

Protection sociale complémentaire

Assurance prévoyance (maintien de salaire et décès) et complémentaire santé (mutuelle)

L'introduction

Les employeurs publics territoriaux peuvent participer, depuis 2012, à l'acquisition de garanties de la protection sociale complémentaire (PSC), au bénéfice de leurs agents, que sont :

- **L'assurance « mutuelle santé »**, pour financer les frais de soins en complément, ou à défaut, des remboursements de l'Assurance maladie,
- **L'assurance « prévoyance – maintien de salaire »**, pour :
 - Compenser la perte de salaire (traitement et primes) en cas de placement en congés pour raison de santé (arrêt de travail) suite à accident ou maladie de la vie privée, et en cas d'admission en retraite pour invalidité y compris imputable au service,
 - Verser un capital décès aux bénéficiaires des agents décédés, ou à l'agent en cas de perte totale et irréversible d'autonomie.

L'ordonnance n°2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique renforce ce dispositif avec :

- L'organisation d'un **débat** en assemblée délibérante « *sur les garanties de la protection accordées aux agents en matière de protection sociale complémentaire* » avant le **17 février 2022, et dans les 6 mois à compter de chaque renouvellement des conseils**,
- La **participation** de l'employeur devient **obligatoire** à compter du 1er janvier 2025 pour les garanties prévoyance et du 1er janvier 2026 pour les garanties de mutuelle santé,
- La possibilité par l'employeur de souscrire un **contrat collectif à adhésion obligatoire** des agents, en cas d'accord valide issu d'une négociation avec les représentants des partenaires sociaux totalisant plus de 50% des suffrages exprimés,
- **La possibilité pour l'employeur d'adhérer au contrat collectif à adhésion facultative des employeurs et des agents, souscrit par le centre de gestion de la fonction publique territoriale de son ressort.**

Comme l'autorise l'**article 25-1 de la loi n°84-53**, les centres de gestion concluent obligatoirement, pour le compte des collectivités territoriales et de leurs établissements publics, des conventions de participation pour couvrir leurs agents au titre de garanties de protection sociale complémentaire portant sur les risques prévoyance et santé dès l'année 2022.

Le centre de gestion a décidé de lancer un appel public à concurrence au printemps 2022 pour conclure **une convention de participation avec son contrat collectif d'assurance à adhésion facultative des employeurs publics territoriaux et de leurs agents pour les garanties de Santé et de Prévoyance.**

PREVOYANCE

Le risque important de la perte de salaire et sa couverture d'assurance prévoyance associée

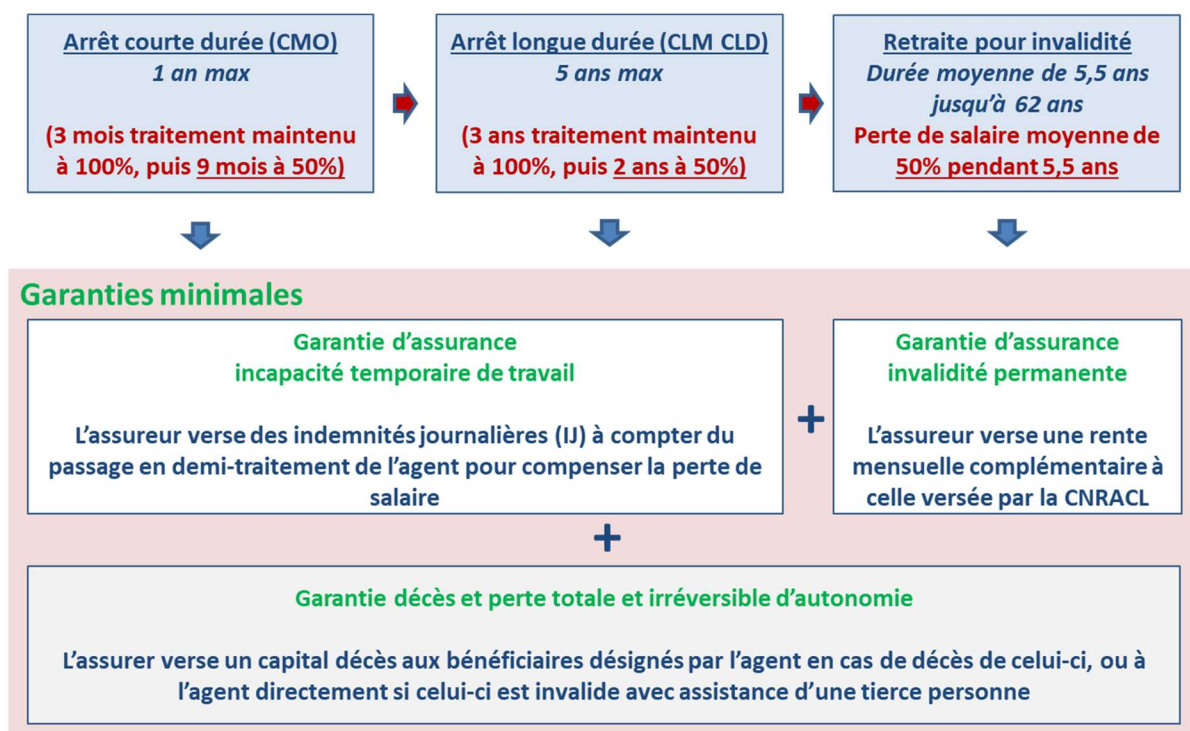
Les garanties d'assurance prévoyance ont pour objet de bénéficier de prestations versées par le futur organisme d'assurance que sont :

- **Des indemnités journalières (IJ)** aux agents en cas de placement en congés pour raison de santé (garantie incapacité temporaire de travail),

Et le cas échéant si l'option est retenue :

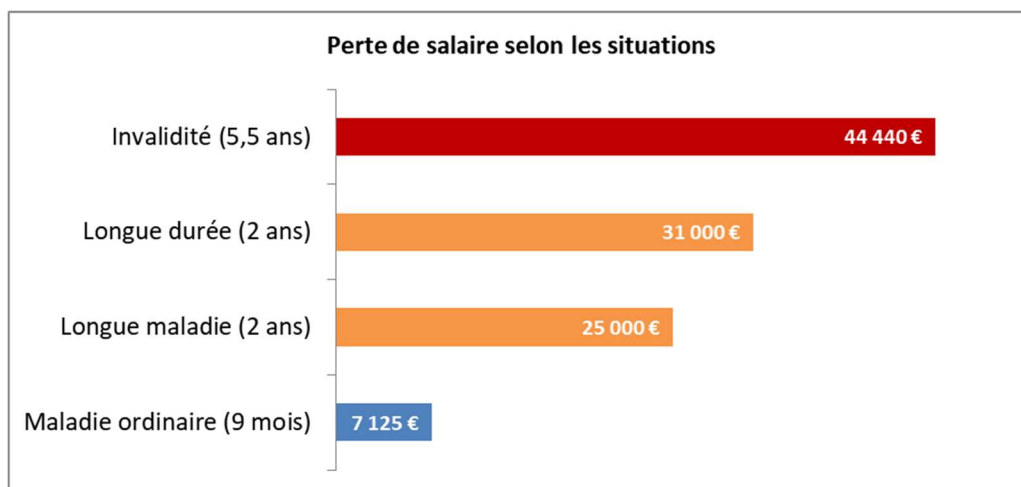
- **Une rente mensuelle** en cas d'admission à la retraite pour invalidité (garantie invalidité permanente), éventuellement complétée pour les agents fonctionnaires affiliés à la CNRACL de la garantie de la perte de retraite suite à invalidité,
- **Un capital** aux bénéficiaires de l'agent en cas de décès toutes causes (c'est-à-dire suite à accident ou maladie), ou à l'agent en cas de perte totale et irréversible d'autonomie.

Le tableau ci-après présente les couvertures au regard des risques de perte de salaire :



En cas de placement en congés pour raison de santé, l'assureur peut compléter la perte du **demi-traitement** de l'agent par le versement d'indemnités journalières complémentaires en cas de perte du **demi-régime indemnitaire**, voire de la totalité de celui-ci en cas de placement en congés de longue maladie ou de longue durée en cas d'application du décret n° 2010-997 du 26 août 2010.

A titre d'illustration, vous trouverez ci-dessous les montants de perte de salaire (traitement et primes brut) pendant les périodes maximales d'arrêt pour un agent bénéficiant d'un salaire annuel brut de 22 500 €, dont 3 550€ de primes annuelles, avec suspension de son régime indemnitaire pendant les congés de longue maladie et de longue durée :



L'intérêt d'un contrat collectif d'assurance prévoyance à adhésion facultative

Le contrat collectif d'assurance souscrit par le centre de gestion sera à adhésion facultative des employeurs et de leurs agents. Ce contrat présentera les caractéristiques suivantes :

- Un **contrat d'assurance solidaire** grâce à :
 - Une éligibilité à l'ensemble des agents fonctionnaires et contractuels,
 - Des taux de cotisation uniques par garantie quel que soit l'âge et compétitifs grâce à la mutualisation réalisée au niveau départemental,
 - Des adhésions facilitées par l'absence de questionnaire médical ou de délai de stage dans les six mois à compter de la date d'effet du contrat ou de la date d'embauche,
 - Un montant de participation homogène pour tous les agents.
- Un **contrat d'assurance protecteur** grâce à :
 - Des garanties à haut pouvoir couvrant grâce à leurs définitions dans le cahier des charges qui s'imposent à l'organisme d'assurance retenu et au dispositif de protection renforcée de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « Loi Evin »
 - Des extensions éventuelles non prévues aux contrats individuels labellisés comme la perte de retraite CNRACL suite à une invalidité ou la garantie du Régime indemnitaire pendant la période de plein-traitement,
- Un **accompagnement et un suivi du centre de gestion** grâce :
 - **Aux négociations avec les organismes d'assurance,**
 - **Aux modalités de mise en place de la convention :** validation des documents de présentation et contractuels de l'organisme d'assurance (note pédagogique, plaquette, notice d'information...) et communication (information, réunions, permanences...)
 - **Au pilotage du contrat collectif pendant 6 ans,** avec la mise en place d'un comité de suivi paritaire employeurs et organisations syndicales, réunion avec l'organisme d'assurance pour analyse du rapport annuel sur les comptes du contrat d'assurance, négociations tarifaires, suivi des réclamations des agents ou des employeurs.

L'éligibilité des garanties d'assurance à la participation de l'employeur

Les garanties de ce contrat d'assurance sont éligibles à la participation de l'employeur. Pendant la durée de validité de la convention de participation conclue par le centre de gestion, d'une durée de 6 ans, soit du 1^{er} janvier 2023 au 31 décembre 2028, **la participation versée aux agents :**

- **Sera facultative en 2023 et 2024 :**
 - Actuellement, le titre III du décret n°2011-1474 permet aux employeurs de verser une participation mensuelle sous la forme d'un montant unitaire par agent, soit identique à l'ensemble des agents, soit modulée dans un but d'intérêt social en prenant en compte le revenu de l'agent,
- **Puis deviendra obligatoire à effet du 1^{er} janvier 2025 :**
 - La participation mensuelle brute minimum sera définie à partir d'un « montant de référence » par un décret à publier au cours du premier trimestre 2022. Les garanties minimales objet de cette participation devraient couvrir l'incapacité temporaire de travail, l'invalidité permanente et le décès.
 - D'après le projet de décret (version du 15 décembre 2021), le dispositif (à confirmer) serait le suivant :
 - La participation mensuelle ne peut être inférieure à 20% d'un montant de référence fixé à 27€, soit 5,40€,
 - Les garanties éligibles à la participation portent sur les risques incapacité, invalidité, inaptitude ou décès,
 - Les garanties minimales permettront le versement :
 - D'indemnités journalières complémentaires garantissant une rémunération de 80% du TI brut et de la NBI, complété de 30% du régime indemnitaire, déduction faite des prestations et indemnités perçues par les fonctionnaires, à compter du passage à demi-traitement jusqu'à épuisement des droits à congés pour raison de santé, mais aussi en cas de disponibilité d'office ou de maintien du demi-traitement dans l'attente de l'avis du conseil médical,
 - D'une rente garantissant une rémunération de 80% du traitement net aux agents mise à la retraite pour invalidité et n'ayant pas atteint l'âge mentionné au premier alinéa de l'article L 161-17-2 du code de la Sécurité sociale (âge de 62 ans).

IMPORTANT : LE CALENDRIER

L'appel public à concurrence sera lancé courant 2022.

D'ici-là, et afin de lancer l'appel public à concurrence organisé par le centre de gestion, les employeurs publics territoriaux qui souhaitent y participer devront :

- **Organiser un débat** sur les garanties de la protection accordées aux agents en matière de protection sociale complémentaire avant le 17 février 2022,
- **Délibérer** pour accorder un mandat au centre de gestion afin de lancer l'appel public à concurrence,
- **Communiquer** au centre de gestion la délibération avec le mandat, ainsi que le fichier Excel relatif aux caractéristiques quantitative et qualitative des agents à assurer.

Les documents devront être envoyés au centre de gestion au plus tard le

11.04.2022

Auprès de Centre de Gestion de l'Oise

Protection Sociale Complémentaire

Téléphone : 03.44.06.22.60

Courriel : psc@cdg60.com

SANTÉ

Le risque du reste à charge important et sa couverture d'assurance santé associée

Les garanties d'assurance santé permettent de garantir le versement de frais de santé suite à maladie, accident ou maternité. Ces remboursements interviennent en complément ou à défaut des remboursements versés par l'Assurance maladie en cas :

- D'hospitalisation (honoraires, frais de séjour, forfait journalier et chambre particulière),
- De soins de ville (honoraires médecins et auxiliaires médicaux, médicaments, médecines douces, matériels),
- De soins et achat d'équipement d'optique (honoraires, prothèses optique),
- De soins et biens dentaires (honoraires de soins et traitement, prothèses dentaires, orthodontie),
- D'achat d'aides auditives,
- D'utilisation d'actes de prévention.

Le tableau ci-après présente les « restes à charge » (RAC) des différents soins et achats de biens médicaux après versements des prestations de l'Assurance maladie, puis des assurances de complémentaire santé (mutuelle) :

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'élève à 209,2 M€ en 2020, répartie en part quasi égale entre soins hospitaliers et soins ambulatoires.
 Après remboursement de l'Assurance maladie, le reste à charge (RAC) reste conséquent à **32,40%** des frais engagés par l'assuré pour les soins ambulatoires.

	M€	RAC
Consommation totale	209,2 M€	
=> Soins hospitaliers	100,5 M€	7,20%
=> Soins ambulatoires	108,7 M€	32,40%

Principales prestations à fort reste à charge (RAC) après remboursements de l'Assurance maladie

Dépassement d'honoraires	Prothèses	Biens médicaux	Prestations non remboursées
RAC jusqu'à 38%	RAC jusqu'à 97,1%	RAC jusqu'à 72%	RAC : 100%
Honoraires spécialistes	Dentaire 76,8%	Prothèses	Forfait journalier
Autres honoraires	Optique 97,1%	Matériels	Chambre particulière
Soins dentaires	Auditif 81,3%	Pansements	Médecines douces
			Prothèses dentaires



La couverture mutuelle santé permet de réduire le RAC à **6,5%** (202€ par personne) avec des garanties qui doivent répondre aux exigences du "contrat responsable", c'est à dire qui comprend des planchers et plafonds de remboursements avec un dispositif de prise à charge à 100% des prothèses optiques, dentaires et auditives ("100% Santé").

L'intérêt d'un contrat collectif d'assurance santé à adhésion facultative

Le contrat collectif d'assurance souscrit par le centre de gestion sera à adhésion facultative des employeurs et de leurs agents. Ce contrat présentera les caractéristiques suivantes :

- Un **contrat d'assurance solidaire** grâce à :
 - Une éligibilité à l'ensemble des agents fonctionnaires et contractuels de droit public et de droit privé.
 - Des montants de cotisation par niveaux de garanties compétitifs grâce à la mutualisation réalisée au niveau départemental,
 - Des adhésions facilitées par l'absence de questionnaire médical ou de délai de stage.
- Un **contrat d'assurance protecteur** grâce à :
 - Des garanties à haut pouvoir couvrant grâce à leurs définitions dans le cahier des charges qui s'imposent à l'organisme d'assurance retenu et au dispositif de protection renforcée de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « Loi Evin »,
 - La proposition de trois niveaux de garanties qui permettent à chaque agent d'être couvert selon son degré de protection recherché, sa situation familiale et son niveau de rémunération.
- Un **accompagnement et un suivi du centre de gestion** grâce :
 - **Aux négociations avec les organismes d'assurance,**
 - **Aux modalités de mise en place de la convention :** validation des documents de présentation et contractuels de l'organisme d'assurance (note pédagogique, plaquette, notice d'information...) et communication (information, réunions, permanences...)
 - **Au pilotage du contrat collectif pendant 6 ans,** avec la mise en place d'un comité de suivi paritaire employeurs et organisations syndicales, réunion avec l'organisme d'assurance pour analyse du rapport annuel sur les comptes du contrat d'assurance, négociations tarifaires, suivi des réclamations des agents ou des employeurs.

L'éligibilité des garanties d'assurance santé à la participation de l'employeur

Les garanties de ce contrat d'assurance sont éligibles à la participation de l'employeur. Pendant la durée de validité de la convention de participation conclue par le centre de gestion, d'une durée de 6 ans, soit du 1^{er} janvier 2023 au 31 décembre 2028, **la participation versée aux agents :**

- **Sera facultative en 2023, 2024 et 2025 :**
 - Actuellement, le titre III du décret n°2011-1474 permet aux employeurs de verser une participation mensuelle sous la forme d'un montant unitaire par agent, soit identique à l'ensemble des agents, soit modulée dans un but d'intérêt social en prenant en compte le revenu de l'agent,
- **Puis deviendra obligatoire à effet du 1^{er} janvier 2026 :**
 - La participation mensuelle brute minimum sera définie à partir d'un « montant de référence » par un décret à publier au cours du premier trimestre 2022. Les garanties minimales correspondent au panier de soins qui est identique à celui des contrats collectifs d'entreprise. Ces garanties minimales composeront le premier niveau de garanties qui sera proposé aux agents avec les remboursements :
 - De l'intégralité du *ticket modérateur* sur les consultations, les actes et les prestations remboursables par l'Assurance maladie, sauf les médicaments remboursés à 35 % ou 15 % par l'Assurance maladie (médicaments à service médical faible ou modéré) et les cures thermales,
 - Le *forfait journalier hospitalier*, sans limitation de durée, pour financer les frais d'hébergement (hors chambre particulière) dans les établissements hospitaliers, hors établissements médico-sociaux, unités et centres de soins de longue durée et établissements accueillant des personnes âgées.
 - Des *frais de soins dentaires prothétiques et des soins d'orthopédie dentofaciale* pour au moins 125 % du tarif de base de l'Assurance maladie,
 - Les dépenses de *frais d'optique* à tarifs libres avec des forfaits minimum légèrement supérieurs à ceux des contrats responsables, c'est-à-dire 100 € pour un équipement avec verres simples monture, 150 € pour un équipement avec un verre simple, un verre complexe et une monture et enfin 200 € pour un équipement à verres complexes et monture.
 - D'après le projet de décret (version du 15 décembre 2021), le dispositif (à confirmer) serait le suivant :
 - La participation mensuelle ne peut être inférieure à 50% d'un montant de référence fixé à 30€, soit 15€,
 - Les garanties éligibles à la participation portent sur le panier de soins prévus par les articles L911-7 et D911-1 du code de la Sécurité sociale.

IMPORTANT : LE CALENDRIER

L'appel public à concurrence sera lancé courant 2022.

D'ici-là, et afin de lancer l'appel public à concurrence organisé par le centre de gestion, les employeurs publics territoriaux qui souhaitent y participer devront :

- **Organiser un débat** sur les garanties de la protection accordées aux agents en matière de protection sociale complémentaire avant le 17 février 2022,
- **Délibérer** pour accorder un mandat au centre de gestion afin de lancer l'appel public à concurrence,
- **Communiquer** au centre de gestion la délibération avec le mandat, ainsi que le fichier Excel relatif aux caractéristiques quantitative et qualitative des agents à assurer.

Les documents devront être envoyés au centre de gestion au plus tard le

11.04.2022

Auprès de Centre de Gestion de l'Oise

Protection Sociale Complémentaire

Téléphone : 03.44.06.22.60

Courriel : psc@cdg60.com

**Annexe : références PSC du nouveau code général de la fonction publique
(application à compter du 1^{er} mars 2022)**

Section 1 : Dispositions communes

Article L827-1. Les personnes publiques mentionnées à l'article L. 2 participent au financement des garanties de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident auxquelles souscrivent les agents que ces personnes publiques emploient.

Ces garanties sont au minimum celles définies au II de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale. Le montant de la participation ne peut être inférieur à la moitié du financement nécessaire à la couverture de ces garanties minimales.

Ces personnes publiques peuvent également participer au financement des garanties de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les risques d'incapacité de travail, d'invalidité, d'incapacité ou de décès auxquelles souscrivent les agents qu'elles emploient.

Article L827-2. Lorsqu'un accord valide au sens de l'article L. 223-1 prévoit la souscription par un employeur public mentionné à l'article L. 2 d'un contrat collectif pour la couverture complémentaire de tout ou partie des risques mentionnés au quatrième alinéa de l'article L. 827-1, cet accord peut prévoir la participation obligatoire de l'employeur au financement des garanties destinées à couvrir tout ou partie des risques mentionnés au deuxième alinéa de ce dernier article.

Il peut également prévoir la souscription obligatoire des agents à tout ou partie des garanties que le contrat collectif comporte.

Article L827-3. La participation financière mentionnée à l'article L. 827-1 est réservée aux contrats à caractère collectif ou individuel sélectionnés par les employeurs publics au terme d'une procédure de mise en concurrence.

Ces contrats sont conformes aux conditions prévues au II de l'article L. 862-4 et à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et garantissent la mise en œuvre de dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires, notamment en faveur des retraités et des familles.

Section 2 : Protection sociale complémentaire dans la fonction publique territoriale

Sous-section 1 : Participation à la couverture des risques (Articles L827-4 à L827-8)

Article L827-4. Sont éligibles à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics mentionnés à l'article L. 4 les contrats destinés à couvrir les risques mentionnés à l'article L. 827-1 mettant en œuvre les dispositifs de solidarité mentionnés à l'article L. 827-3, cette condition étant attestée, par dérogation au premier alinéa de ce même article, par la délivrance d'un label dans les conditions prévues à l'article L. 310-12-2 du code des assurances, ou vérifiée dans le cadre de la procédure de mise en concurrence prévue à l'article L. 827-6.

Article L827-5. Les contrats mentionnés à l'article L. 827-4 sont proposés par les organismes suivants :

1° Mutuelles ou unions relevant du livre II du code de la mutualité ;

- 2° Institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ;
- 3° Entreprises d'assurance mentionnées à l'article L. 310-2 du code des assurances.

Article L827-6. Afin d'assurer à leurs agents la couverture complémentaire de l'un ou l'autre ou de l'ensemble des risques mentionnés à l'article L. 827-1, les collectivités territoriales et leurs établissements publics ont la faculté de conclure une convention de participation avec un des organismes mentionnés à l'article L. 827-5, à l'issue d'une procédure de mise en concurrence transparente et non discriminatoire permettant de vérifier que les dispositifs de solidarité mentionnés à l'article L. 827-3 sont mis en œuvre.

Dans ce cas, les collectivités et leurs établissements publics ne peuvent verser d'aide qu'au bénéfice des agents territoriaux ayant souscrit un contrat faisant l'objet de la convention de participation. Les agents territoriaux retraités peuvent souscrire un contrat faisant l'objet d'une convention de participation conclue par leur dernière collectivité ou établissement public d'emploi.

Article L827-7. Les centres de gestion concluent, pour le compte des collectivités territoriales et de leurs établissements publics et afin de couvrir pour leurs agents, au titre de la protection sociale complémentaire, les risques mentionnés à l'article L. 827-1, des conventions de participation avec les organismes mentionnés à l'article L. 827-5 dans les conditions prévues à l'article L. 827-4. Ces conventions peuvent être conclues à un niveau régional ou interrégional selon les modalités déterminées par le schéma régional ou interrégional de coordination, de mutualisation et de spécialisation mentionné à l'article L. 452-11.

Article L827-8. Les collectivités et établissements publics peuvent adhérer aux conventions mentionnées à l'article L. 827-7 pour un ou plusieurs des risques que ces conventions sont destinées à couvrir, après signature d'un accord avec le centre de gestion de leur ressort.

Sous-section 2 : Participation au financement des garanties de protection sociale complémentaire

Article L827-9. Dans les conditions définies à l'article L. 827-10, les collectivités territoriales et leurs établissements publics participent au financement des garanties de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident auxquelles souscrivent les agents qu'elles emploient.

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 827-1, elles participent également, dans les conditions définies à l'article L. 827-11, au financement des garanties de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les risques d'incapacité de travail, d'invalidité, d'inaptitude ou de décès auxquelles souscrivent les agents qu'elles emploient.

Article L827-10. Les garanties de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident mentionnées à l'article L. 827-9 sont au minimum celles définies au II de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale.

La participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de ces garanties ne peut être inférieure à la moitié d'un montant de référence fixé par décret.

Article L827-11. La participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement des garanties de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les risques

d'incapacité de travail, d'invalidité, d'inaptitude ou de décès ne peut être inférieure à 20 % d'un montant de référence fixé par décret.

Ce décret précise les garanties minimales que comprennent les contrats prévus à l'article L. 827-9.

Article L827-12. Dans les six mois suivant leur renouvellement général, les assemblées délibérantes des collectivités territoriales et de leurs établissements publics organisent un débat portant sur les garanties accordées aux agents en matière de protection sociale complémentaire.