

T@mT@m/CFTC.FAE

Fédération CFTC des Fonctionnaires et agents de l'Etat - 2bis, quai de la Mégisserie - 75001 PARIS
Téléphone : 01 40 13 80 88 - Fax : 01 40 13 80 89
Mél. : cftcfae@free.fr - Site : <http://cftcfae.free.fr>

N ° 26 – Le 25 septembre 2007

Protection sociale complémentaire : L'Etat « persiste et signe ».

Un décret 2007-1373, paru au JO du 21 septembre 2007, organise la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire. Ce texte (voir TAM-TAM FAE N° 7 du 11 juin 2007) ne correspond pas à l'attente de la CFTC qui revendique l'instauration d'un titre santé individuel.

La position de la CFTC

L'objectif de la CFTC est que **chaque agent public puisse avoir accès à une protection sociale complémentaire**, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui, notamment pour des raisons financières.

Une aide individuelle (existante dans la fonction publique territoriale) serait donc nécessaire pour les agents et pour l'attractivité de la Fonction publique (titre santé individuel). Elle serait un moyen de s'assurer que l'argent « va bien dans les poches des agents », et d'assurer la sécurité juridique du dispositif.

Le décret ne répond pas à notre attente, car l'aide ira à des organismes intermédiaires retenus après une mise en concurrence qui devra être parfaitement transparente.

Néanmoins la CFTC prend acte avec satisfaction que la participation financière de l'employeur public, soit inscrite dans la loi de modernisation de la fonction publique et ses modalités inscrites dans le décret du 19 septembre.

Mais nous demandons que cette participation soit d'un montant suffisant et équitable (disparité entre les ministères).

Par ailleurs nous veillerons au maintien voire à l'amélioration des prestations, et au respect du principe de solidarité.

Comme l'indique BERCY, ce sujet sera à nouveau abordé dans le cadre de la conférence sur le pouvoir d'achat qui s'ouvrira en octobre. Le Président de la République a en effet souhaité, dans son discours de Nantes du 19 septembre 2007, que la protection sociale complémentaire « ne soit pas enfermée dans les statuts et puisse faire l'objet d'une négociation collective ».

Le dossier de l'aide individuelle reviendra alors sur la table.

En attendant, ministère par ministère, la mise en concurrence va être ouverte. Nous devons être vigilants et associés à la définition du cahier des charges...

La présentation du nouveau dispositif par BERCY

« **Eric Woerth**, le ministre du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, et **André Santini**, le secrétaire d'Etat à la Fonction publique, annoncent la publication d'un décret relatif à la protection sociale complémentaire des agents publics de l'Etat. Ce texte précise les nouvelles conditions dans lesquelles pourra être apporté le soutien financier de l'Etat.

1. Comment fonctionnera le nouveau régime ?

En tant qu'employeur, l'Etat accorde une grande importance à la qualité de la couverture sociale de ses agents. Il soutient financièrement les organismes qui assurent leur couverture complémentaire (prise en charge du ticket modérateur pour les consultations médicales et les médicaments, par exemple).

Désormais, **l'aide financière de l'Etat sera concentrée sur les organismes qui seront sélectionnés après un appel d'offres public** qu'organisera prochainement chaque administration. **Tous les types d'organismes pourront candidater** : mutuelles, compagnies d'assurance, institutions de prévoyance.

L'aide financière de l'Etat sera ciblée sur les contrats proposés par ces organismes qui répondent à un cahier des charges exigeant. Elle sera modulée en fonction du nombre d'agents ayant souscrit ces contrats et des transferts de solidarité. Elle donnera lieu à compte-rendu, avec l'obligation pour les organismes de tenir une comptabilité analytique.

Une convention sera passée avec chacun des organismes retenus, pour une durée de sept ans. Elle sera publique.

2. Quelles conditions devra remplir un organisme pour bénéficier de l'aide financière de l'Etat ?

Le choix se fondera notamment sur le rapport qualité-prix des offres de couverture, sur le **degré de solidarité** proposé par les organismes (entre adhérents, intergénérationnelle, familiale, en fonction de la rémunération), sur leur maîtrise financière du dispositif.

Le décret pose ainsi un socle d'exigences, incluant :

- un rapport maximal de 1 à 3 entre la cotisation la plus faible et la plus forte, ce qui implique une solidarité financière entre actifs et retraités ;
- un plafonnement des cotisations au-delà de trois enfants ;
- l'absence de questionnaire médical pour la couverture maladie ;
- des niveaux minimaux de couverture.

3. Comment cette réforme a-t-elle été préparée ?

- La réforme tire les conséquences du droit communautaire en matière de mise en concurrence. Elle a fait l'objet d'échanges nourris avec la **Commission européenne, qui a approuvé le nouveau dispositif.**

La publication de ce décret illustre l'importance que le gouvernement attache à la protection sociale complémentaire des agents publics ».

Le décret

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, du ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité et de la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports,

Vu le code des assurances, notamment son article L. 310-2 ;

Vu le code de la mutualité, notamment son article L. 211-5 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment le titre III de son livre IX ;

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, notamment son article 22 bis, ensemble la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat ;

Le Conseil d'Etat (section des finances) entendu,

Décète :

Chapitre Ier

Dispositions générales

Article 1

La participation des personnes publiques mentionnée au II de l'article 22 bis de la loi du 13 juillet 1983 susvisée bénéficie à l'ensemble des fonctionnaires et des agents de droit public de l'Etat et de ses établissements publics adhérant à des règlements ou souscrivant des contrats garantissant la mise en œuvre de dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires, agents et retraités, dans les conditions prévues par le présent décret.

Le bénéfice des dispositifs susmentionnés est réservé en outre aux agents et retraités de l'Etat et de ses établissements publics, qui souscrivent des garanties auprès des organismes prévus au dernier alinéa de l'article 3, désignés par leur employeur ou leur ancien employeur.

Article 2

Sont éligibles à la participation des employeurs publics les garanties de protection sociale complémentaire auxquelles leurs agents choisissent de souscrire et ayant pour objet les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne et les risques liés à la maternité ainsi que les risques d'incapacité de travail et tout ou partie des risques d'invalidité et liés au décès.

Ces garanties doivent respecter les caractéristiques définies aux chapitres 4 et 5 et être cohérentes avec les dispositions du statut de la fonction publique.

Article 3

Peuvent être choisis par l'employeur public, pour mettre en œuvre les garanties donnant lieu à la participation mentionnée à l'article 1er, les organismes suivants :

1° Les mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, à l'exception de celles bénéficiant, pour les opérations prévues par le présent décret, des dispositions de l'article L. 211-5 du code de la mutualité ;

2° Les institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ;

3° Les entreprises d'assurance mentionnées à l'article L. 310-2 du code des assurances.

Une fois désigné, le ou les organismes est qualifié d'organisme de référence.

Article 4

L'adhésion aux garanties de protection sociale complémentaire mentionnées à l'article 2 est facultative pour les agents et retraités.

Chapitre II

Désignation des organismes de référence

Article 5

La désignation par un ou plusieurs employeurs publics, pour une période donnée, d'un ou de plusieurs organismes de référence donne lieu à la signature de conventions avec chacun d'entre eux après l'organisation d'une mise en concurrence, respectant les obligations de transparence et de non-discrimination.

Le choix d'un ou de plusieurs opérateurs repose sur des critères objectifs et transparents.

Article 6

L'employeur public insère un avis d'appel public à la concurrence dans une publication habilitée à recevoir des annonces légales et dans une publication spécialisée correspondant au secteur des assurances ainsi que, au-delà d'un seuil et selon des modalités définies par arrêté conjoint du ministre chargé de l'économie, du ministre chargé la sécurité sociale et du ministre chargé de la fonction publique, au Journal officiel de l'Union européenne. Dans ce cas, les avis destinés aux autres publications leur sont adressés après l'envoi de l'avis à l'Office des publications officielles de l'Union européenne. Ils mentionnent la date de cet avis, et ne peuvent fournir d'autres renseignements que ceux qu'il comporte.

L'avis précise :

- 1° Si l'employeur public entend désigner un ou plusieurs organismes de référence ;
- 2° Les modalités de présentation des offres de candidature, dont le délai de réception ne peut être inférieur à quarante-cinq jours à compter de la date de publication de l'avis d'appel à la concurrence ;
- 3° Les niveaux minima de capacité demandés aux candidats et les renseignements à fournir à cet effet ;
- 4° Les caractéristiques essentielles de la convention envisagée, notamment son objet, sa nature, les personnels intéressés ;
- 5° Les critères de choix de l'employeur public.

Article 7

A leur demande, l'employeur public adresse à chacun des candidats un document définissant les caractéristiques quantitatives et qualitatives de la population en cause et des prestations à proposer.

Article 8

Chaque candidat fournit à l'employeur public, dans le délai mentionné au 2° de l'article 6, une offre comportant, pour l'ensemble de la période prévue à l'article 10, les éléments suivants :

- 1° Pour chacune des options, le tarif proposé ;
- 2° Les limites, âge par âge, au-delà desquelles ce tarif ne peut évoluer ;
- 3° Une prévision du degré effectif de solidarité et de la maîtrise financière du dispositif envisagé.

Chaque candidat s'engage également, en cas de désignation, à offrir à la population intéressée, pendant la période susmentionnée et selon les modalités prévues au présent décret, l'ensemble des options prévues dans les garanties proposées.

Article 9

Après l'examen des garanties professionnelles, financières et prudentielles présentées par les candidats, l'employeur public fonde son choix sur les critères suivants :

- 1° Le rapport entre la qualité des garanties et le tarif proposé ;
- 2° Le degré effectif de solidarité entre les adhérents ou les souscripteurs, intergénérationnelle, familiale et en fonction de la rémunération ;
- 3° La maîtrise financière du dispositif ;
- 4° Les moyens destinés à assurer une couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques ;
- 5° Tout autre critère objectif respectant l'obligation de transparence et de non-discrimination, adapté à la couverture de la population intéressée.

Article 10

La ou les conventions mentionnées à l'article 5 sont rendues publiques. Elles sont conclues par l'employeur public, pour une durée de sept ans, sous réserve des dispositions de l'article 11. Elles peuvent être prolongées pour des motifs d'intérêt général. La durée de la prolongation ne peut excéder un an.

Article 11

En cas de non-renouvellement de la convention ou si l'employeur public constate qu'un organisme ne respecte plus les dispositions du présent décret, il lui retire la qualité d'organisme de référence.

Dans un délai d'un mois à compter de la date de retrait, cet organisme doit en informer les souscripteurs ou adhérents en précisant à ces derniers que, pour l'application du 2° de l'article 16, ils perdraient, faute d'adhésion à un autre organisme de référence, le bénéfice des années de cotisations qui continueraient à lui être versées. Il permet aux souscripteurs ou adhérents de changer d'organisme de référence dans un délai de trois mois à compter de la date d'envoi de ladite information. Le nouvel organisme garantit à ces souscripteurs ou adhérents les risques nés à compter de la date de changement d'organisme de référence.

Si le seul opérateur désigné perd sa qualité d'organisme de référence, les périodes écoulées après la perte de cette qualité sont prises en compte comme une durée de cotisation, pour l'application du 2° de l'article 16, jusqu'à l'expiration d'un délai de trois mois suivant la date de désignation d'un nouvel organisme de référence.

Chapitre III

Versement de la participation aux organismes de référence

Article 12

L'employeur public détermine chaque année le montant de la participation mentionnée à l'article 1er qu'il entend verser à l'organisme ou aux organismes de référence.

La participation est attribuée à l'organisme de référence ou répartie entre les organismes de référence en fonction des transferts effectifs de solidarité, intergénérationnels et familiaux, opérés au titre des garanties proposées à la population intéressée, compte tenu du nombre d'agents affiliés ainsi que des minorations de cotisations acquittées par les souscripteurs et adhérents.

La participation attribuée à chaque organisme de référence ne peut excéder le montant des transferts de solidarité auxquels chacun d'entre eux a procédé.

Elle est directement versée aux organismes de référence.

Article 13

L'employeur public effectue le versement de la participation mentionnée à l'article 1er au vu de la liste de ceux de ses agents qui ont souscrit ou adhéré aux contrats ou règlements prévus à ce même article. Cette liste lui est adressée annuellement par le ou les organismes de référence.

Article 14

Afin de s'assurer que sa participation financière bénéficie à ses agents dans le respect des conditions définies au chapitre 4, l'employeur public vérifie que le ou les organismes de référence ont établi une comptabilité analytique permettant d'en retracer l'utilisation et produisent annuellement les pièces justificatives nécessaires.

Chapitre IV

Application du principe de solidarité aux garanties complémentaires

Article 15

Le tarif applicable aux garanties relatives aux risques d'atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité respecte les contraintes prévues aux 1° et 2° de l'article 16 et à l'article 18. Le critère mentionné au 1° de l'article 16 s'applique pour chacune des options de couverture mentionnées à l'article 22 proposées par l'organisme de référence.

Le tarif applicable aux garanties relatives aux risques incapacité, invalidité et décès respecte les contraintes prévues au 3° de l'article 16.

Article 16

Dans les conditions prévues à l'article 15, les garanties proposées doivent respecter les contraintes de solidarité tarifaire et d'affiliation suivantes :

1° Le rapport entre la cotisation ou la prime due par le souscripteur ou l'adhérent âgé de plus de trente ans acquittant le montant le plus élevé et la cotisation ou la prime due par le souscripteur ou l'adhérent âgé de plus de trente ans acquittant le montant le moins élevé ne peut être supérieur à trois, à charge de famille et catégorie statutaire identiques et pour une option de garanties comparable, compte non tenu des éventuelles pénalisations prévues au 2° ;

2° Il ne peut être prévu d'âge maximal d'adhésion. Toutefois lorsque l'adhésion est postérieure de deux ans à l'entrée dans la fonction publique, la cotisation est majorée d'un coefficient calculé selon des modalités fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la fonction publique qui tiennent compte de l'âge du bénéficiaire, de son ancienneté dans la fonction publique et de sa durée de cotisation à un dispositif solidaire bénéficiant de la participation mentionnée à l'article 1er ;

3° Pour les garanties incapacité, invalidité et décès, la tarification ne peut être établie sur la base d'un questionnaire médical que lorsque l'adhésion est postérieure de cinq ans à l'entrée dans la fonction publique. Les cotisations sont établies en fonction du traitement ou de la rémunération.

Article 17

Lorsque l'employeur public désigne plusieurs organismes de référence, il est calculé, chaque année, pour chacun des organismes de référence qui assure plus de 10 % des souscripteurs ou adhérents relevant de cet employeur une moyenne d'âge des bénéficiaires assurés dans le cadre du dispositif prévu par le présent décret.

L'organisme de référence qui affiche l'âge moyen le plus élevé, peut, par dérogation au 2° de l'article 16, déterminer un âge maximal d'adhésion, lequel ne peut être inférieur à cet âge moyen et, en tout état de cause, à quarante-cinq ans. Les agents ou retraités auxquels un refus d'adhésion est opposé pour ce motif ont droit à adhérer aux autres organismes de référence désignés par l'employeur dont ils dépendent. L'organisme de référence qui leur a refusé l'adhésion leur communique la liste des organismes en cause.

Un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la fonction publique définit les conditions d'application du présent article.

Article 18

Les tarifs des familles les plus nombreuses ne peuvent excéder ceux prévus pour les familles comprenant trois enfants.

Article 19

Le dépassement des limites tarifaires prévues à l'article 8 n'est possible, après accord de l'employeur public, que si l'organisme de référence le justifie pour l'une des raisons suivantes, à condition qu'elles revêtent un caractère significatif :

1° Aggravation de la sinistralité ;

2° Variation du niveau de la participation ;

3° Evolutions démographiques ;

4° Modification de la réglementation.

Article 20

Pour les risques d'atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, les contrats ou règlements

doivent prévoir que :

1° Les cotisations ou les primes ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé du souscripteur ou adhérent, aucune information médicale ne pouvant être recueillie à cette fin ;

2° Les garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du même code.

Article 21

Les retraités bénéficient des mêmes garanties que les agents, s'agissant des risques d'atteinte à l'intégrité physique de la personne et des risques liés à la maternité.

Chapitre V

Contenu minimal des garanties

de couverture complémentaire

Article 22

Les garanties sont exprimées soit en référence aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie, soit en référence à la rémunération des agents, soit en valeur monétaire forfaitaire.

Les garanties peuvent comporter un choix entre plusieurs options de couverture.

Article 23

La garantie relative au remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident doit assurer un montant de remboursement ou d'indemnisation qui ne peut être inférieur à un minimum fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la fonction publique.

Article 24

La garantie relative à la couverture du risque incapacité de travail doit assurer, déduction faite du maintien de la rémunération versée par l'employeur public ou des indemnités journalières de sécurité sociale, un montant correspondant au minimum à 75 % du traitement indiciaire brut, et au plus à 100 % de la rémunération nette totale.

Article 25

La garantie relative à la couverture du risque lié à l'invalidité permanente et absolue doit prévoir le versement d'un capital en cas d'invalidité d'un montant correspondant au minimum à 70 % du traitement indiciaire brut annuel.

Article 26

La garantie relative à la couverture du risque lié au décès doit prévoir le versement d'un capital en cas de décès correspondant au minimum à 70 % du traitement indiciaire brut annuel.

Chapitre VI

Dispositions finales et transitoires

Article 27

Les garanties collectives dont bénéficient certains agents publics à la date de publication du présent décret peuvent être maintenues même si les garanties en cause sont déterminées par voie de contrats à adhésion obligatoire, à condition que le choix des organismes mentionnés à l'article 3 respecte l'obligation de mise en concurrence.

Article 28

La majoration de cotisation mentionnée au 2° de l'article 16 et la condition d'ancienneté prévue au 3° de ce même article ne s'appliquent pas lorsque l'adhésion à l'organisme de référence choisi par l'employeur public intervient durant la première année de mise en œuvre d'une première convention par cet employeur.

A compter de la deuxième année de la mise en œuvre de ladite convention, si les adhérents ou souscripteurs ont opté pour un organisme de référence, ils sont présumés avoir toujours bénéficié de garanties proposées par un organisme de référence. A l'inverse, s'ils n'ont pas opté pour un organisme de référence, ils sont présumés n'avoir jamais bénéficié d'un tel dispositif.

L'employeur public informe ses agents de la première désignation d'organismes de référence en vue de leur permettre de s'assurer auprès de cet ou de ces organismes. L'information destinée aux retraités est à la charge de l'Etat.

Article 29

La ministre de l'économie, des finances et de l'emploi, le ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique et le secrétaire d'Etat chargé de la fonction publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.