

LA NOUVELLE

TRIBUNE

FGF
FOFédération Générale des Fonctionnaires FORCE OUVRIÈRE - www.fo-fonctionnaires.fr - contact@fo-fonctionnaires.fr

PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE



Protection sociale complémentaire

Christian GROLIER
Secrétaire général Fédération
Générale des Fonctionnaires



A quelques semaines de l'élection présidentielle, les différentes annonces de certains candidats et candidates ne peuvent que nous inquiéter, notamment au regard de notre protection sociale.

Les retraites bien sûr sont toujours sur le devant de la scène de nombreux candidats dont le seul objet est de réduire ce poste de dépense au regard du PIB (Produit Intérieur Brut). Recul de l'âge d'ouverture des droits (65 ans ?), augmentation de la durée de cotisations (44, 45 ans ?), tout est imaginé pour faire travailler plus longtemps, sachant que lorsque les salariés font valoir leurs droits à la retraite plus de la moitié d'entre eux est sans emploi.

Avec une espérance de vie en bonne santé, qui stagne autour de 63 ans depuis des années, on peut considérer que si ces nouvelles règles s'appliquaient, nous serions sur la retraite des morts !

Bien entendu, la FGF-FO s'opposera sans ambiguïté à ces futures contre-réformes.

Concernant la santé, et l'éventuelle Grande Sécurité évoquée par la Haut-Commissariat à l'assurance maladie (HCAM) dans son rapport du 14 janvier 2022, nous devons être vigilants sur l'articulation entre les remboursements du régime obligatoire (la sécurité sociale) et les remboursements du régime complémentaire (mutuelles, etc.) que portera le futur gouvernement.

C'est donc en 2021, dans le contexte que nous connaissons aujourd'hui, que la ministre de la Transformation et de la Fonction Publiques a lancé le chantier de la protection sociale complémentaire dans la Fonction publique. Sa volonté était, à l'instar du secteur privé, de mettre en place une participation financière de l'employeur public pour la prise en charge d'une complémentaire santé.

FO Fonction publique, donc la FGF-FO, s'est engagée sans a priori dans cette négociation et a longuement porté ses revendications dont la majorité a abouti.

Après un an de négociations, un accord a été soumis à la signature des organisations syndicales. Le Bureau fédéral de la FGF-FO s'est réuni le 21 janvier 2022 et a voté en faveur de la signature de l'accord. Toutes les autres fédérations syndicales l'ont également signé.

Cette Nouvelle Tribune a pour objet de vous le présenter.



La Sécurité Sociale en France un peu d'histoire...

Nous détaillons ici exclusivement l'évolution de l'assurance maladie et de la prévoyance en ayant choisi des dates clés qui nous paraissent fondatrices.

Si elle prend ses origines à la fin du 19^e siècle avec la première loi d'assurance sociale sur les accidents du travail, ce n'est qu'au lendemain de la deuxième guerre mondiale, en 1945, qu'elle verra véritablement le jour. Depuis, elle a connu beaucoup d'évolutions pour s'adapter à notre époque et à nos besoins.

1898

Loi du 8 avril assurant la protection contre les accidents du travail des salariés de l'industrie (modification du régime de responsabilité civile : le salarié bénéficie d'une protection générale, son dommage est réparé soit directement par l'employeur soit par des caisses permettant la mutualisation des coûts entre les employeurs)

1935

Social security act du 14 août aux Etats-Unis sous la présidence de F.D. Roosevelt. Première reconnaissance juridique du terme « Sécurité sociale ».

1944

Au mois de mars, le Conseil National de la Résistance propose dans son programme un « plan complet de Sécurité sociale visant à assurer, à tous les citoyens, des moyens d'existence dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail ».

1945

Ordonnances des 4 et 19 octobre assurant la création du système de sécurité sociale en France sur le modèle « bismarckien » (gestion par les partenaires sociaux, financement par des cotisations à la charge des employeurs et des salariés) ainsi que la refonte du système des assurances sociales des années

trente, reconnaissance du rôle complémentaire des mutuelles. Si l'ordonnance du 4 octobre crée un régime général ayant vocation à rassembler l'ensemble des actifs (salariés des secteurs privé et public, exploitants agricoles, travailleurs indépendants et secteurs spécifiques d'activité), elle reconnaît également la possibilité de maintien de certains régimes particuliers de sécurité sociale préexistants (régimes dits « spéciaux »).

1946

Le Préambule de la Constitution de la IV^e République reconnaît le droit de tous à « la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs ».

1961

Loi du 25 janvier créant le régime de l'assurance maladie-maternité-invalidité des exploitants agricoles.

1967

Quatre ordonnances réorganisent le régime général de la Sécurité sociale. Cette réforme dite Jeanneney (du nom du ministre des Affaires sociales de l'époque) assure la séparation financière des risques dans trois branches distinctes (santé, vieillesse, famille).

Cette séparation financière est consacrée, au plan institutionnel, par la création de trois caisses nationales, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS), la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF). La gestion de la trésorerie des différentes branches est confiée à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

1995

Annonce le 15 novembre du Plan Juppé qui instaure le principe d'une loi de financement de la Sécurité sociale annuelle (réforme constitutionnelle de février 1996) et mise en place des conventions d'objectifs et de gestion (Cog) entre l'Etat et chacune des branches et régimes de la Sécurité sociale.

1996

Ordonnance du 24 janvier créant la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) dont le produit est affecté à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) chargée de la gestion des déficits des régimes de sécurité sociale.

Loi du 22 février réformant la Constitution de la V^e République afin de créer une nouvelle catégorie de lois, les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS), gages de l'association de la représentation nationale à la détermination de l'équilibre financier de la Sécurité sociale.

1997

Mise en place de la carte Vitale.

1999

Loi du 27 juillet créant la Couverture maladie universelle (CMU).

2015

L'Assemblée nationale adopte le projet de loi santé instaurant la généralisation du tiers payant (dispense d'avance de frais) à tous les assurés d'ici à 2017.

2020

Loi du 7 août relative à la dette sociale et à l'autonomie créant le cinquième risque de la Sécurité sociale et en confiant la gestion à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.





L'histoire de la mutualité

Rappelons que les sociétés de secours mutuels sont nées plus d'un siècle avant la loi de 1898, issues des confréries, des corporations et du compagnonnage, à la veille de la Révolution française, soit bien avant la Sécurité Sociale de 1945.

Vers 1820, le Sou du linceul, une des premières sociétés de secours mutuel connues, vise ainsi à ce que les morts ne soient pas jetés sans suaire à la fosse commune. « Et nous, pauvres canuts, sans drap on nous enterre! » chantait-on au XIX^e siècle.

La Mutualité a connu plusieurs chocs importants depuis le 18^e siècle.

Tout d'abord juste après sa naissance car la loi Le Chapelier, de 1791, interdisait notamment les sociétés de secours mutuels.

Ensuite à la création de la Sécurité sociale, qui a été considérée à l'époque par certains comme l'acte de décès de la Mutualité. Or, là non plus, cela n'a pas eu lieu car la Sécurité sociale a eu besoin d'un allié pour la mise en place du nouveau dispositif.

Enfin, plus récemment, la réforme du Code de la Mutualité en 2001 a été une source d'inquiétude chez les mutuelles.

Dates clés

En 1791, sous la Révolution, la loi Le Chapelier interdit les associations en milieu professionnel par crainte d'une contestation de l'ordre social. Les sociétés de secours mutuels deviennent clandestines.

En 1852, le Second Empire légalise la création des sociétés de secours mutuels mais les place sous le contrôle de l'État.

En 1898, sous la III^e République, la Charte de la Mutualité émancipe les sociétés de secours mutuels de

la tutelle de l'Etat et définit les grands principes de la mutualité. Le développement mutualiste est encouragé : aucun domaine de la protection sociale n'est interdit aux sociétés de secours mutuels. Elles peuvent donc volontairement intervenir, en marge de l'État, sans pour autant être dans une logique lucrative, à l'inverse des assurances.

En 1902, la Fédération Nationale de la Mutualité Française voit le jour.

En 1945, la Sécurité sociale est créée. Le statut de la Mutualité est défini par ordonnance comme principal organisme de complémentaire santé.



Soucieux de favoriser les capacités d'innovation de la pratique mutualiste, le législateur élargit et libéralise son champ d'activité.

La mutualité Fonction publique

3 grandes périodes (source MFP)

1945-1958 :

Le temps des pionniers

Créée le 25 avril 1945, la Fédération Nationale des Mutuelles de Fonctionnaires et Agents de l'État (FNMFAE, ex MFP) regroupait 24 mutuelles de secteur public et leurs 400 000 adhérents. La même année, lors de la mise en place de la « Sécurité sociale pour tous », les fonctionnaires ont conservé un régime particulier d'assurances sociales, au sein du Régime Général, géré par les mutuelles de la fonction publique, à l'instar des caisses primaires pour les salariés de droit privé (Ordonnances du 4 et 19 octobre 1945).

- **1946** : Création du statut de la fonction publique par Maurice Thorez qui reprend les engagements, les obligations et les droits des agents au service de l'intérêt général.
- **1947** : La loi, dite Morice, reconnaît le besoin d'un régime particulier d'assurances sociales développées par les mutuelles de fonctionnaires, et confie à celles-ci la gestion des prestations d'assurance maladie de leurs adhérents.
- **1948** : Adhésion de la FNMFAE à la FNMF (Fédération Nationale de la Mutualité Française).
- **1955** : La FNMFAE est composée de 31 mutuelles qui représentent 1 million d'adhérents.

2000 à 2015 :

Le bouleversement des règles du jeu de la protection sociale complémentaire au sein des administrations.

- **2002** : Face aux distorsions de droits sociaux croissantes entre actifs du privé et du public, la MFP demande une révision des conditions de participation de l'État au financement de la protection complémentaire de ses agents.
- **2003** : Adoption de la charte des droits sociaux complémentaires signée par la MFP et cinq Organisations syndicales (OS) de la Fonction Publique (CGT, CFDT, FO, UNSA et FSU).
- **2005** : Remise en cause par la Commission eu-

ropéenne (CE) des modalités de participation de l'État français en direction des mutuelles de fonctionnaires. La CE enjoint la France de mettre un terme au système d'aide existant ou d'ouvrir le marché à tous les opérateurs complémentaires santé.

- **2006** : Abrogation de l'arrêté Chazelle de 1962 qui encadrait le versement de subventions aux mutuelles de fonctionnaires et jugé incompatible avec le principe de libre concurrence.
- **2007** : Publication de la loi de modernisation de la Fonction publique qui permet la participation de l'employeur public au financement de la protection sociale complémentaire de ses agents en contrepartie de solidarités effectives intergénérationnelles, familiales et contributives.
- **2007 à 2012** : Publication des décrets d'application de la loi dans la Fonction publique de l'État (2007), pour les militaires (2010) et la Fonction publique territoriale (2011).

2016 à 2018 :

Nouvelle ère pour la protection sociale complémentaire des agents publics : la MFP plus que jamais lanceur d'alerte

- **27 juin 2016** : Circulaire de cadrage de la procédure de référencement des organismes de protection sociale complémentaire.
- **2016 – 2018** : Seconde phase des référencements ministériels en santé et en prévoyance au sein de la Fonction publique d'Etat. Entre multi-référencement et perte de la garantie Dépendance en inclusion des contrats, les agents de l'Etat subissent de plein fouet les changements d'orientation et les nouveaux arbitrages gouvernementaux.
- **2018** : Renouvellement des premières conventions de participation, signées en 2012, dans la Fonction publique territoriale.
- **1^{er} janvier 2018** : Rétablissement officiel de la journée de carence pour tous les agents publics hospitaliers, territoriaux et Etat (promesse de campagne présidentielle d'Emmanuel Macron).
- **9 février 2018** : Lancement de la mission d'évaluation de la protection sociale complémentaire des agents publics, confiée par le Secrétaire d'Etat Olivier Dussopt aux trois inspections générales, IGF, IGA et IGAS, pour établir un bilan des garanties en santé et en prévoyance des agents dans les trois versants de la Fonction publique.



Le principe de l'accord majoritaire

A la suite de l'ordonnance négociation collective du 17 février 2021, les accords sont dorénavant soumis au principe de l'accord majoritaire. Comme l'indique l'article 8 quater. I.- « *Les accords mentionnés au I, au II et au III de l'article 8 bis sont valides s'ils sont signés par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives de fonctionnaires ayant recueilli, à la date de la signature de l'accord, au moins 50 % des suffrages exprimés en faveur des organisations habilitées à négocier lors des dernières élections professionnelles organisées au niveau auquel l'accord est négocié.* ».

L'accord sur la Protection Sociale complémentaire (PSC) n'échappe pas à cette règle. Même si cela n'est pas le déterminant essentiel lors d'une négociation et surtout lors de la décision du mandat, il faut se rappeler un point particulier à la négociation PSC.

A la différence d'autres négociations ou l'absence d'accord majoritaire entraîne la fin pure et simple d'une discussion sur un thème donné, celle sur la PSC était d'une autre nature.

Dès le départ de la ministre de la Transformation et de la Fonction publiques avait clairement indiqué son souhait d'une participation financière de l'employeur

public et ce, quel que soit le résultat de la négociation (accord ou pas).

Elle avait ainsi précisé qu'en cas d'absence d'accord majoritaire, elle appliquerait le panier de soins du code de la sécurité sociale (issu de l'Accord National Interprofessionnel ANI du privé), sans solidarité intergénérationnelle.

En résumé, cela signifiait un panier de soins à minima qui aurait obligé à une surcomplémentaire et des cotisations pour les retraités excessivement chères.

C'est dans ce cadre que la FGF-FO a négocié, pied à pied, toutes les avancées possibles en gardant à l'esprit le cahier de revendications du dernier Congrès.

Le Bureau fédéral du 21 janvier nous a donné mandat de signer cet accord. Pour rappel, celui-ci servira de base aux prochaines négociations ministérielles.

Ces négociations ministérielles bénéficieront du principe de faveur, à savoir que l'accord ministériel ne peut qu'améliorer l'accord interministériel. En cas d'absence d'accord majoritaire dans un ministère c'est l'accord interministériel qui s'appliquera de droit.



Analyse de l'accord Protection Sociale Complémentaire

Ce journal n'a pas vocation à analyser en détails la totalité de l'accord mais à mettre un focus sur des points essentiels. Ainsi, 5 points essentiels sont traités :

1. Les modalités d'adhésion et de participation
2. Le panier soins
3. La fixation de la cotisation
4. Les solidarités
5. La commission paritaire de pilotage
6. Le comité de suivi de l'accord

1 - Les modalités d'adhésion et de participation

Le mandat de Congrès concernant l'adhésion était le maintien de l'adhésion facultative.

La Ministre qui avait laissé cette porte ouverte au début de la négociation (y compris dans l'ordonnance où la souscription obligatoire était seulement une possibilité) l'a progressivement refermée à quelques jours. Rappelons que l'ordonnance indiquait « *II. - Lorsqu'un accord valide au sens du I de l'article 8 quater de la présente loi prévoit la souscription par un employeur public relevant du I du présent article d'un contrat collectif pour la couverture complémentaire de tout ou partie des risques mentionnés au premier alinéa du même I, cet accord peut prévoir la participation obligatoire de l'employeur au financement des ga-*

ranties destinées à couvrir tout ou partie des risques mentionnés au second alinéa de ce I. Il peut également prévoir la souscription obligatoire des agents à tout ou partie des garanties que le contrat collectif comporte. ».

Dans les derniers jours précédant la fin de la négociation, la Ministre, pour justifier son choix, a indiqué que le principe de l'adhésion obligatoire garantissait une plus grande capacité à exercer les solidarités mais également permettait une homologation avec les salariés du privé.

Jusqu'à la fin de la négociation, la FGF-FO a tenté d'obtenir l'adhésion facultative mais nous n'avons pas été entendus. C'est ce sujet en particulier qui a cristallisé les débats au sein du Bureau Fédéral.

Dans la Fonction publique de l'Etat, le rapport des missions d'inspection démontre que 98% des agents publics sont couverts par un organisme complémentaire mais seulement 66% sont sur un organisme référencé par leur ministère. Cela signifie qu'un tiers des agents est couvert par une autre mutuelle ou un assureur, ce qui est normal celui-ci ayant la liberté de choisir où il va adhérer.

Avec l'adhésion obligatoire, quasiment tous les agents seront tenus de prendre un des organismes sélectionnés par leur employeur dans le cadre des marchés publics.

Des dérogations à l'obligation d'adhérer resteront possibles, notamment :

- Les agents bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire prévue à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale.
- Les fonctionnaires et agents publics déjà couverts par la mutuelle professionnelle de leur conjoint
- Les agents en CDD s'ils bénéficient déjà d'une couverture individuelle
- Les agents bénéficiant du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazière (la CAMIEG) ;
- Les agents bénéficiant de dispositifs de couverture collective dans la fonction publique territoriale ou hospitalière.

Enfin, lors de la mise en œuvre des futurs contrats dans les ministères, les agents déjà adhérents à un organisme complémentaire seront dispensés d'adhérer jusqu'à la date d'échéance de leur contrat individuel dans la limite de douze mois.

Participation de l'employeur

A compter du 1^{er} janvier 2022, une phase transitoire s'ouvre. La participation employeur est forfaitaire, d'un montant de 15 euros bruts par mois (sur le bulletin de salaire) pour tous les agents qui justifient d'une adhésion à un organisme complémentaire quel qu'il soit. Et ce jusqu'à la création des nouveaux contrats.

En effet, excepté le ministère de l'Intérieur, tous les autres ministères ont référencé des opérateurs dont les contrats arriveront à échéance entre 2024 et 2026. De fait pour ces ministères référencés, il n'y aura pas de changement de contrat ni d'augmentation de la participation employeur tant que les référencements n'auront pas expirés.

Le ministère de l'Intérieur peut commencer ses négociations sans délai n'étant pas référencé.

La participation forfaitaire transitoire de 15 euros est donc soumise à cotisations sociales et fiscalisée. En revanche, quand les contrats de groupe à adhésion obligatoire seront mis en place, la participation employeur estimée à 30 euros sera défiscalisée et dé-socialisée.

2- Le panier de soins

Le panier de soins tel que défini par le Code de la sécurité sociale et correspondant à l'ANI pour le secteur privé est le suivant :

Code de la sécurité sociale article D911-1

DÉCRET n°2014-1025 du 8 septembre 2014 - art. 1

Les garanties mentionnées au II de l'article L. 911-7 comprennent :

- 1° *Sous réserve des dispositions des 3° et 4° du présent article, la prise en charge de l'intégralité de la participation des assurés prévue à l'article R. 322-1 à l'exception de celle due au titre des prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° de ce dernier article et à l'exclusion de la majoration de la participation prévue à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 et des participations forfaitaires et des franchises mentionnées aux II et III de l'article L. 322-2 ;*
- 2° *La prise en charge, sans limitation de durée, du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ;*
- 3° *La prise en charge à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie des frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale ;*
- 4° *Un forfait de prise en charge des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans la limite des frais exposés par l'assuré. Ce forfait est fixé au minimum à :*
 - a) *100 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;*
 - b) *150 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;*
 - c) *200 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.*

S'agissant des lunettes, le forfait mentionné au 4° du présent article couvre les frais d'acquisition engagés, par période de prise en charge de deux ans, pour un équipement composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

Avec un panier de soins aussi faible dont l'objectif est de diminuer au maximum le coût pour les patrons d'entreprise, de nombreux salariés sont obligés de prendre une surcomplémentaire. C'est justement pour éviter cette surcomplémentaire que FO a négocié sans relâche un panier de soin performant et le plus complet possible.

Bien entendu, comme tous les éléments de l'accord le panier de soins pourra être amélioré dans les accords ministériels y compris par le biais d'options si les syndicats et fédérations souhaitent ne pas imposer la totalité de nouveaux remboursements à l'ensemble des agents de leur ministère.

3- La fixation de la cotisation

La cotisation sont fixées sous réserves des dispositifs de solidarité et ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé.

Pour les bénéficiaires actifs, les cotisations ne sont pas fixées en fonction de leur âge. Cela est également le cas pour les bénéficiaires ayants droit, à l'exception des enfants et petits-enfants des bénéficiaires actifs et des bénéficiaires retraités et des conjoints, partenaires de pacte civil de solidarité et concubins des bénéficiaires retraités.

Les cotisations sont calculées à partir d'une cotisation d'équilibre. Cette cotisation d'équilibre correspond au coût mensuel des garanties pour un bénéficiaire actif multiplié par le nombre de bénéficiaires actifs et au coût mensuel des dispositifs de solidarité prévus pour les retraités et ayants-droits.

Le montant de la cotisation d'équilibre est réévalué chaque année.

Les cotisations des bénéficiaires actifs sont constituées de trois parts :

- 1° Une part employeur correspondant à 50% ;
- 2° Une part individuelle forfaitaire pour les bénéficiaires actifs s'élevant à 20% ;
- 3° Une part individuelle solidaire représentant pour les bénéficiaires actifs en moyenne 30%. Cette part est calculée en appliquant un coefficient à la rémunération mensuelle brute de l'agent bénéficiaire telle que définie dans les cahiers des charges, prise en compte dans la limite du plafond mensuel fixé en application de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale.

Cette décomposition des 50% de la cotisation des bénéficiaires actifs permet une part de proportionnalité et de solidarité au regard des revenus.

4- Les solidarités

La solidarité intergénérationnelle et la solidarité familiale (celle des ayants droits) étaient une de nos priorités.

Solidarité intergénérationnelle :

Pour faire une comparaison cohérente, il faut se rappeler les mécanismes de solidarité actuels fixés par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et la circulaire du 27 juin 2016 relative à la procédure de référencement des organismes de protection sociale complémentaire dans la fonction publique de l'État.

Pour le référencement 3 critères pour les retraités :

- Pas de condition d'âge pour adhérer,
- Pas de questionnaire de santé
- Des cotisations déconnectées du niveau de risque et dans le respect du rapport de 1 à 3 ;

Comme le rappelle la circulaire : *Par exemple, les adhérents ou souscripteurs les plus jeunes cotisent en moyenne au-delà du montant effectif de leurs prestations annuelles, ce qui permet de diminuer en contrepartie le niveau des cotisations acquittées par les adhérents ou souscripteurs retraités au regard du niveau de leurs prestations annuelles.*

Dans l'accord interministériel, de nouveaux et nombreux critères viennent garantir un dispositif solidaire.

Les bénéficiaires retraités ont un droit d'adhésion aux contrats collectifs, sans distinction en fonction de leur état de santé. L'absence de condition d'âge et de questionnaire de santé est donc maintenue.

La cotisation des bénéficiaires retraités évolue en fonction de l'âge. Mais au-delà de l'âge de 75 ans, le montant de la cotisation des bénéficiaires retraités n'évolue plus.

Elle est plafonnée à 175 % de la cotisation d'équilibre du contrat collectif.

De plus, un fonds d'aide à destination des bénéficiaires retraités est créé. La commission (dont nous parlerons plus loin dans la gouvernance) détermine un barème de prise en charge d'une partie des cotisations des bénéficiaires retraités en tenant compte des ressources de ces bénéficiaires. Le financement du fonds est exclusivement assuré par la collecte d'une cotisation additionnelle fixée à au moins 2 % des cotisations hors taxe acquittées par les bénéficiaires.

La transition de bénéficiaires actifs à bénéficiaires retraités.

Lors de la première année à la retraite, la cotisation reste la même.

A partir de la 2^e année, l'augmentation devient progressive et elle est plafonnée à 125 % de la cotisation d'équilibre.

Les 3^e, 4^e et 5^e années les montants des cotisations sont plafonnés à 150 % de la cotisation d'équilibre.

Solidarité familiale :

Les cotisations des bénéficiaires ayants droit, conjoints, partenaires de pacte civil de solidarité et concubins des bénéficiaires actifs, sont fixées de sorte de couvrir le recours effectif de ces bénéficiaires aux garanties prévues. La cotisation des ayants-droits ne peut pas dépasser 110% de la coti-

sation de référence des bénéficiaires actifs.

Les cotisations des bénéficiaires ayants droit, enfants de moins de 21 ans sont égales à la moitié de la cotisation d'équilibre

Les cotisations des bénéficiaires ayants droit, enfants de plus de 21 ans sont fixées de sorte de couvrir le recours effectif de ces bénéficiaires aux garanties, dans la limite de 100 % du montant de la cotisation d'équilibre.

Enfin, le montant de la cotisation correspondant à la couverture des enfants est plafonné au niveau du montant de la cotisation correspondant à deux enfants à compter de l'adhésion du troisième enfant âgé de moins de 21 ans.

5- La commission paritaire de pilotage

Ce point était primordial pour FO. En effet, dans la mesure où la Ministre voulait imposer l'adhésion obligatoire à un organisme complémentaire donc imposer aux agents de dépenser une certaine somme (50%), nous avons exigé, comme dans le secteur privé, d'être à la gouvernance du dispositif.

La Commission paritaire de pilotage est donc créée, y siègeront les syndicats représentatifs au CTM (de demain CSAM) de chaque ministère et ce, que ces syndicats aient signé ou pas l'accord ministériel. C'est donc la différence avec le comité de suivi de l'accord où siègent les seuls signataires.

Cette commission est composée paritairement de représentants de l'employeur public de l'Etat et de représentants des organisations syndicales représentatives des personnels.

Cette commission paritaire de pilotage donne un poids important aux syndicats et permet à la fois de ne pas laisser l'employeur public décider de manière unilatérale le choix des opérateurs et également de piloter le contrat en modifiant par exemple des éléments de solidarité pour les adapter à la population de chaque ministère.

La commission fixe un barème de prise en charge d'une part des cotisations des bénéficiaires retraités notamment par le fonds de solidarité et des prestations d'accompagnement social.

Elle a aussi pour objet de participer à :

- L'audit et l'évaluation des contrats collectifs, notamment la qualité de la gestion et du service rendu aux bénéficiaires des contrats ;
- L'audit et l'évaluation des évolutions tarifaires et de la mise en œuvre des solidarités, notamment les dispositifs à l'égard des bénéficiaires retraités et des ayants droit ;

- La définition des critères de sélection des candidats et des offres, leur hiérarchisation et leur pondération ;
- La définition et le pilotage les actions de prévention à conduire par les organismes complémentaires avec lesquels les contrats collectifs sont conclus ;
- L'appréciation des demandes d'évolutions tarifaires.

Pour aider la commission, celle-ci est assistée par un expert indépendant compétent en matière actuarielle. Concernant les mécanismes de solidarité, la commission les évalue pour la première fois, après 3 ans d'entrée en vigueur du premier contrat collectif et transmet un rapport au comité de suivi. Ensuite, dans ce cadre, la commission mène 2 actions :

- Lorsque le coût total de ces mécanismes représente plus de 5 % de la cotisation de référence, la commission paritaire de pilotage et de suivi évalue son coût prévisionnel sur les cinq prochaines années et informe le comité de suivi du présent accord.
- Lorsque le coût total dépasse 10 % de la cotisation de référence, la commission adapte les plafonnements et informe le comité de suivi.

De fait la situation des retraités et des ayants droits ne peut pas se modifier sans que la commission ne soit saisie et qu'elle propose des ajustements nécessaires à l'équilibre des contrats.

6- Le comité de suivi de l'accord

Composé des seules organisations syndicales signataires, ce comité de suivi est interministériel (la FGF-FO y participe) et sera également ministériel à l'issue de négociations propres à chaque ministère. Sur le plan interministériel, il a une importance particulière car il permet de suivre l'application de cet accord par les différents ministères. A cet effet, chaque ministère doit lui présenter un rapport sur la mise en œuvre de la PSC dans son secteur.

Ce comité peut également être saisi sur des demandes d'évolution de l'accord interministériel.

Enfin, il effectue des évaluations des différents niveaux de cotisation d'équilibre constatés au sein des contrats collectifs de chaque ministère. S'il constate des déséquilibres significatifs, il propose les moyens d'y remédier, y compris par voie de renégociation de l'accord interministériel. De même, Il réalise également une évaluation périodique du coût, par périmètre de contrats collectifs, des solidarités à l'égard des retraités. Là aussi, s'il constate un déséquilibre, il propose les moyens d'y remédier, y compris par voie de renégociation de l'accord interministériel.

Prévoyance - Accord de méthode

En raison du retard pris par la DGAFP au démarrage des négociations sur la santé, la Ministre a pris la décision unilatérale de séparer santé et prévoyance.

Pour FO, le couplage est indispensable.

Le 4 avril la Ministre nous a proposé de signer un accord de méthode sur la prévoyance renvoyant les négociations après les élections présidentielles et législatives.

Au-delà du contenu de l'accord, que nous estimons incomplet et imprécis, la méthode est un peu cavalière.

En effet, alors même que la Ministre refuse d'ouvrir des négociations sur le point d'indice, après avoir annoncé son dégel dans la presse au prétexte que

cela engage le Gouvernement suivant pour la revalorisation à venir, elle s'autorise pourtant à engager ce même prochain gouvernement sur la prévoyance.

La FGF-FO est très attachée au couplage santé prévoyance, sans oublier la dépendance.

Elle prendra toute sa part dans les futures négociations en privilégiant le renforcement des garanties statutaires pour couvrir les agents en maladie, invalidité etc.

Pour autant, afin de garder notre indépendance et notre neutralité à 6 jours du premier tour des élections présidentielles, et pour éviter toute instrumentalisation, fort du mandat du Bureau fédéral, nous n'avons pas été signataires de cet accord de méthode.



COMMUNIQUÉ

Protection sociale complémentaire des fonctionnaires et agents publics de la Fonction publique de l'Etat.

Pour FO, un premier pas à concrétiser!

La Fédération Générale des Fonctionnaires Force Ouvrière (FGF-FO), première organisation syndicale de la Fonction publique de l'Etat, signera « l'accord interministériel relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat ».

Les avancées obtenues lors de la négociation avec le ministère de la transformation et de la fonction publiques, dans laquelle la FGF-FO a été partie prenante et force de propositions, ont permis d'aboutir à un accord-cadre nettement supérieur aux prestations minimales prévues par le code de la Sécurité Sociale.

Avec un panier de soins de qualité, une solidarité intergénérationnelle indispensable, tous les agents de la fonction publique, actifs et retraités, fonctionnaires et contractuels pourront bénéficier d'une couverture santé complémentaire. Leur reste à charge diminuera car l'Etat employeur participera à hauteur de 50 % du coût du panier de soins. La création d'une commission paritaire de pilotage donnera un rôle essentiel aux organisations syndicales pour garantir les meilleurs droits aux agents publics.

Cet accord interministériel n'est qu'une base. Les futures négociations au sein des ministères ne pourront qu'améliorer et renforcer ainsi les besoins spécifiques à certains secteurs d'activité.

Pour autant, pour la FGF-FO, ce n'est qu'une première étape. Les négociations qui doivent s'ouvrir immédiatement sur la prévoyance devront permettre de la coupler avec la santé pour procurer une offre globale renforçant la solidarité.



Une solidarité, valeur fondamentale de la sécurité sociale que la FGF-FO continue de défendre en réclamant le retour à un financement par les cotisations et un renforcement des remboursements des dépenses de santé.

Notre signature ne saurait faire oublier l'urgence d'ouvrir des négociations salariales dans la Fonction publique.

Une augmentation immédiate de la valeur du point d'indice et l'amélioration de la grille indiciaire sont indispensables pour compenser la hausse continue du coût de la vie depuis plusieurs mois. Mieux rémunérer garantit l'attractivité de l'emploi public. Recruter et maintenir des agents de catégorie C et B au niveau du SMIC est inadmissible.

C'est pourquoi, la FGF-FO et la Confédération FO appellent les fonctionnaires et agents publics à la mobilisation, le 27 janvier prochain, pour rappeler à l'Etat employeur son devoir d'exemplarité en matière d'augmentation des salaires. Geler le point d'indice sur la totalité du quinquennat serait une première dont personne ne peut se satisfaire!

Paris, le 21 janvier 2022.

À VOUS LES CHÈQUES-VACANCES !



Nouveau

Une bonification
de **35%** pour les
- de 30 ans

Actifs ou retraités de la fonction publique de l'État, **épargnez quelques mois** et bénéficiez d'une **bonification de l'État**.

Profitez pleinement de vos **Chèques-Vacances** auprès des **208 000 professionnels du tourisme et des loisirs**.

Et avec **e-Chèque-Vacances** vous pouvez désormais régler vos prestations sur internet.



Pour toute information :

> sur le site Internet : www.fonctionpublique-chequesvacances.fr

> par téléphone : **0 806 80 20 15** Service gratuit
+ prix appel



Vous souhaitez épargner pour votre retraite ? Préfon est là pour vous.

Préfon-Retraite,
**1^{er} régime de retraite
facultatif en France**
pour les agents du service public

**FGF
FO**



3025 Service & appel
gratuits

du lundi au vendredi
de 9h à 19h

Une offre proposée par Préfon-Distribution

Préfon

La retraite et la prévoyance
de la fonction publique

www.prefon-retraite.fr

Préfon est la Caisse Nationale de Prévoyance de la Fonction Publique.
Préfon-Distribution, SAS de courtage immatriculée à l'ORIAS sous le n° 13008416. Siège social : 12 bis rue de Courcelles 75008 Paris



ADMINISTRATION
ET RÉDACTION
46, rue des Petites-Écuries
75010 PARIS
Tél. 01 44 83 65 55
E-mail :
contact@fo-fonctionnaires.fr

Dépôt légal : > Mars 2022
Représentant légal :
Christian GROLIER
Directeur de publication :
Christian GROLIER
Rédacteur en chef :
Olivier BOUIS
Imprimeur :
Vincent Imprimeries
ZI du Meneton
32, avenue Thérèse Voisin
37042 TOURS Cedex 1
Mise en page :
JTS conseils
www.jtsconseils.com

Gratuité pour les adhérents

46, rue des Petites-Écuries
75010 PARIS
CPPAP 0125 S 05458
ISSN : 0992-9819
Photos : FGF-FO

Prix : 0,15 €



SYNDICAT DE LA
PRESSE
SOCIALE

Fédération
Générale des
Fonctionnaires
FORCE OUVRIÈRE

FONCTIONNAIRES
AGENTS PUBLICS

Fédération Générale
des Fonctionnaires
FORCE OUVRIÈRE

UNION FÉDÉRALE
DES RETRAITÉS
DE LA FONCTION
PUBLIQUE
FORCE OUVRIÈRE
(UFR-FO)

46, rue des Petites Écuries
75010 Paris
Tél. 01 44 83 65 55
Fax 01 42 46 97 80
Adresse courriel :
ufr@fo-fonctionnaires.fr

Un adhérent de l'Union Fédérale
des Retraités FO (UFR-FO)
reçoit, en plus
de ces publications,
notre titre principal
« La Nouvelle Tribune ».

Bulletin à retourner à :
Union Fédérale
des Retraités
FORCE OUVRIÈRE
de la Fonction Publique
46, rue des petites-Écuries
75010 PARIS
ou par mail à
ufr@fo-fonctionnaires.fr

CONSULTATIONS JURIDIQUES EN DROIT ADMINISTRATIF

Cette prestation est constituée de deux services :

→ Un service de renseignements téléphoniques Des consultations au siège de la F.G.F.

RENSEIGNEMENTS TÉLÉPHONIQUES

Ce service de consultation par téléphone se tiendra au **01 45 23 05 57** à partir de **16 h 30 jusqu'à 18 h 30** (voir dates ci-dessous). **ATTENTION** : ce numéro de téléphone ne répond que le jour de la consultation.

Il ne pourra être examiné, dans ce cadre, que des affaires simples, ou des questions ne nécessitant pas de recherches importantes.

CONSULTATIONS AU SIÈGE DE LA F.G.F.-F.O.

Les consultations auront lieu au siège de la Fédération, aux dates ci-dessous de **16 h 30 à 18 h 30**.
Un rendez-vous doit être obligatoirement pris par téléphone : **01 44 83 65 55**

Calendrier des CONSULTATIONS JURIDIQUES : DROIT ADMINISTRATIF

RENSEIGNEMENT TÉLÉPHONIQUES
7 avril 2022
5 mai 2022
2 juin 2022
7 juillet 2022

CONSULTATIONS AU SIÈGE DE LA F.G.F.-F.O.
21 avril 2022
19 mai 2022
16 juin 2022
21 juillet 2022

Ces prestations, étant gratuites, ne sont offertes qu'aux seuls adhérents des organisations affiliées à la F.G.F.-F.O. à jour de leurs cotisations et à leur famille proche.

La carte syndicale de l'année en cours sera exigée.

Avis aux adhérents - Changement d'adresse

Merci de signaler sans délai votre changement d'adresse à la FGF-FO : 46, rue des Petites-Écuries - 75010 PARIS, pour éviter toute interruption dans la réception de la Nouvelle Tribune, à l'aide éventuellement du bulletin ci-joint.

Nom : Prénom :

Syndicat d'appartenance :

Ancienne adresse :

Nouvelle adresse :

À le 2021
(signature)

VOUS SOUHAITEZ PARTIR EN RETRAITE DANS MOINS D'UN AN,

En tant qu'adhérent(e) FORCE OUVRIÈRE et en remplissant ce bulletin, vous pouvez recevoir, pour information pendant une période maximale d'un an, nos publications syndicales destinées aux adhérents retraités.

Mme - Mlle - M. (*) - Nom et Prénom.....

Adhérent(e) au Syndicat national FORCE OUVRIÈRE (intitulé du syndicat) :

Affilié(e) à la section de : (ville ou établissement)

Fonctionnaire titulaire – Agent contractuel(elle) (*)

Date de départ en retraite (jj/mm/aa) : / / .

Affectation :

Grade :

Souhaite recevoir les publications « **Le Lien** » et « **La lettre de l'UCR-FO** » éditées respectivement par l'Union Fédérale des Retraités FO et la Confédération FO, à l'adresse suivante :

N° de rue : Rue :

Code postal : Ville : Tél :

Date et signature

(*) Rayez les mentions inutiles.