter l'esprit et la lettre de l'ordonnance.

D'autres obstacles rendent pour la CGT très problématique la duplication dans la Fonction publique de la procédure des contrats collectifs à adhésion obligatoire du privé.

- *En dehors de quelques établissements disposant de ressources propres, de quelle autonomie disposeront les employeurs de l'Etat en dehors des crédits inscrits au PLF ? Quel intérêt d'avoir des niveaux différents de garanties optionnels pour un niveau de crédits prédéterminé à l'avance de façon homogène dans tout l'Etat ? La CGT rappelle que le financement à 50 % est un minimum et que l'Etat employeur, ministères et établissements publics, ont la possibilité de financer les systèmes de protection sociale complémentaire à des niveaux plus conséquents. La CGT revendique toujours un couplage des prestations santé et prévoyance, et l'ordonnance autorise la possibilité d'un financement de la prévoyance.*
- *Tout nous laisse penser, y compris les niveaux évoqués de financement (30 euros par agent pour des contrats mensuels de 60), qu'un système avec un socle interministériel minimum au niveau de l'ANI du privé créerait artificiellement un besoin d'accord avec adhésion obligatoire pour avoir des garanties correctes. En l'absence de marges budgétaires réelles des employeurs publics dans l'Etat, un socle interministériel de niveau supérieur couvrirait mieux plus d'agents.*
- *L'indispensable pilotage paritaire des contrats collectifs, reconnaissant aux syndicats une pleine capacité à co-piloter un système de protection sociale, sans mise sous tutelle, ne fait pas partie de la culture de la Fonction publique, d'autant plus que par construction les accords dans la Fonction publique n'ont pas de valeur légale. Pourquoi, sans réel paritarisme, donner à l'Etat le contrôle qu'il n'avait pas de la protection sociale complémentaire, et en contrepartie de quoi ?*

- Dans le privé le choix de l'opérateur par l'employeur est la règle légale. Qu'en sera-t-il dans l'Etat, alors que rien ne nous garantit qu'un gouvernement ne poursuivrait pas dans la structuration du marché de l'assurance de personnes des objectifs n'ayant rien à voir avec la santé des agents publics.
- Il y a aujourd'hui une protection sociale complémentaire en santé réellement existante, assurant une solidarité en particulier entre actifs et retraités, quasi intégralement financée par les agents publics. Sans amélioration significative du niveau des garanties, quel intérêt avons-nous à donner la possibilité à l'employeur Etat de détruire le système réellement existant ? Qu'y gagnerions-nous ?
- Si nous introduisons une logique de marché « assurable » en situation de contrainte budgétaire forte, ce seront les dispositifs de solidarité qui constitueront les seules marges de manœuvre pour des opérateurs dont certains seront à but lucratif, et en concurrence avec des opérateurs à but non lucratif.
- Comment gèrerait-on les différences de population couverte entre employeurs aussi bien en termes de moyenne d'âge (un an de plus égal 2% de dépenses supplémentaires) qu'en termes de nombre de retraités par ministère (un retraité c'est 50% de dépenses en plus qu'un actif). Les employeurs publics malchanceux vont-ils donner de moindres garanties, on prévoira-t-on un système de compensation, on laissera-t-on tomber les retraités comme dans le privé ?

La CGT n'a pas exclu par nature un système de contrat collectif possible dans la Fonction publique. Mais autant les contrats collectifs ont une logique et une efficacité dans le privé, autant la duplication pure et simple de ce système dans le public nous paraît non transposable telle quelle dans l'Etat.

Pour la CGT si l'objet est de construire une protection sociale complémentaire en santé adaptée à la Fonction publique de l'Etat, elle ne peut se construire qu'autour d'un socle interministériel du niveau le plus élevé possible, et c'est d'abord ce socle, correspondant aux besoins, améliorant la couverture des agents et financé au minimum à 50%, que nous devons construire. C'est sur ce socle que des accords ministériels pourraient être négociés.

La CGT n'imagine pas qu'en cas d'accord majoritaire, l'employeur désigne seul l'opérateur, comme l'employeur privé en a le droit.

De plus nous n'abordons jamais ce qui se passerait en l'absence d'accord majoritaire, alors qu'il est certain que des employeurs n'auront pas d'accords majoritaires, et que c'est une situation structurante pour le panier de soin.

A l'évidence la discussion sur le panier de soins n'aboutira pas aujourd'hui, et n'aboutira pas tant que d'autres aspects n'auront pas été abordés et clarifiés comme les solidarités ou le cadre légal du paritarisme de pilotage des contrats collectifs, le niveau de financement correspondant à une couverture correcte et solidaire, etc.

D'ailleurs sommes-nous déjà dans le dur d'une négociation ? Devons-nous nous positionner déjà sur une proposition en bonne et due forme du ministère ? Ou avons-nous encore besoin, ce que nous croyons, de clarifier ce dont nous parlons dans une approche plus globale et moins séquencée ?



Liminaire CGT réunion

négociation PSC du 23 juillet 2021

sur le panier de soins

La CGT attend une réponse formelle à la demande intersyndicale et à ses demandes, celle d'un groupe de travail technique sur les solidarités en amont de la réunion du 21 septembre, l'inscription explicite des retraités comme bénéficiaires du nouveau régime complémentaire, un débat en CCFP en septembre pour redonner une cohérence globale à la négociation et l'engagement que les discussions puissent se poursuivre après l'échéance initialement fixée.

Ces réponses sont d'autant plus nécessaires que la Fonction publique nous présente une proposition qui en apparence transcrit le dispositif du privé, mais qui en réalité ne correspond pas à la situation de la fonction publique d'Etat.

Le dispositif du secteur privé a ses limites mais aussi sa logique. Les employeurs n'assurant pas le minimum « ANI » à leurs salariés encourent un fort risque juridique et financier. Les accords de branche peuvent aller au-delà du minimum ANI, et les accords d'entreprise au-delà de l'accord de branche.

Dans la Fonction publique, il n'est pas imaginable qu'aucun décret n'étende purement et simplement le minimum ANI à l'ensemble des employeurs publics, puisque c'est la norme minimale du monde du travail. Que le décret étende aux agents publics cette obligation minimum par référence aux textes qui la constitue (le code de la sécurité sociale) ne nous pose pas problème. En revanche que le décret en reste à ce minimum poserait fortement problème car le panier ANI assure une couverture très insuffisante.

Le contexte de concurrence entre les entreprises et l'enjeu d'attractivité, qui renforcent le pouvoir de négociation des salariés du privé, est très réduit au sein de la Fonction publique. C'est bien plutôt entre un bloc privé et un bloc public que les comparaisons se font.

De plus l'autonomie financière entre ministères, et donc les marges de manœuvre pour des accords significativement meilleurs que celui du ministère voisin, est aussi réduite. Chacun sait que c'est la détermination a priori par le Budget de la masse salariale qui commande les marges de manœuvre des employeurs publics. Seuls quelques établissements publics ayant des ressources propres peuvent partiellement sortir de ce schéma.

Dans la Fonction publique d'Etat, le pouvoir de négociation des syndicats pour le panier de soins en PSC est au niveau interministériel. Dans la logique des accords de branche, le décret qui serait pris pour l'Etat par suite d'un accord majoritaire devrait comporter les garanties minimales « ANI » du privé plus des garanties propres à la FPE les améliorant. Et rien n'empêchera les accords ministériels de les améliorer encore.

On a le sentiment à la lecture du document présenté par la Fonction publique que la logique est celle d'un premier niveau au minimum « ANI », pour une situation d'absence d'accord collectif obligatoire au niveau ministériel ou d'établissement public, et celle de 3 options possibles pour les accords collectifs obligatoires majoritaires.

Un accord majoritaire pour la FPE est comme un accord de branche dans le privé, avec une vocation à aller au-delà du minimum ANI. Les complémentaires collectives obligatoires sont réservées dans la Fonction publique aux accords majoritaires ministériels ou d'établissement publics. L'accord FPE prévoira donc les situations de contrats collectifs obligatoires ou individuelles, et le panier de soins FPE s'étendra aux deux types de contrat. Il nous paraît impossible de limiter au minimum « ANI » les contrats à adhésion individuelles.

Concernant le système d'options et sa limite à 3, nous ne comprenons pas en l'état actuel des choses de quoi on parle. S'agit-il d'une logique d'établissement d'un « maximum » inscrit dans le marbre du décret et non pas renvoyé à la négociation collective, pour rendre prévisibles et contenir les coûts a priori dans une logique budgétaire ?

Enfin les chiffrages fournis dans l'étude d'Actense sont très intéressants, puisqu'ils permettent déjà de vérifier que les 15€ mensuels du décret 2022-2023 représentent 50% du minimum « ANI », qui ne peut donc être le minimum interministériel pérenne. Ces chiffrages posent aussi la question de savoir à partir de quelle population de bénéficiaires ils ont été construits, sur la population générale des actifs ? sur les fonctionnaires et agents publics, avec les ayants-droits ? seulement sur les actifs ou en y incluant les retraités ?

En particulier, l'inclusion d'emblée des retraités, sur laquelle insiste elle aussi et à juste raison la mutualité Fonction publique dans une expression récente, est susceptible de changer beaucoup les choses.

D'une part, un panier de soins commun aux actifs et aux retraités est différent d'un panier de soins pour les actifs, comme le relève la Cour des comptes dans son rapport de juin 2021 sur la PSC en santé. D'autre part dans un contrat collectif obligatoire incluant les retraités, le compartiment retraités est déficitaire et compensé par le compartiment actif (pour la MGEN les prestations couvrent 80% cotisations pour les actifs et 130% pour les retraités). La perspective évoquée par la Fonction publique est par exemple celle d'un tarif moyen du retraité inférieur au tarif moyen des actifs, ce qui n'est pas la règle dans le privé avec la loi Evin. Pour rappel les retraités du privé peuvent bénéficier des mêmes garanties que le contrat collectif et l'opérateur ne peut augmenter le tarif retraité sans limitation qu'à partir de la 4^{ème} année de retraite (100% la 1^{ère} année, 125% la 2^{ème} et 150% la 3^{ème} année). C'est sur cette tarification que sont bâtis les contrats collectifs du privé. La situation du privé n'est pas satisfaisante et le reste à charge et le coût des contrats pour les retraités sont très élevés (rapport cour des comptes juin 2021).

Avec 2 millions de retraités dans la FPE pour deux millions d'actifs, et avec la plupart des ministères ayant plus de retraités que d'actifs, en dehors de l'Education Nationale et de la Recherche et de l'Enseignement supérieur, et avec des retraités bénéficiant du minimum établi par le décret interministériel, quels sont les chiffrages pour quel niveau de garanties pour avoir un équilibre financier ?

Si on veut véritablement intégrer les retraités de la Fonction publique comme bénéficiaire des contrats complémentaires, il nous semblait plus opérationnel d'avoir une participation directe de l'Etat à la cotisation de ses retraités, ce qui annule les effets sur la cotisation des actifs du plus ou moins grand nombre de retraités par ministère. L'exclusion de cette solution par l'ordonnance nous contraint à en mesurer toutes les conséquences. En particulier une reprise pure et simple du système du privé mettrait en place une logique d'intérêts divergents entre actifs et retraités sur le niveau des cotisations.

Ce que ces réflexions mettent en lumière, c'est que la négociation est globale, que l'accord sera global, et que le niveau du panier de soins interministériel ne peut qu'être lié aux régimes de solidarité et à l'étendue des garanties en cas d'absence de contrat collectif obligatoire. Dans le privé l'employeur peut imposer unilatéralement un contrat collectif obligatoire, pas dans le public.

Nous avons le sentiment qu'on nous demande d'accompagner un dispositif destiné à favoriser le développement de l'assurance lucrative. L'assurance lucrative s'implante par une stratégie optionnelle, dont rien ne nous garantit qu'elle ne soit pas un faux semblant dans la Fonction publique. L'enveloppe budgétaire est déjà annoncée, 400 millions en 2022 et 2023 et 800 millions ensuite. L'assurance lucrative cherche toujours à rogner les dispositifs solidaires, qui sont des facteurs de coûts supplémentaires. Nous sommes pour notre part dans une logique de sécurité sociale complémentaire et solidaire par nature.

La CGT a prouvé qu'elle savait accompagner une négociation jusqu'à sa conclusion, et elle y est tout à fait prête pour la PSC. En revanche, s'il s'agit de faire le lit de l'assurance lucrative en saucissonnant les questions, en imposant une architecture des paniers de soins qui exclut une démarche plus solidaire, qui exclut toute garantie réellement consistante en dehors d'un contrat collectif obligatoire, la négociation sera difficile avec la CGT.

C'est aussi pourquoi nous demandons avec d'autres qu'on aborde dans un groupe de travail technique la question des solidarités et que la logique globale de la négociation soit délibérée en CCFP.

Sur la méthode de négociation nous demandons que les propositions de la Fonction publique soient clarifiées. Si nous voulons tout négocier en un trimestre, cela doit être sur une base plus claire, d'une partie de projet d'accord ou d'un contenu précis de décret, et avec des chiffrages pertinents incluant les projections sur le reste à charge pour les agents par types de soins dans une proposition de panier de soins socle dans le cadre de l'accord interministériel. Nous sommes prêts à travailler en amendements et propositions. A ce titre nous ne considérons pas que le document présenté le 23 juin fasse partie du pot commun faisant consensus, ni sur les bénéficiaires ni sur les ayant-droits, et nous ne l'avons pas compris ainsi d'où notre absence d'amendements.