

Cfdt:
INTERCO



Cfdt:



PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

LE CADRE REGLEMENTAIRE DE L'ACCORD PSC SANTE



L'accord du MI s'inscrit dans la cadre réglementaire suivant:

- Ordonnance du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique = modification de l'article 22 bis de la loi *le Pors* du 13 juillet 1983.
- **Décret n° 2022-633 du 22 avril 2022** 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
- **Arrêté du 30 mai 2022** 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
- **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



**UN CADRE RÉGLEMENTAIRE
ISSUS DE L'ACCORD
INTERMINISTÉRIEL ET DU
DECRET DU 22 AVRIL 2022**



LES BENEFICIAIRES ACTIFS

Les « bénéficiaires actifs »:

Qui sont-ils?

Les agents, fonctionnaires ou contractuels quels que soient leurs statuts, employés et rémunérés par le MI en activité

Y compris lorsqu'ils sont en :

- Congé parental ;
- Disponibilité pour raison de santé, congé sans rémunération pour raison de santé ou congé sans salaire pour raison de santé, de maternité ou lié aux charges parentales ;
- Congé de proche aidant, congé de présence parentale et congé de solidarité familiale ;
- Congé de formation professionnelle.

Ils sont tenus d'adhérer au contrat collectif souscrit par leur employeur



LES DISPENSES D'ADHESION OBLIGATOIRE

Peuvent se dispenser de cette adhésion obligatoire, sur demande et en fournissant les justificatifs correspondants à leur employeur public de l'Etat :

Cas de dispense	Moment de la demande	Durée de validité de la dispense
Les agents bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire prévue à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale.	A tout moment	Dispense possible que jusqu'à la date à laquelle les agents cessent de bénéficier de cette couverture
Les agents couverts par un contrat individuel pour la couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident.	<ul style="list-style-type: none"> à la date d'entrée en vigueur des premiers contrats collectifs conclus par leur employeur public de l'Etat à la date de la prise de fonctions si elle est postérieure à la date de prise d'effet des premiers contrats collectifs. 	Dispense possible jusqu'à la date d'échéance du contrat individuel dans la limite de douze mois.
Les agents bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée, s'ils bénéficient d'une couverture individuelle des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident.	A tout moment	Permanente Mais nécessairement limitée dans le temps au regard des bénéficiaires
Les agents bénéficiaires, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de l'un des dispositifs suivants : <ul style="list-style-type: none"> Couverture collective à adhésion obligatoire mise en place selon l'une des modalités prévues par l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale ; Couverture individuelle dénommée « versement santé » prévu au I de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale ; Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazière (la CAMIEG) ; Couverture collective dans la fonction publique territoriale ou hospitalière. 		Dispense possible jusqu'à ce que le salarié cesse de bénéficier de la couverture en cause

Un agent dispensé de l'obligation d'adhérer peut, à tout moment, renoncer à sa dispense et demander à adhérer au contrat. Dans ce cas, aucune majoration de cotisation ne peut lui être appliquée.



LES AUTRES BÉNÉFICIAIRES

Ont la faculté d'adhérer au contrat PSC

- Les bénéficiaires « retraités ».

Sa demande d'adhésion est formulée dans le délai d'un an suivant sa cessation d'activité.

Le bénéficiaire retraité qui, postérieurement à la liquidation d'une pension de retraite, exerce une activité rémunérée permettant d'obtenir un droit à pension perd cette qualité et la possibilité de l'acquérir à nouveau.

- Les bénéficiaires « ayants droits »:

- Conjoint marié ou PACSé ou concubin d'un bénéficiaire actif ou d'un bénéficiaire retraité ;
- Enfant ou petit-enfant d'un bénéficiaire actif ou d'un bénéficiaire retraité, ou de son conjoint et qui est :
 - a) Agé de moins de 21 ans ;
 - b) Agé de moins de 25 ans, s'il justifie de la poursuite de ses études, est en contrat d'apprentissage ou est demandeur d'emploi
 - c) Reconnu handicapé par la commission

UN CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE



Exclusion de prise en charge de la majoration du ticket modérateur :

- en l'absence de désignation d'un médecin traitant
- En cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant

Exclusion de prise en charge des dépassements d'honoraires en cas de consultation sans prescription préalable du médecin traitant et en dehors d'un protocole de soins

Exclusion de prise en charge de la participation forfaitaire et de la franchise sur les médicaments



Communication par l'organisme assureur :

- du rapport entre le montant des prestations payées et le montant des cotisations
- des frais de gestion



Prise en charge de la totalité de forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée et du ticket modérateur sur les frais d'hospitalisation



Prise en charge de l'intégralité du ticket modérateur pour les soins de ville et les consultations dentaires (1)



Plafonnement de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée



- Prise en charge intégrale des montures et verres de classe A.

- Prise en charge sous réserve des plafonds et plafonds pour les montures et verres de classe B.

1 équipement optique tous les 2 ans (2)



- Prise en charge intégrale des appareils de catégorie 1.

- Prise en charge dans la limite de 1700 € par oreille des appareils de catégorie 2.

1 équipement tous les 4 ans.



Prise en charge intégrale des soins dentaires figurant dans le panier 100 % Santé.

(2) Pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus. Renouvellement annuel pour les moins de 16 ans. Possibilité de renouvellement anticipé sous certaines conditions.



LES GARANTIES COUVERTES

Le panier de soins de base

Il a été défini par l'accord interministériel et est figé par l'arrêté du 30 mai 2022.

Il est à adhésion obligatoire pour les bénéficiaires actifs sauf dispense

Pour les « bénéficiaires actifs », la participation employeur correspondra à + ou - 50 % de la cotisation d'équilibre du régime

Les options facultatives

Elles ont été négociées avec les OS représentatives en CSA M.

Il en existe 2 .

Pour les « bénéficiaires actifs », la participation employeur correspondra à 50% de la cotisation plafonnée à 5 € par mois



LES SOLIDARITES

Solidarité « retraités » :

Plafonnement de la cotisation à hauteur de 175 % de la cotisation des actifs. Au-delà de 75 ans, la cotisation des retraités n'évolue plus en fonction de l'âge

Montée en charge progressive de la cotisation des nouveaux retraités : 100% la 1^{ère} année, 125 % la 2^{ème} année, 150 % de la 3^{ème} à la 5^{ème} année

Création d'un fonds d'aide à destination des bénéficiaires retraités pour la prise en charge d'une part de leurs cotisations

Solidarité « ayants droit » :

Adhésion à titre gratuit du 3^{ème} enfants (moins de 21 ans) et des suivants +cotisation à hauteur de 50% pour enfant de moins de 21 ans

Solidarité « anciens agents demandeurs d'emploi »

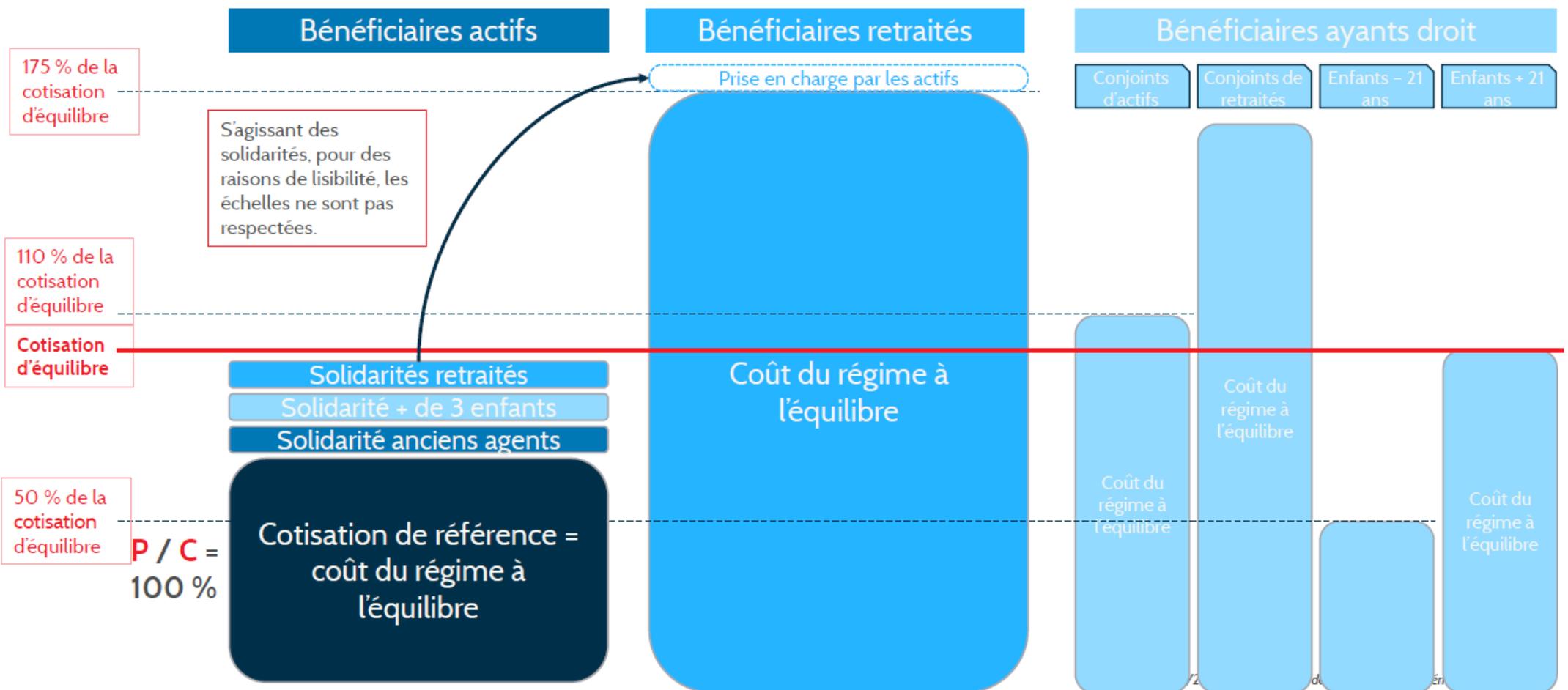
Maintien de l'adhésion à titre gratuit pour les anciens agents (et leurs ayants droit) demandeurs d'emploi indemnisés.

Durée maximale du maintien de l'adhésion : 12 mois

Création d'un fonds destiné à la mise en œuvre de prestations d'accompagnement social au profit des bénéficiaires



LES COTISATIONS





LES COTISATIONS DES ACTIFS

Cotisation d'équilibre

50 % par l'agent (en moyenne)

50 % par l'employeur



Part forfaitaire : 20 %

Part en % de la rémunération ⁽¹⁾ de l'agent : 30 %

Montant identique pour tous les actifs

Composante **solidaire** de la cotisation des actifs puisque elle s'adapte au niveau de rémunération

$$\text{Cotisation agent} = k \text{ €} + x \% * \text{rémunération}^{(1)}$$

Le taux $x \%$ sera propre à chaque ministère. Il dépendra du niveau de la cotisation d'équilibre et de la **rémunération ⁽¹⁾ moyenne des agents**.

(1) Pour le calcul de la part exprimée en % de la rémunération, celle-ci est prise en compte dans la limite de 1 fois la plafond de la sécurité sociale (3 666 € / mois en 2023).



TRAITEMENT SOCIAL ET FISCAL DES COTISATIONS

Les cotisations des actifs au régime seront prélevées sur la fiche de paie.

Les cotisations bénéficieront d'avantages sociaux et fiscaux :

- **la part de l'agent sera déduite du revenu imposable,**
- **la part de l'employeur sera exclue de l'assiette des cotisations sociales et de l'assiette des cotisations au RAFP.**
- **La part de l'employeur sera toutefois assujettie à la CSG / CRDS (9,7 %), à la charge de l'agent.**

Ce prélèvement sera réalisé sur la fiche de paie.



PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Pour les agents du MI



L'OBJET DES NEGOCIATIONS

Non négociables, figés par le décret notamment:

- Le contrat collectif obligatoire et la participation employeur de 50% sur la cotisation des agents MI,
- Les cas de dispense
- Le panier de base de l'accord interministériel

Les négociations ont portées sur:

- Les options facultatives
- Les services attendus du prestataire
- Les solidarités



CALENDRIER

L'accord du 16 mai 2024 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident des agents du ministère de l'intérieur et des outre-mer ainsi que ceux des établissements publics et d'une autorité administrative indépendante adhérant volontairement au contrat collectif est paru au JO du 7 juin 2024

Objectifs:

- Mise en œuvre au 1^{er} janvier 2025



CE QUE LA CFDT A DEFENDU DANS LES NEGOCIATIONS

- Des garanties optimales en santé adossées à une cotisation maîtrisée et équilibrée.
- Des options facultatives améliorées autour de deux offres:
 - l'option 1 visant à mettre en place des garanties améliorées par rapport aux paniers de soins tout en s'inscrivant dans le cadre d'un coût optimisé pour l'agent en raison de la participation employeur plafonnée à 5 euros.
 - L'option 2 offre une couverture plus large avec une augmentation conséquente de certaines garanties. La CFDT a notamment œuvré pour une meilleure prise en charge de frais de consultations des psychologues ou d'utilisation de médecines douces ou encore de médicaments ou éléments non pris en charge par la sécurité sociale (pilules contraceptives, lentilles, test de grossesses ...) ° ainsi que des frais dentaires et optiques et les chambres individuelles en cas d'hospitalisation.
- Des solidarités plus poussées notamment pour les enfants de + de 21 ans poursuivant des études ou porteur de handicap. Une politique volontariste d'aide en faveur des familles et des personnes porteuses de handicap
- La qualité des services attendus du prestataire qui sera retenu notamment sur l'accompagnement, l'accès au soins et l'information qui sera offerte aux agents, à leurs ayants droits et aux retraités
- L'assouplissement des cas de dispense d'adhésion
- Traiter des spécificités en lien avec la couverture des agents en poste à l'étranger et dans certains territoires d'Outre-Mer
- Un accord plus prescriptif sur les obligations du prestataire (notice information), les cas de dispense, la durée du contrat...
- Attributions plus poussées de la CCPS notamment en amont de l'attribution du marché, sur la rédaction du cahier des charges et le choix du prestataire



LA COMMISSION PARITAIRE DE PILOTAGE ET DE SUIVI DE L'ACCORD

En AMONT DU CONTRAT

Elle Définit, hiérarchise et pondère les critères de sélection de l'organisme assureur
Elle émet un avis avant l'attribution du marché

En AVAL DU CONTRAT

Elle Définit le barème de prise en charge des cotisations des bénéficiaires retraités (fonds d'aide)

- Définition des prestations d'accompagnement social
- Adaptation du plafonnement des cotisations des retraités lorsque le coût des solidarités dépasse 10 % de la cotisation de référence

Elle intervient dans le cadre du suivi du contrat (qualité de gestion), des évolutions tarifaires, de la mise en œuvre des solidarités et dans la définition et pilotage des actions de prévention

COMPOSITION

Elle est composée pour moitié de représentants des organisations syndicales représentatives et de représentants de l'employeur.

Elle doit se réunir au minimum 3 fois par an.

Elle est assistée par un expert indépendant



ET LA PREVOYANCE?

Conformément à l'accord interministériel du 20 octobre 2023, l'État va proposer à compter du 1er janvier 2025, à chaque agent, des contrats collectifs à adhésion facultative qui auront pour objet de couvrir les garanties interministérielles de prévoyance.

Négocié en parallèle de la PSC volet santé, ce contrat prévoyance fera l'objet d'un appel d'offre distinct de celui de la santé.

Le but est d'avoir des garanties plus avantageuses en prévoyance pour les agents du ministère en termes de couverture décès, invalidité, maintien de rémunération en cas de maladie....

Le MIOM participera au financement de ces contrats à hauteur de 7 euros par mois et par agent bénéficiaire .

Compte tenu du retard dans la sortie des décrets mettant en place les évolutions statutaires , la négociation est toujours en cours.