



Note d'analyse de l'UFSE-CGT à destination des syndicats de la Fonction publique de l'Etat sur les conséquences de l'accord santé/prévoyance des ministères de l'Education nationale, de l'Enseignement supérieur et des Sports de février 2024 sur les négociations ministérielles en santé et en prévoyance

Pour l'ensemble des ministères pour lesquels la négociation ministérielle en santé est toujours en cours ou pour lesquels l'accord ou la concertation concernant la prévoyance n'est pas achevé (presque tous), le contenu précis de l'accord ministériel de l'EN-MESR, qui sera signé par tous les syndicats sauf FO en février, peut représenter un appui dans la négociation.

Cet accord concerne 1,3 millions d'actifs, soit 60% des agents civils de l'Etat, et le ministère de la Fonction publique a arbitré favorablement l'ensemble des dispositions de l'accord. Il n'y a donc aucune raison qu'un des autres ministères refuse d'accepter d'intégrer à son propre accord les points les plus positifs de l'accord EN-MESR-Sports.

Le point le plus important est l'intégration de la prévoyance dans l'accord en santé, de façon précise et proche des propositions de la CGT. Les points cités dans cette note sont mieux-disants que l'accord interministériel Fonction publique.

Concernant la santé (dans l'ordre des articles de l'accord et sans hiérarchisation des points)

Article 2 : principes généraux du régime

- Dans la description des principes des mécanismes de solidarité, la génération des bénéficiaires est mise au même plan que la rémunération et la situation de famille.
- Il est clairement stipulé que le coût budgétaire supplémentaire des 50% de cotisation PSC payés par l'employeur est compensé par l'Etat pour les établissements publics et les autorités indépendantes (publiques ou administratives), dans le cadre de la subvention pour charge de service public. Il n'est donc pas à la charge des établissements publics sur leur budget propre.

Article 9 : les agents en poste à l'étranger couverts par l'accord ont les mêmes garanties que les agents du ministère des Affaires Etrangères en poste à l'étranger (règle établie par la Fonction publique).

Article 10 : le coût budgétaire des 5 euros maximum de la garantie optionnelle payés par l'employeur est compensé par l'Etat pour les établissements publics et les autorités indépendantes (publiques ou administratives), dans le cadre de la subvention pour charge de service public.

Article 12 : concernant les prestations d'accompagnement social, trois publics particuliers sont ciblés : les bénéficiaires exposés à des frais médicaux coûteux, et les personnes en situation de handicap ou de dépendance.

Article 13 : c'est une clause de non-concurrence interdisant à l'opérateur choisi de proposer aux actifs des options à la charge de l'assuré et concurrentes à celles du régime issu de l'accord ministériel. La Fonction publique a refusé d'étendre cette clause aux retraités, leur adhésion étant facultative.

Article 19 : cotisations des ayants-droits

Pour les enfants de moins de 21 ans la cotisation aux garanties optionnelles du 2^{ème} enfant est dégressive par rapport à celle du premier : 50% de la cotisation d'équilibre pour le 1^{er} enfant et 25% pour le 2^{ème} enfant, rien pour le 3^{ème} et les suivants. C'est plus solidaire que la cotisation enfant sur le socle interministériel, qui est à 50% de la cotisation d'équilibre.

Ce montant de 50% n'est pas un maximum contrairement à l'ensemble des autres pourcentages de l'accord plafonnant les cotisations. 50% est plus élevé que le coût réel des enfants de moins de 21 ans selon plusieurs mutuelles et actuaires, ce qui est un cas d'anti-solidarité familiale, les enfants cotisant pour les adultes. La CGT et d'autres, et l'intersyndicale de la Culture, proposent de modifier l'article 5 de l'arrêté du 30 mai 2022 pour que les 50% soient définis comme un maximum, le tarif étant fixé au coût réel estimé. L'arbitrage devra être fait par le ministre de la Fonction publique, nouvellement nommé et identique à l'ancien.

Article 20 : Pour la cotisation des retraités, l'évolution du tarif en fonction de l'âge est fixée à 70 ans au lieu de 75 ans dans l'accord interministériel. De plus, il est tenu compte de l'âge des invalides partis en retraite anticipée, à partir de 25 ans. Le barème sera fixé par la commission paritaire ministérielle (CPPS), le principe étant qu'avant l'âge de la retraite de droit commun, la cotisation ne devrait pas dépasser la cotisation d'équilibre.

Article 21 : La cotisation additionnelle de solidarité vis-à-vis des retraités, prenant en charge une part de leur cotisation selon les ressources, est fixée à 3% pour les actifs qui ne cotisent que sur la moitié de la cotisation d'équilibre, et à 2% pour les retraités, qui cotisent à plus de 100% de la cotisation d'équilibre.

Article 22 : la cotisation d'accompagnement social est à 2% au lieu de 0,5%.

Concernant la prévoyance

Article 1^{er} : la perte d'autonomie est incluse dans la définition de la prévoyance, en plus des trois risques incapacité, invalidité et décès.

Article 5 : bénéficiaires en prévoyance

- La dérogation pour les établissements ayant déjà un dispositif propre de prévoyance obligatoire prend la forme de la liberté de conserver une couverture mieux-disante, puisqu'elle est obligatoire alors que la proposition de couverture complémentaire ministérielle n'est que facultative, et qu'elle est de plus haut niveau que la couverture ministérielle (*enseignement privé*).
- Pour les agents sans rémunération (disponibilité, congé parental, ...), la garantie décès est conservée, seules les garanties incapacité et invalidité sont suspendues.

Article 10 (garanties optionnelles facultatives en santé) :

Il est précisé que pour les ayants-droits et les retraités, adhérents facultatifs du régime en santé, ils pourront souscrire comme les actifs à une option facultative en prévoyance concernant les frais d'obsèques et surtout la perte d'autonomie.

L'inscription paradoxale de cette garantie prévoyance dans les articles concernant la santé permet de les ouvrir aux retraités et aux ayants-droits dans les mêmes conditions pour eux que l'adhésion aux garanties santé. L'option est à la charge exclusive de l'adhérent.

Article 15 : les garanties additionnelles en prévoyance

Elles reprennent les propositions de la CGT, qui visent à assurer un niveau de couverture correct tout en limitant les coûts pour les agents, qui les financent intégralement par une adhésion facultative.

Leur coût est plus élevé que si l'adhésion était obligatoire, ce qui mutualiserait complètement les risques. L'objectif est d'avoir une adhésion la plus large possible des agents, donc une forte mutualisation, elle-même génératrice de coûts plus comprimés.

La norme de couverture est établie par la garantie complémentaire interministérielle de 80% de la rémunération totale brute pour les 2^{ème} et 3^{ème} années de congé de longue maladie, en complément des garanties statutaires.

Les risques pour lesquels il n'y a pas de garantie interministérielle, mais pour lesquels il y a une obligation de l'employeur de proposer une garantie dans le contrat collectif en prévoyance, c'est-à-dire les 9 derniers mois de la maladie ordinaire, et les deux dernières années (4^{ème} et 5^{ème}) de congé de longue durée, sont couverts eux aussi à 80% de la rémunération brute totale, primes comprises.

La disponibilité pour raison de santé est elle aussi couverte à 80% de la rémunération totale brute. La DPRS est la situation dans laquelle sont placés les agents arrivés en fin de droits maladie. Afin d'éviter qu'ils recourent à la retraite anticipée pour invalidité il faut prévoir un maintien de revenu leur permettant d'attendre la réforme statutaire de l'invalidité courant 2026 et au plus tard au 1^{er} janvier 2027.

L'accord interministériel fonction publique permet explicitement l'adhésion des agents malades au contrat collectif en prévoyance : *« Le contrat pourra comporter des conditions particulières permettant de prendre en compte la situation des agents en arrêt de travail à la date d'effet du contrat, en application du droit commun. »* et *« L'adhésion des agents au contrat ne pourra pas être conditionnée par leur âge ou leur état de santé »*.

En cas de versement d'une rente complémentaire avant la date de mise en œuvre du nouveau contrat collectif, c'est l'opérateur précédent qui continuera à verser la rente et pas le nouvel opérateur, auquel l'agent aura adhéré. Il est donc préférable que ce soit le même opérateur (la mutuelle historique) pour la majorité des agents avant et après 2025.

Article 24 : financement de la prévoyance complémentaire

Comme pour les articles 2 et 10, il est clairement stipulé que le coût budgétaire supplémentaire des 7 euros de cotisation prévoyance, payés par l'employeur, est compensé par l'Etat pour les établissements publics et les autorités indépendantes (publiques ou administratives), dans le cadre de la subvention pour charge de service public. Il n'est donc pas à leur charge, et ils ne puisent pas sur leur budget propre.

Concernant le pilotage, les marchés et le choix de l'opérateur

Article 17 : services de l'opérateur

Pour être opérateur, il faut que l'organisme ait

- une implantation départementale
- un réseau de soins,
- une assistance,
- un service de téléconsultation.

De plus *« L'assistance comportera notamment une aide à domicile, une aide aux devoirs (en cas d'incapacité pour raison de santé), une assistance lors de voyages ou déplacements, une aide juridique, un accompagnement dans les démarches administratives et un soutien psychologique. »*

Article 25 : CPPS composition

L'accord concernant trois ministères, chaque organisation présente à un CSA ministériel aura un titulaire et deux suppléants au sein de la commission paritaire de pilotage et de suivi, soit trois titulaires pour la CGT, au lieu d'un seul ailleurs.

Article 26 : CPPS moyens de fonctionnement

Une formation est prévue chaque année sur les évolutions réglementaires, et à l'installation de la CPPS une formation complète d'au moins deux jours est prévue, ainsi qu'à l'occasion de son renouvellement suite aux élections professionnelles fonction publique.

Article 27 : comptes rendus de gestion en santé

Pour le fonctionnement de la commission paritaire de pilotage et de suivi, il est précisé que le coût des audits est à la charge de l'opérateur.

Le ratio « sinistres sur primes » sera fourni pour chaque catégorie de bénéficiaire. Cela permettra d'avoir les chiffres sur les effets de la solidarité (retraités, familles, chômeurs), sur le coût réel pour les ayants-droits, et éventuellement sur les effets d'anti-solidarité (financement des actifs par les enfants par exemple, si la cotisation « enfant » est trop élevée).

Il est envisagé qu'en cas de partage du marché entre plusieurs opérateurs, un seul soit chef de file (« apériteur »). Il faut être attentif à cette éventualité, l'administration pouvant éventuellement rechercher un partage entre opérateur lucratif (assurances) et opérateur non-lucratif (mutuelles, institutions de prévoyance).

Article 28 : comptes rendus de gestion en prévoyance : mêmes dispositions qu'en santé à l'article 27.

Article 29 : Marchés publics

Le 1^{er} marché est de 4 ans, les suivants de 6 ans.

A l'issue du premier marché, dans 4 ans, un unique marché en santé et en prévoyance sera lancé, « *dans la perspective d'un couplage des régimes* ». C'est la revendication de la CGT et de la majorité des syndicats, un opérateur unique pour une couverture santé et prévoyance obligatoire. Mais elle ne concernera pas le premier marché.

Article 30 : critères de sélection de l'opérateur

Dans la hiérarchisation des critères pour déterminer le mieux-disant, la qualité de service, de l'offre de soins et de prévention, passe avant la tarification et les frais de gestion. La participation aux bénéfices est requise ainsi que la maîtrise sur la durée de la tarification.

Article 31 : Information

La communication en direction des actifs et des retraités commencera à partir du moment où l'opérateur sera choisi. Cela allonge fortement le trop court délai d'un an pour l'adhésion des retraités à partir de la mise en œuvre du régime.

Article 33 : traitement des réserves

La participation aux bénéfices se traduira par la constitution d'une réserve du régime, qui sera intégralement transférée en cas de changement d'opérateur.

Il en sera de même pour le régime en prévoyance.

Article 34 : un comité de suivi se réunira deux fois par an, en plus de la CPPS.

Article 35 : une négociation de révision de l'accord peut s'ouvrir 18 mois avant la fin du contrat.