



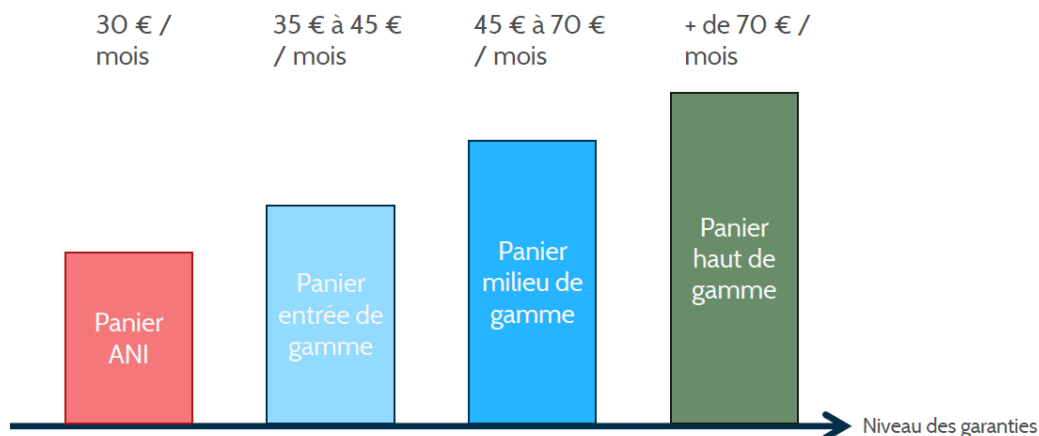
Compte-rendu de la séance de négociation avec la DGAFP du 13 octobre 2021 sur la protection sociale complémentaire dans la Fonction publique de l'Etat

Après une interruption d'un mois (depuis le 7 septembre) pour une négociation devant se terminer mi-décembre, une séance plénière de négociation s'est de nouveau réunie le 13 octobre, après un cycle de plusieurs semaines de rencontres bilatérales des syndicats avec le ministère de la Fonction publique.

Une fois de plus, au lieu de parler du « panier de soins » qui serait le socle des garanties en santé complémentaire pour tous les agents de l'Etat, le sujet posé par la Fonction publique était celui de l'architecture pour décliner un accord interministériel sur un panier de soins.

La Fonction publique a synthétisé sa proposition autour de deux configurations sur lesquelles elle a demandé aux syndicats de se positionner, logique que la CGT a d'ailleurs refusé.

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



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

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

Dans tous les autres cas, l'Etat ne financerait que le panier minimum prévu par la sécurité sociale soit 15 € par mois, l'équivalent du remboursement de 15 € qui sera attribué aux fonctionnaires le 1^{er} janvier 2022. L'Etat a anticipé dans l'étude d'impact de l'ordonnance une dépense moyenne d'environ 30 € par mois et par agent pour participer aux garanties complémentaires en santé, soit un panier de milieu de gamme mais sans solidarités.

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

Le gouvernement envisage donc la signature d'un accord sur un panier interministériel n'entraînant au niveau des ministères un financement à 50% que dans un seul des trois cas pouvant se produire à ce niveau. La CGT a déjà indiqué qu'elle ne signerait pas un accord n'entraînant pas le financement d'au moins 50% du panier interministériel dans tous les cas.

La deuxième hypothèse est celle d'un accord interministériel entraînant une adhésion obligatoire à ou aux opérateurs sélectionnés par l'employeur (mutuelle, institution de prévoyance ou assurance). Dans ce cas l'Etat rembourserait au minimum 50% de la cotisation du panier interministériel dans tous les cas.

Dans ce cas un accord majoritaire au niveau des ministères ou établissements publics pourrait définir un cahier des charges spécifique à cet employeur (prévention, action sociale, réseau de soins, critères pour le choix de l'opérateur, etc.). Sans accord majoritaire l'employeur ministériel définira seul le cahier des charges.

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

La CGT considère que c'est une erreur qui a bloqué les négociations. Pour la CGT l'essentiel est le niveau du panier de soins et le caractère solidaire de la tarification de la cotisation (solidarités familiale, indiciaire, avec les contractuels précaires, intergénérationnelle et actif-retraités).

Le gouvernement considère qu'il n'est plus possible d'élaborer un accord à la fois en santé et en prévoyance pour décembre. Il propose de découpler les deux thèmes, avec un accord en santé en décembre et en prévoyance vers mars.

Pour la CGT la signature d'un accord en santé ne pourrait être possible sans des garanties conséquentes en prévoyance (couplage obligatoire de la santé et de la prévoyance dans les contrats, engagements fermes sur l'évolution de la prévoyance statutaire, engagements sur le contenu de la négociation sur la prévoyance complémentaire).

Le gouvernement a décidé de revenir aux réunions bilatérales quelques semaines avant une nouvelle séance plénière de négociation.

La Fonction publique s'est engagée à écrire un premier jet de projet d'accord et à déposer sur la table sa proposition de panier de soins.

La CGT élabore une proposition de panier de soins interministériel afin que la négociation avance sur des propositions concrètes et la rendra publique le 19 octobre 2021.



Déclaration liminaire de la CGT, séance de négociation sur la protection sociale complémentaire pour la FPE du 13 octobre 2021

Le moment où nous sommes est celui de se mettre en situation de poursuivre utilement la négociation sur la protection sociale complémentaire dans l'Etat. La CGT réaffirme qu'elle est toujours dans une logique de négociation pour aboutir à la signature d'un accord.

Cette négociation doit être conforme à l'accord de méthode signé par toutes les organisations syndicales, avec l'objectif d'une : « *obligation de prise en charge de la protection sociale complémentaire, à hauteur d'au moins 50 % des cotisations pour un agent* » tel qu'écrit dans le préambule.

Le premier point à négocier est « *la couverture des risques santé* » (article 2). Nous en sommes encore là, à la question du panier de santé sur laquelle il nous faut avancer.

Pour « *les modalités de l'adhésion et de la souscription, conditions de l'adhésion obligatoire le cas échéant* », l'accord de méthode ne limitait pas la discussion aux conditions d'une adhésion obligatoire, l'ordonnance établissant trois possibilités, accords collectifs à adhésion obligatoire ou facultative ou adhésions individuelles. Nous demandons qu'elles soient toutes les trois envisagées pendant les négociations.

La CGT a élaboré une proposition de panier de santé interministériel, qui sera publique dans quelques jours. Nous souhaitons que le gouvernement fasse de même avec ses propositions sur le panier de santé. Nous avons besoin de savoir de quoi on parle concrètement avant que de se perdre dans les questions d'architecture, même si le document de travail transmis pour cette réunion est utile.

Nous demandons que deux réunions supplémentaires au moins soient consacrées dans ce cadre au panier de soins interministériel, et qu'on conserve des possibilités de bilatérales, pour que nous avancions dans les toutes prochaines semaines.

Nous en avons besoin pour la suite de la négociation, car pour notre part nous n'accepterons pas un panier de soins trop proche du minimum du code de la sécurité sociale (CSS). De plus nous ne signerons un accord sur un panier de soins interministériel que s'il a comme conséquence un financement à 50% au moins de ce panier, quels que soient les cas envisagés, et sans passer par la case 50% du CSS. L'objet de notre négociation est tout de même la participation financière de l'employeur.

Nous avons évidemment besoin de discuter de la solidarité de façon concomitante au panier de soins, puisque c'est la solidarité qui donne le caractère de complément à la sécurité sociale. On ne parle pas du financement partiel d'un reste à charge, on parle d'un système de sécurité sociale complété par un étage complémentaire, dont la participation de l'employeur public aide à la mise en œuvre pour tous ses agents. La solidarité doit intégrer les retraités, mais aussi les précaires et les ayants-droits. Fixer un tarif solidaire c'est aussi fixer la participation de l'employeur.

La CGT n'acceptera pas une construction se contentant de calquer la logique du privé dans le public. Nous devons avancer vers une solution plus originale et adaptée à la fonction publique et à la FPE, ce que permet explicitement l'ordonnance, sans nous enfermer dans un modèle dont nous refusons les défauts. Le paradoxe de l'adhésion obligatoire pour les contrats collectifs du privé est qu'elle a des effets anti-solidaires. Elle organise l'éviction des retraités de la mutualisation. La logique du forfait largement utilisé aggrave encore cet effet anti-solidaire.

Une pure transcription du modèle privé ne peut pas fonctionner parce que les ministères et établissements publics n'ont aucune autonomie budgétaire pour négocier un panier de santé significativement différent et plus onéreux que le voisin. Découper la FPE et les ministères en sous-ensembles « assurables » aurait comme seul effet d'étendre le domaine du marché de l'assurance de personne sans améliorer la couverture des agents.

A contrario une logique de sécurité sociale construit de la solidarité par de l'adhésion obligatoire : s'il y a un compromis à trouver dans la FPE dans l'éventualité d'une obligation d'adhésion cela ne pourrait être pour nous que dans ce cadre.

Nous proposons de partir de la seule logique acceptable par les agents dans le cadre d'une adhésion qu'elle soit obligatoire ou facultative, celle d'un panier de santé interministériel du niveau le plus élevé possible, financé à minima à 50% par l'Etat, plafonnant les cotisations des retraités et faisant participer les actifs à cette solidarité. Dans un tel cadre l'adhésion obligatoire pourrait prendre le sens d'un financement obligatoire de la solidarité (ayants-droits, retraités, contractuels précaires) par l'ensemble des agents publics.

Nous jugeons les deux propositions d'architecture d'un accord interministériel à l'aune de notre proposition. La hauteur du panier socle sera déterminante dans tous les cas.

Concernant la prévoyance, vous devez prendre un engagement à ouvrir la possibilité d'un financement de l'employeur.

Pour la prévoyance statutaire nous n'imaginons pas qu'un accord même réduit à la santé ne prenne pas un engagement d'ouverture de chantiers statutaires pour l'incapacité, l'invalidité et le décès.

Si nous avons véritablement un objectif d'amélioration de la situation des agents, une obligation de couplage entre santé et prévoyance pour la souscription des contrats nous paraît indispensable et faire partie d'un accord, quel que soit le niveau de financement de l'employeur.

Concernant les modalités d'adhésion, on ne peut se contenter d'une expertise réduite au contrat collectif à adhésion obligatoire, nous devons aussi expertiser le collectif à adhésion facultative et les contrats individuels.

Concernant le choix de l'opérateur, le HCAAM dans son projet de rapport développe une argumentation juridique permettant aux opérateurs volontaires de gérer un régime complémentaire obligatoire, de l'Etat en l'occurrence en cas d'accord sur un panier de soin interministériel.

De plus les accords de branches du privé ont des clauses de recommandation. Ce sujet n'est donc pas extérieur au dialogue social et aux accords négociés.

Enfin nous réaffirmons que le contenu et les objectifs des critères de sélection des opérateurs relèvent de la négociation et du dialogue social de façon plus générale.

Nous souhaitons que le gouvernement entre rapidement dans une phase d'écriture de ce qui finira par aboutir à un protocole.