La protection sociale complémentaire dans l'enseignement supérieur

L'ordonnance du 17 février 2021 a institué l'obligation d'une participation de l'employeur public de l'État au financement de la protection sociale complémentaire en santé. L'accord interministériel signé par les organisations syndicales le 26 février 2022 prévoit qu'à l'horizon 2025, au plus tôt au 1er juillet 2025 pour notre ministère, la protection sociale complémentaire en santé ne sera plus couverte par un contrat individuel pour chaque agent, mais par un contrat collectif par champ ministériel pour tous les agents de la fonction publique. Cet accord a été complété par une partie prévoyance le 20 octobre 2023.

Nous vous proposons dans ce dossier tout d'abord de revenir sur ce changement de paradigme et sur les conséquences de cette réforme, loin du mandat du « 100 % Sécu » porté par la FSU.

Nous reviendrons ensuite sur les négociations qui ont eu lieu pour la mise en place d'un contrat commun aux trois ministères Éducation nationale, Enseignement supérieur et Recherche, et Sport, et sur les avancées que la FSU a pu obtenir.

Le régime d'assurance-santé qui va être proposé peut également être choisi par les retraités de l'ESR, cependant sans prise en charge de l'ancien employeur et avec une solidarité intergénérationnelle assez limitée.

La prise en charge par l'employeur public de la moitié de la cotisation de référence, ainsi que la base de calcul pour chacun des agents du montant de la cotisation dont il aura à s'acquitter sont détaillées dans un autre article.

Les garanties en santé de cette nouvelle assurance complémentaire santé seront identiques entre tous les contrats collectifs pris au sein de la fonction publique d'État. Ce panier de soins, qui est de bonne qualité, est analysé dans ce dossier par poste de remboursement.

Enfin, le pilotage du système étant paritaire, une commission paritaire de pilotage et de suivi est mise en place dont le fonctionnement et les enjeux sont présentés dans un dernier article. ■

Dossier coordonné par le secteur **SITUATION DES PERSONNELS**

Les effets de la réforme de la protection sociale dans la fonction publique

Si l'assurance-maladie telle qu'elle a été conçue au lendemain de la seconde guerre mondiale a permis à la France d'avoir un faible reste à charge pour les patient·es, les évolutions législatives ont entraîné une mise en concurrence avec les sociétés d'assurances et la transformation de l'assurance-santé complémentaire en un marché, induisant des inégalités importantes.

Par **HERVÉ MOREAU,** secrétaire national de la FSU

En France, depuis 1945 et la création de la Sécurité sociale, l'assurance-maladie est organisée en France en deux « étages ». Les mutuelles ont maintenu leur existence en prenant en charge le ticket modérateur non remboursé par la « Sécu » sur les biens médicaux (médicaments et équipements), les soins et les consultations. Cette construction historique en deux niveaux, la Sécurité sociale pour l'assurance-maladie obligatoire et les complémentaires – dont les mutuelles – pour l'assurance-maladie complémentaire, a permis à la France d'avoir un reste à charge final pour les patient·es des plus faibles, mais elle pose plusieurs problèmes qui justifient le mandat historiquement porté par la FSU d'un remboursement à 100 % des soins prescrits par la Sécurité sociale.

Il est aujourd'hui quasiment indispensable de souscrire à une complémentaire pour ne pas subir des restes à charge prohibitifs.

Les mutuelles ont historiquement été fondées sur des bases professionnelles ou locales et sur un principe de liberté d'adhésion. Elles ont aussi inventé une offre globale en couvrant simultanément, avec la même adhésion, les frais de santé et la prévoyance (complément de revenu lors des arrêts maladie prolongés au-delà de la durée de maintien du plein traitement).

Elles ont progressivement pris de l'importance en prenant en charge de plus en plus de frais à partir du début des années 1980, avec le recul des remboursements opérés par la Sécurité sociale, le développement des dépassements d'honoraires et l'instauration de forfaits puis de franchises.

SYSTÈME INÉGALITAIRE

Parallèlement, les évolutions législatives, imposées par l'Europe et acceptées par la mutualité, ont entraîné une mise en concurrence avec les sociétés d'assurances et la transformation de l'assurance-santé complémentaire en un marché. Il est aujourd'hui quasiment indispensable de souscrire à une complémentaire pour ne pas subir des restes à charge prohibitifs en cas de maladie, mais ce système est inégalitaire, car le niveau de couverture et de remboursement par la complémentaire santé dépend du contrat

© Scyther5 / iStock

souscrit et du montant versé en cotisations par les assuré·es. Dans les années 1960, 30 % de la population était couverte par une complémentaire – à l'époque une mutuelle –, contre 97 % aujourd'hui. Cette couverture complémentaire en santé est toutefois particulièrement inégalitaire. D'une part, une partie de la population reste à l'écart de cette couverture en raison de son coût (plus de 13 % des chômeur·ses n'ont pas de mutuelle). D'autre part, si les cotisations et la CSG augmentent (très faiblement, certes) avec le niveau de revenu, c'est peu le cas pour les cotisations versées aux complémentaires santé. Plus on est riche, moins la complémentaire pèse dans le budget. La mise en concurrence a aussi entraîné le développement de la tarification forfaitaire et à l'âge, ce qui revient à tarifer au risque dès lors que les jeunes ont en moyenne moins de dépenses de santé que les plus âgés.

Les retraité·es sont particulièrement maltraité·es par ce système qui est en définitive très éloigné du principe fondamental de la Sécurité sociale, qui veut que chacun·e cotise selon ses moyens et perçoive selon ses besoins. Dans le régime de la complémentaire, on perçoit en fonction du niveau auquel on cotise, pour des contrats plus ou moins couvrants.

Enfin, en ce début d'année 2024, les augmentations des cotisations aux mutuelles constatées révèlent bien les effets des désengagements de la « Sécu » programmés l'été dernier par le

gouvernement sur les soins dentaires. La nouvelle vague d'austérité programmée par Bruno Le Maire va très probablement déboucher sur de nouveaux désengagements de la Sécurité sociale (voir les annonces sur les affections de longue durée, mais aussi les hausses programmées de forfaits et franchises…).

Ce système à deux niveaux a été renforcé en 2016 par la généralisation du contrat obligatoire d'entreprise pour toutes et tous les salarié·es du secteur privé (institué par une loi découlant de l'accord national interprofessionnel de 2013). C'est la transposition à la fonction publique de ce régime de l'assurance complémentaire obligatoire qui est organisée par la réforme en cours, qui doit pleinement entrer en vigueur au premier juillet 2025. À cette date, les libertés d'adhésion et de choix d'une mutuelle vont disparaître, en contrepartie d'un financement de l'assurance complémentaire santé de 50 % par l'employeur public, uniquement pour les agent·es actif·ives, à l'exclusion des retraité·es.

DÉSTABILISATION DU RÉGIME MUTUALISTE

Cette réforme est imposée par une ordonnance de 2021 prise en application de la loi de transformation de la fonction publique d'août 2019. C'est bien cette ordonnance qui a déstabilisé profondément le régime qui avait été élaboré et institué par le monde mutualiste de la fonction publique. Les négociations qui ont suivi et qui ont débouché sur la signature d'accords ont permis de maintenir un niveau de couverture en santé et d'obtenir une cotisation employeur pour une couverture en prévoyance par un contrat collectif à adhésion facultative. Pour le gouvernement, cette réforme s'inscrit dans une logique de reculs de la couverture par la « Sécu ». Mais ce système inégalitaire à deux étages ne peut rester en l'état. Les pistes existent pour notre mandat. À titre d'exemple, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie a publié en 2022 un rapport sur l'articulation entre Sécurité sociale et assurance-maladie complémentaire qui propose dans un de ses scénarios de simplement basculer vers la Sécurité sociale, moyennant des ajustements, les cotisations déjà acquittées tant par les assuré·es que par les employeurs du privé. Maintenant que les employeurs publics vont aussi participer, une nouvelle ressource peut être basculée sur la « Sécu ».

Tout ne s'arrêtera pas avec celle qui est en cours, mais la mobilisation pour la protection sociale et la Sécurité sociale doit être organisée. Sans rapport de force syndical et politique, le gouvernement en place pourra continuer de saper le modèle social issu du véritable CNR, le Conseil national de la Résistance, dont on aura fêté les 80 ans le 15 mars 2024. ■

Cette réforme s'inscrit dans une logique de reculs de la couverture par la Sécurité sociale.

Les négociations sur la PSC santé et prévoyance pour l'ESR

La signature d'un accord PSC aux ministères de l'Éducation nationale et de la jeunesse, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, des Sports et des Jeux olympiques et paralympiques serait une nouvelle étape dans le processus de mise en œuvre de complémentaires en santé et en prévoyance (la partie santé étant obligatoire pour les agent·es) actuellement prévue pour la mi-2025-début 2026.

Par **ÉMILIE MOREAU,** secrétaire nationale de la FSU

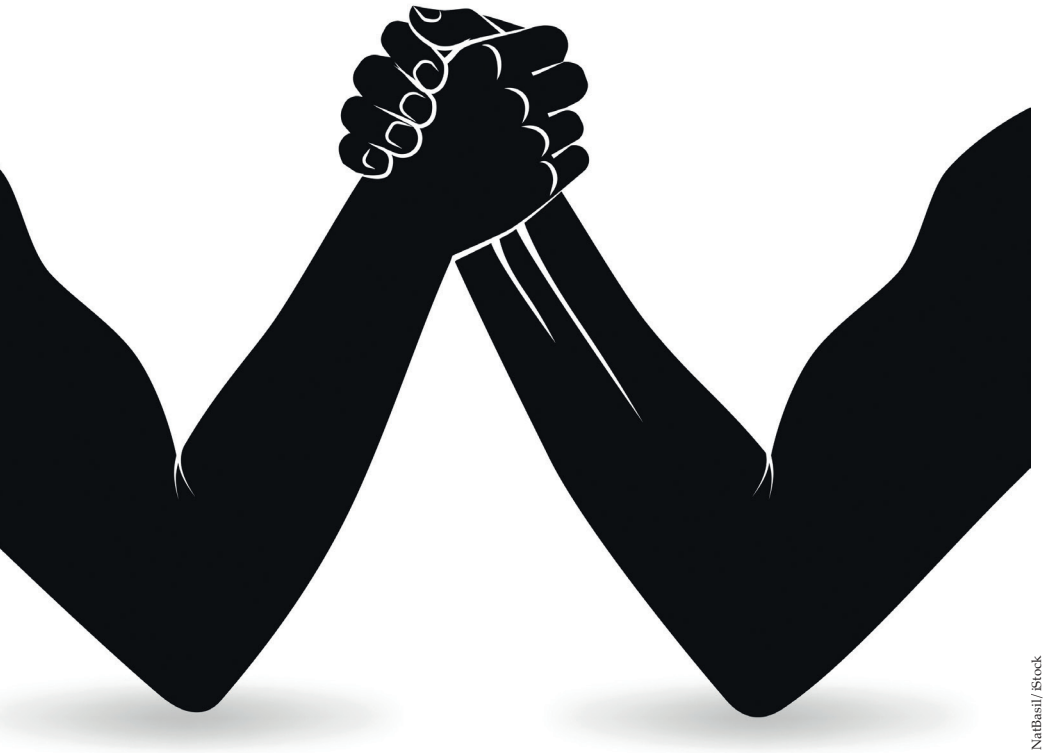
3 MINISTÈRES POUR UN ACCORD

Après la signature de l'accord interministériel santé dans la FPE, en janvier 2022, par l'ensemble des organisations syndicales, des négociations ont débuté dans les ministères. Ceux du champ de l'éducation (ESR, ENJ, SJOP) ont fait le choix de travailler sur un accord commun. Les négociations qui ont commencé en février 2023 ont donc rassemblé des représentant·es des organisations représentatives de chacun des trois ministères.

UNE NÉGOCIATION EN DEUX TEMPS

Le calendrier prévisionnel prévoyait un grand nombre de réunions de février à fin juin 2023, avec un accord définitif pour juillet. Les réunions ont eu lieu, permettant d'échanger sur tous les sujets de l'accord interministériel. Cependant, l'absence d'arbitrage quant à nos demandes et la reprise de négociations au niveau de la fonction publique pour un accord prévoyance (sur les risques incapacité, invalidité et décès) ont eu pour conséquence un report du calendrier prévisionnel et une pause estivale prolongée jusqu'à la mi-octobre. De

La FSU et ses syndicats nationaux ont pris toute leur part dans ces négociations.



© NatBasil/iStock

nouvelles réunions, jusqu'à la fin de l'année 2023, ont fait avancer petit à petit la rédaction de l'accord en santé et en prévoyance. Un texte d'accord a été présenté aux organisations syndicales début janvier 2024, puis une nouvelle version mi-mars 2024 afin de corriger certains problèmes juridiques apparus au moment de la publication au *Journal officiel*.

DES NÉGOCIATIONS CONTRAINTES

Alors que l'accord santé de la fonction publique prévoit la possibilité de négocier au niveau de chaque ministère afin de préciser et d'améliorer les dispositions dudit accord, tout en en respectant l'économie générale, dans les faits, la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) supervise chaque négociation. Ainsi, chaque modification doit obtenir l'aval de la DGAFP. Officiellement, il s'agit d'éviter trop de différences entre les ministères, et in fine entre les agent·es de la FPE. Cet argument a une réalité qu'on ne peut négliger (les phases de référencement des mutuelles ont donné à voir de grandes différences de participation entre les ministères), mais qui ne doit pas occulter les motifs financiers de la DGAFP. En effet, pour une grande part d'entre elles, les améliorations se traduiraient par une augmentation du coût de la couverture santé et donc pour les ministères…

La FSU et ses syndicats nationaux ont pris toute leur part dans ces négociations dans l'objectif d'obtenir des améliorations pour les agent·es et les retraité·es de nos ministères. Ainsi, nous avons défendu un meilleur niveau de prestations avec la définition d'options, et non du panier « socle » lui-même en raison du refus de la DGAFP. La multiplication des options étant créatrice d'inégalités, nous avons obtenu qu'il n'y ait pas plus de deux options et que la première contienne des prestations prenant en compte une des spécificités de nos ministères, la forte féminisation : augmentation du forfait de pharmacie non remboursée (les dispositifs de contraception sont peu ou pas remboursés), amélioration du remboursement des spécialistes (il est de plus en plus difficile de trouver des gynécologues sans dépassement d'honoraires) et des mammographies (la prise en charge totale commençant à 50 ans)… Elle améliore également la prise en charge de risques moins fréquents mais plus onéreux comme les chambres pour hospitalisation.

Nous avons aussi œuvré au développement des solidarités entre les agent·es, avec la hausse du taux de cotisation additionnelle pour le fonds d'accompagnement social (0,5 % à 2 %), avec un encadrement des cotisations des options, et également de la solidarité avec les retraité·es, avec la hausse du taux de cotisation additionnelle pour le fonds d'aide aux retraité·es, mais aussi en obtenant la progressivité de la cotisation pour celles et ceux qui seront à la retraite au moment de la mise en œuvre des contrats.

Concernant la partie prévoyance, nous avons dit la nécessité de couvrir les agent·es en congé de maladie ordinaire et en congé de longue durée au-delà des périodes à plein traitement (l'accord interministériel ne le prévoyant que pour le congé de longue maladie).

Parmi les autres avancées obtenues, on peut citer l'explicitation des documents que devront fournir les opérateurs (il pourra y avoir un opérateur pour la santé et un opérateur pour la prévoyance, ou un seul pour les deux) à la commission paritaire de pilotage et de suivi, dans sa mission de pilotage du système, et aussi le fait d'avoir sécurisé les budgets des établissements publics comme les universités par l'inscription de la compensation par l'État du financement de la PSC.

Dernier élément important inscrit dans l'accord : l'objectif de couplage des complémentaires santé et prévoyance en un seul contrat, comme c'est le cas aujourd'hui, au renouvellement des marchés publics (durée de six ans maximum). Le recouplage, revendiqué par la FSU, garantirait une plus grande mutualisation des risques et une meilleure couverture de l'ensemble des agent·es. ■

Le recouplage, revendiqué par la FSU, garantirait une plus grande mutualisation des risques et une meilleure couverture de l'ensemble des agent·es.

Le point de vue des retraité·es sur la réforme de la PSC

Cette réforme de la PSC imposée dans la fonction publique a pour objectif d'accélérer la casse de la Sécurité sociale au profit des assurances privées.

Par **HERVÉ LELOUREC,** secteur retraité·es

Il était une fois en France des mutuelles dont les cotisations ne dépendaient pas de l'âge, mais seulement des revenus (jusqu'en 2010). Les années 1970 et 1980 ont vu la Communauté européenne commencer à mettre en chantier le marché européen concurrentiel de l'assurance au moyen de quatre directives, avec pour résultat aujourd'hui des concentrations de mutuelles qui ressemblent de plus en plus aux sociétés privées d'assurances.

En 2016, l'accord national interprofessionnel (ANI), sous prétexte d'améliorer l'égalité d'accès aux soins, a imposé aux salariés du privé la souscription à un contrat collectif de complémentaire santé choisie par leur entreprise, avec en contrepartie une participation de l'employeur.

C'est maintenant, de façon analogue, l'accord PSC dans la fonction publique qui vient d'être imposé, avec le chantage à la signature sous peine d'avoir à la place une législation plus défavorable.

RÉFORME NUISIBLE

Les retraité·es de la FSU sont organisé·es dans les sections fédérales (SFR) et dans la Fédération générale des retraité·es de la fonction publique (FGRFP) ; au niveau de ces instances, la réforme de la PSC est considérée comme nuisible à plusieurs titres.

- Elle poursuit la marchandisation de la santé et l'affaiblissement de la Sécurité sociale.
- Elle minimise la modulation de la cotisation selon le revenu pour les actif·ves.
- Elle aggrave la chute de revenu des actif·ves au passage à la retraite, puisqu'il y a cessation de la participation de l'employeur et augmentation de la cotisation.
- Elle valide, pour les retraité·es, la modulation liée au risque puisque liée à l'âge.
- Elle consacre, malgré ses mécanismes de solidarité, la disparition progressive de la solidarité intergénérationnelle, déjà fortement mise à mal par les tarifications à l'âge actuellement pratiquées.
- Elle organise la séparation fonctionnaire actif·ve-fonctionnaire retraité·e, alors que la notion de protection sociale et le statut de fonctionnaire devraient conduire à considérer la vie entière et ne pas s'arrêter au départ à la retraite.

Collectivement, les retraité·es FSU continueront donc à militer à contre-courant de ces réformes, pour le remboursement 100 % Sécurité sociale des soins prescrits, qui est un mandat de la FSU.

CHOIX DÉLICAT

Individuellement, chaque retraité·e ou futur·e retraité·e se retrouvera devant un choix délicat : adhérer ou ne pas adhérer au contrat collectif validé par le ministère. Le délai pour se décider est de un an à partir du départ à la retraite ou à partir du premier contrat collectif entré en vigueur. Si ce délai est respecté, l'adhésion ne peut être refusée ; hors délai, l'adhésion ou la réadhésion sont impossibles.

Les actif·ves du public et du privé étant en totalité dans les contrats collectifs obligatoires, il est certain qu'il n'y aura plus aucun mécanisme de solidarité possible envers celles et ceux qui partiront pour prendre à titre individuel une adhésion à un organisme de complémentaire santé. De plus, la compétition entre assureurs pour remporter les contrats collectifs les obligera peut-être à « modérer » leurs marges sur ces contrats et donc à rechercher des profits sur les contractant·es individuel·les, plus vulnérables dans une négociation isolée. Un assureur peut exiger un questionnaire de santé, proposer des tarifs exorbitants ou même ne rien proposer du tout.

En pratique, il est donc urgent d'attendre d'y voir plus clair avant de prendre des décisions personnelles : les premiers contrats collectifs sont prévus pour juillet 2025*. ■

> ***Collectivement, les retraité·es FSU continueront à militer à contre-courant de ces réformes.***

* Cf. Solidaires-Finances publiques qui explique bien la PSC et le cas des retraité·es : sections.solidairesfinancespubliques.info/clr/files/clr/documents/publications/Livret_la_PSC_Fevrier_2024.pdf.

© Marina113/iStock

Quelle cotisation pour notre protection sociale complémentaire en santé ?

La cotisation qui sera versée par chaque agent·e sera composée de plusieurs parties, dont une qui variera en fonction du traitement brut perçu. Celle des retraité·es ne dépendra que de leur âge et de leur date de départ à la retraite.

Par **RAYMOND GRÜBER** et **PHILIPPE AUBRY,**
membres du bureau national

La cotisation à la complémentaire santé choisie au niveau ministériel sera déductible du revenu imposable.

Aujourd'hui, chaque agent·e public·que est libre de cotiser à la complémentaire santé (PSC) de son choix (mutuelle, assurance, banque…) ou de ne pas adhérer à une complémentaire santé. Dans le cas d'une adhésion, depuis le 1er janvier 2022, à sa demande, son administration lui rembourse mensuellement 15 euros.

À partir du 1er juillet 2025[1], l'adhésion à la complémentaire santé choisie au niveau ministériel devient obligatoire et la cotisation sera directement prélevée sur le traitement de l'agent·e titulaire ou contractuel·le chaque mois. Elle sera déductible du revenu imposable.

À l'heure actuelle, même si les mutuelles historiques, comme la MGEN, ont évolué dans leur pratique avec une tarification à l'âge, elles ont gardé des systèmes de solidarité entre les adhérent·es comme la cotisation proportionnelle au salaire ou un certain degré de solidarité intergénérationnelle.

© Feverpitched/iStock

Dans le cadre du nouveau régime, l'opérateur choisi sera obligé de se conformer au découpage de la cotisation prévu par le décret sur la PSC pour les agent·es de l'État. La cotisation individuelle sera calculée sur la base d'une cotisation d'équilibre moyenne dépendant du coût du régime :

Coût total du financement des garanties du panier de prestations en santé + coût des mécanismes de solidarité / nombre de bénéficiaires actif·ves

Cette cotisation d'équilibre évoluera chaque année en fonction du coût des garanties et du nombre de bénéficiaires. Contrairement à la plupart des complémentaires actuelles, la cotisation sera indépendante de l'âge, ce qui permettra une plus grande solidarité intergénérationnelle entre actif·ves.

Dans notre ministère, cette cotisation d'équilibre mensuelle sera prise en charge de la manière suivante :

- 50 % par l'employeur ;
- 20 % de part forfaitaire à la charge de l'agent·e ;
- une part variable de ± 30 % selon la rémunération de l'agent·e.

La part variable permet une solidarité entre les agent·es aux plus hauts revenus et les agent·es aux revenus les plus faibles. À cela s'ajoute la cotisation additionnelle au fonds d'aide aux retraité·es à hauteur de 3 % et au fonds d'accompagnement social à hauteur de 1,5 %.

COTISATION D'ÉQUILIBRE SOUMISE À L'INFLATION

Lors des négociations interministérielles, cette cotisation d'équilibre était estimée à 60 euros, mais compte tenu de l'inflation depuis l'accord, elle devrait s'établir aux alentours de 80 euros. Sur la base de cette estimation[2], pour un·e agent·e dont le traitement brut se situe à 2 000 euros, 40 euros seront pris en charge par l'établissement, environ 33 euros par l'agent + 1,50 euro de cotisation additionnelle, soit 34,50 euros payés par l'agent·e.

Un·e agent·e dont le traitement brut est de 2 800 euros aurait, quant à lui·elle, un reste à charge de 41 euros environ. Le reste à charge maximum concerne les agent·es dont le traitement dépasse le plafond de la Sécurité sociale, soit 3 666 euros brut, et s'élèverait à 49 euros environ.

Les retraité·es choisissant d'adhérer au régime ne bénéficient pas d'une prise en charge par l'ancien employeur. Lors de leur départ à la retraite, leur cotisation sera égale à 100 % de la cotisation d'équilibre quel que soit leur revenu. Leur cotisation augmentera progressivement pendant les cinq années suivant leur départ à la retraite, jusqu'à 175 % de la cotisation d'équilibre. Sur la base de l'estimation précédente, elle culminerait donc à 140 euros.

La cotisation des ayants droit, pour lesquels l'adhésion est facultative, est plafonnée à 110 % de la cotisation d'équilibre pour les conjoint·es, 50 % pour les enfants de moins de 21 ans et gratuite à partir du troisième enfant.

Pour les agent·es ou retraité·es qui choisissent d'opter pour une des deux options proposées dans notre ministère, le coût supplémentaire sera forfaitaire. Il devrait s'établir aux alentours de 12 euros pour l'option de niveau 1 et de 25 euros pour l'option de niveau 2, dont 5 euros seront pris en charge par l'employeur pour les actif·ves. ■

1. La date est susceptible d'être repoussée en cas de difficulté pour la mise en place du régime.
2. Qui ne présume en rien du coût réel du régime en 2025 !

Un panier de soins de qualité pour le panier santé interministériel

Même si le ministère de la fonction publique a refusé que le panier de soins soit adapté au niveau de chaque ministère, le panier de soins interministériel reste de bonne qualité.

Par le secteur **SITUATION DES PERSONNELS**

Le panier de soins, c'est-à-dire les différents remboursements et prises en charge effectués par la complémentaire santé, a été fixé par l'accord interministériel et est disponible en annexe 2 de celui-ci*. Il s'agit d'un panier de prestations en santé de bon niveau, comparable au panier de l'offre Référence de la MGEN ou des offres référencées, mais avec de meilleurs remboursements pour certains postes, notamment en optique ou en dentaire. Ce panier de soins, négocié par l'ensemble des organisations syndicales, permet de réduire le risque d'avoir besoin de recourir à une surcomplémentaire. Il est également à noter qu'il n'y a pas de délai de carence pour la mise en œuvre des prestations.

Les garanties sont identiques pour l'ensemble des bénéficiaires et il n'existe pas plusieurs niveaux de souscription. Il est toutefois possible de souscrire à une des deux options pour obtenir de meilleurs remboursements dans certains postes. La FSU est opposée au principe même de ces options car génératrices d'inégalités et d'une moins grande solidarité entre les adhérent·es. Cependant, cela peut répondre à des situations particulières, et la FSU a obtenu que ces options soient limitées à seulement deux options, avec une option de base et une option couvrant un maximum de remboursements supplémentaires.

SOINS MÉDICAUX, ANALYSES ET MÉDICAMENTS

Dans le détail, le remboursement des honoraires médicaux dépend de l'appartenance ou non du médecin au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM), par lequel le médecin s'engage à limiter les dépassements d'honoraires. Les remboursements s'expriment en fonction de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale. Pour un médecin généraliste, le remboursement est de 100 % de la BR comme pour le contrat Référence de la MGEN. Pour un médecin spécialiste et pour les actes techniques médicaux, le remboursement est de 150 % de la BR pour un praticien DPTAM, 130 % de la BR pour un non-DPTAM, soit une prise en charge de respectivement 50 % et 30 % du dépassement d'honoraires, soit mieux que le contrat Référence de la MGEN, qui ne remboursait que 100% de la BR. Les actes d'imagerie médicale sont, quant à eux, pris en charge à hauteur de 130 % – 100 % par le contrat interministériel.

En ce qui concerne les honoraires paramédicaux (infirmier, orthophoniste…), le remboursement est de 100 % de la BR, et de 130 % de la BR pour les kinésithérapeutes. Les analyses, les examens de laboratoire et les médicaments sont également pris en charge à 100 % de la BR, comme dans la plupart des contrats. Une amélioration est toutefois à noter pour la pharmacie prescrite mais non remboursée par la Sécurité sociale (homéopathie…), qui est remboursée à hauteur de 70 euros par an, ce qui n'est pas remboursé à l'heure actuelle dans les offres référencées.

Le matériel médical, comme les accessoires et pansements, les semelles orthopédiques ou les prothèses, est remboursé à hauteur de 200 % de la BR. Enfin, les taxis conventionnés et les ambulances sont remboursés à hauteur de 100 % de la BR.

HOSPITALISATION, DENTAIRE ET OPTIQUE

Au niveau des remboursements en cas d'hospitalisation, les remboursements sont également ceux d'un contrat de bon niveau, avec un remboursement des chambres particulières entre 40 et 50 euros suivant le type de chambre et de 25 euros en ambulatoire, et une prise en charge des frais d'accompagnant entre 25 euros et 38,50 euros.

En ce qui concerne les remboursements de frais dentaires, ils sont de bonne qualité, bien supérieurs à ceux du contrat Référence de la MGEN ou des autres contrats référencés. Le remboursement des soins courants (hors 100 % santé) se fait à hauteur de 100 % de la BR. Les prothèses pour le panier maîtrisé sont remboursées à hauteur de 375 % de la BR, sauf les inlays et onlays d'obturation, à hauteur de 150 % de la BR. Dans le cas d'un panier non maîtrisé, le remboursement est plus faible, entre 200 et 300 % de la BR suivant le type de prothèse. Pour les implants, le remboursement est de 500 euros par implant (deux au maximum par an) et de 200 euros par couronne sur implant (deux au maximum tous les deux ans). L'orthodontie est, quant à elle, remboursée à 250 % de la BR, ou 400 euros par semestre pour l'orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale.

Le panier de soins négocié par l'ensemble des organisations syndicales permet de réduire le risque d'avoir besoin de recourir à une surcomplémentaire.

* www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045300369.

© NataliMis/iStock

La FSU est opposée au principe même des options car génératrices d'inégalités et d'une moins grande solidarité entre les adhérent·es.

Les remboursements des frais d'optique sont de très bonne qualité, sauf pour la monture qui n'est remboursée qu'à hauteur de 50 euros. Les verres sont mieux remboursés que par le contrat Référence de la MGEN ou les autres contrats référencés, que ce soit pour les adultes ou les enfants. Les lentilles prescrites sont remboursées à hauteur de 100 euros par an, et la chirurgie à hauteur de 400 euros par an et par œil. Quant aux appareils auditifs, ils sont remboursés à hauteur de 800 euros.

MÉDECINES ADDITIONNELLES

Enfin, en ce qui concerne les médecines additionnelles, le remboursement est également bon avec la prise en charge de la plupart des médecines douces (ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiopathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue) à hauteur de deux séances par an et 40 euros par séance. Les psychologues sont remboursés à hauteur de 30 euros la séance et de quatre séances par an. Le panier de soins inclut également le remboursement de différents actes refusés (vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique) à hauteur de 80 euros par an, la contraception et les tests de grossesse à la même hauteur, ainsi que des actes de prévention comme l'amniocentèse, le dépistage prénatal non invasif à hauteur de 183 euros par acte.

Faute de pouvoir améliorer la qualité du panier de soins directement, les deux options proposées par le ministère, prises en charge à hauteur de 5 euros, viennent améliorer ces remboursements.

La première option, qui s'adresse à tout le monde, augmente le remboursement des spécialistes, des actes médicaux et paramédicaux en cas de dépassement d'honoraires, qui sont malheureusement courants chez certains spécialistes comme les gynécologues. Elle améliore également le remboursement des actes d'imagerie médicale comme la mammographie, qui voit son remboursement passer à 250 %, contre 200 %. De plus, le remboursement de la pharmacie non remboursée passe à 150 euros et le nombre de séances de médecines douces et préventives est doublé.

La deuxième option comporte la première option et en plus de meilleurs remboursements dans le dentaire, notamment pour le panier libre, du matériel médical et une légère amélioration du remboursement de l'optique. Cette option beaucoup plus chère s'adresse prioritairement à ceux ayant des besoins importants en dentaire et en optique, qui sont deux postes de dépenses de santé importants, d'où le coût de l'option.

Les personnels exerçant à l'étranger bénéficient, quant à eux, d'un panier de soins différent, mis au point par le ministère des Affaires étrangères, avec une prise en charge à hauteur de 90 % des frais réels dans la limite de 300 000 euros par an pour les soins courants. Le panier de soins complet sera détaillé dans l'annexe 3 de l'accord ministériel qui devrait bientôt être signé. ■

La CPPS, outil de pilotage et de suivi du nouveau régime

La mise en place d'une commission paritaire de pilotage et de suivi est prévue dans le cadre de l'accord sur la protection sociale complémentaire, avec un périmètre commun à trois ministères : Enseignement supérieur et Recherche, Éducation nationale et Jeunesse, Sports et Jeux olympiques et paralympiques.

Par **PIERRE HÉBERT,**
membre titulaire de la délégation FSU à la CPPS

Dans le cadre des négociations en santé et en prévoyance engagées depuis 2022 autour de la protection sociale complémentaire, celles-ci pouvaient se décliner par ministère pour préciser la mise en œuvre du cadre général et identique prévu pour l'ensemble des agent·es de la fonction publique de l'État ou en améliorer l'« économie générale ». Un périmètre commun à trois ministères a été retenu : Enseignement supérieur et Recherche, Éducation nationale, et Jeunesse et Sports.

Les discussions ont associé les équipes FSU issues des trois comités sociaux d'administration ministériels (CSAMEN, CSAMESR, CSAMJS), soit 11 syndicats nationaux de la FSU.

APPEL PUBLIC À CONCURRENCE

À l'issue de la négociation, une passation de marchés publics doit se faire pour deux marchés, un en prévoyance et un en santé, qui doivent être passés de manière phasée et pour la même durée, permettant, lors du renouvellement, de continuer la bataille pour le couplage santé-prévoyance revendiqué par la FSU. Ces deux contrats doivent se mettre en œuvre en même temps, au 1er juillet 2025.

Le marché sera prévu pour une durée de quatre ans renouvelable jusqu'à six ans maximum. Le marché pourrait être résilié à l'initiative de l'administration ou de l'opérateur avec un préavis d'un an, ce qui traduirait une situation que nous souhaitons toutes et tous éviter.

La phase de lancement du marché public comportera un appel public à concurrence puis une sélection sur la base d'un cahier des charges mentionnant les critères de sélection.

La mise en place d'une commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS) est prévue dans le cadre de l'accord. Celle-ci se compose pour moitié de représentant·es de l'administration et pour moitié de représentant·es des personnels : chaque organisation syndicale désigne un·e représentant·e titulaire et deux représentant·es suppléant·es pour chaque CSA ministériel où elle est représentée (pour la FSU, présente dans ces trois CSA, ce sont donc trois titulaires – un par CSA ministériel – et leurs six suppléant·es).

AVANT LA PASSATION DU MARCHÉ

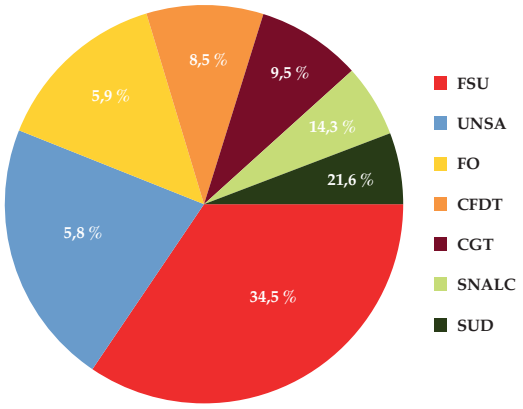
Cette CPPS a pour première mission de donner son avis sur la définition des critères de sélection des candidat·es et des offres, leur hiérarchisation ou leur pondération. Elle émettra également un avis sur le rapport exposant l'analyse et le classement des offres définitives des candidat·es au regard des critères définis dans les documents de la consultation avant l'attribution du marché.

UNE FOIS LE MARCHÉ PASSÉ

Elle participera, une fois le marché passé, à la fixation du montant de la cotisation d'équilibre et à l'appréciation des demandes d'évolutions tarifaires présentées par les organismes retenus pour le marché. Elle contribuera aussi à la définition et au pilotage des actions de prévention à conduire par les organismes. Elle collaborera en outre à l'analyse des contrats collectifs, notamment la qualité de la gestion et du service rendu aux bénéficiaires des contrats, mais aussi à l'audit et l'évaluation des évolutions tarifaires et de la mise en œuvre des dispositifs de solidarité. La CPPS pourra proposer des prestations d'accompagnement social. Enfin, dans le cadre du fonds d'aide pour les retraité·es, elle proposera le barème de prise en charge d'une part des cotisations des retraité·es bénéficiaires (en fonction de leurs ressources).

RÉPARTITION DES VOIX

Les droits de vote dans la commission seront calculés non pas en fonction des sièges mais sur les résultats en voix lors des élections professionnelles, cumulés sur les trois CSA ministériels. Cela donne à la FSU une place nettement en tête, avec 34,5 % des voix. ■

La CPPS se compose pour moitié de représentant·es de l'administration et pour moitié de représentant·es des personnels.

POURCENTAGE DES VOIX PAR ORGANISATION SYNDICALE SUR LES TROIS PÉRIMÈTRES MINISTÉRIELS