



Un enjeu d'hier,

Un enjeu de demain

Un enjeu actuel,

Référencement : des conditions défavorables

François Fillon veut « désétatiser » le système de santé s'il est élu en mai 2017. Comment ? En transférant les « petits risques », c'est à dire tout ce qui n'est pas affections graves ou de longue durée aux complémentaires. Une « agence de contrôle et de régulation de l'assurance privée », recevant délégation de service public, définirait un contrat type avec les assureurs. Ce transfert ne serait évidemment pas sans coût pour les assurés, en commençant par le coût de gestion des mutuelles et complémentaires quatre fois plus élevé que celui de la « Sécu ». « *La France que nous voulons, ce n'est pas seulement une société qui consacre les plus forts* » (sic) déclare de son côté Emmanuel Macron qui, tout en prétendant songer aux « *plus faibles* », veut « *fonder la protection sociale sur l'individu* ». Coucou mes amis des assurances privées !

C'est bien la question du maintien d'un système réellement solidaire qui est posée avec le renouvellement du référencement et ses conditions. La protection sociale complémentaire est un enjeu primordial à l'heure où sont d'ores et déjà remises en cause les prises en charge de la Sécurité sociale dont les ressources sont sans cesse amputées sans être compensées par l'État. Les effets des remboursements et de la tarification à l'acte se cumulent à ceux de la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) et aux fermetures et concentration d'hôpitaux publics.

Dans ces conditions et même si « le Thatcher de la Sarthe » est très loin encore d'être élu président, la question du référencement des opérateurs complémentaires santé et prévoyance dans la fonction publique et de la participation de l'État employeur à la protection sociale complémentaire de ses agents est un sujet d'autant plus sensible, surtout lorsqu'on sait qu'une très large majorité des employeurs privés contribuent, par le biais de contrats-groupes, au coût de la complémentaire santé de leur salariés.

Pour un haut niveau de protection sociale



Mutuelles et gestion de l'assurance maladie obligatoire des fonctionnaires

Au lendemain de la seconde guerre mondiale et dans le contexte de la reconstruction du pays, la loi du 9 avril 1947 étend la sécurité sociale nouvellement créée aux fonctionnaires dont le statut vient lui-même d'être adopté le 19 octobre 1946. Cette loi entérine leur régime particulier d'assurances sociales, au sein du régime général, et en délègue la gestion aux mutuelles de la fonction publique. Au travers de leurs mutuelles et de leur guichet unique, une protection solidaire, complète, adaptée à leurs droits statutaires et au milieu professionnel dans lequel ils évoluent, leur permettent tout au long de leur vie, de se prémunir individuellement et collectivement contre la maladie et ses conséquences, y compris dès cette époque de la perte de traitement.

D'où vient le référencement ?

Rappelons d'abord ce dont il s'agit avec la pratique désormais du référencement des organismes de protection sociale complémentaire dans la Fonction publique de l'État.

Jusqu'en 2005, l'État versait aux mutuelles de fonctionnaires des subventions afin qu'elles proposent des tarifs intéressants aux agents publics de l'État. L'arrêté Chazelle de 1962 autorisait ces subventions de fonctionnement, prélevées sur des fonds d'action sociale, aux mutuelles de fonctionnaires pour un montant ne dépassant pas 25% du produit total des cotisations. Dans la réalité, subventions, mises à disposition de personnels et de locaux... ne portaient les aides ministérielles qu'à hauteur de 5% de ces cotisations.

Ce système d'aide a été invalidé le 26 septembre 2005 par l'abrogation de l'arrêté Chazelle, suite aux injonctions de la Commission européenne au nom de la sacro-sainte « concurrence libre et non faussée ». La loi de modernisation de la fonction publique du 23 janvier 2007 et le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 y ont substitué un système de référencement consistant en une sélection d'un ou plusieurs organismes après mise en concurrence. C'est seulement dans ce cadre qu'il est prévu que les employeurs publics puissent « contribuer aux garanties de protection sociale complémentaire auxquelles les agents qu'ils emploient souscrivent »

Le référencement, comment ça marche ?

Chaque ministère établit un « cahier des charges » et lance un « appel d'offres » public à la concurrence.

Chaque opérateur intéressé par cet appel, opérateur qui peut être une mutuelle, une compagnie d'assurance ou une institution de prévoyance, dispose de 45 jours pour proposer son offre santé/prévoyance (couplage obligatoire).

Chaque offre est étudiée par le ministère qui retient un ou plusieurs opérateurs avec qui il signe, pour sept ans, une convention de référencement.

L'appel public à la concurrence doit obligatoirement être publié au JO de l'Union européenne - et a donc une dimension européenne - si l'employeur décide que le montant de sa participation (versée à l'organisme référencé qui devra obligatoirement la répercuter sur le montant de l'adhésion de chaque fonctionnaire) dépassera globalement les 100 000 euros.

La solidarité n'est pas un produit marchand !

Assurance à but lucratif, institution de prévoyance (société de droit privé à but non lucratif gérant des contrats collectifs d'assurance couvrant les risques de maladie, incapacité de travail et invalidité, dépendance, décès) et mutuelle (dans la continuité des principes solidaires entre ses membres qui fondent la mutualité, historiquement à l'opposé de la dérive « assurantielle » de la « prime » d'autant plus élevée que le « risque » pour l'assuré le serait), ne sont pas de même ordre malgré ce que voudraient nous vendre les directives européennes.

N'oublions pas que c'est la MGSP (« Mutuelle Générale des Services Publics » regroupant 900 adhérents), assurance complémentaire soutenue alors par la CGC et la CFTC, une assurance qui s'était vue refuser le titre de mutuelle fonction publique car ses principes n'étaient pas d'inspiration mutualiste mais ceux du secteur marchand (les cotisations étant liées au risque et non au salaire), qui a attaqué à l'époque les mutuelles de fonctionnaires devant l'Europe pour entrave à la concurrence et devant le Conseil d'État contre l'arrêté Chazelle !

La démarche mutualiste, telle que nous la concevons, est l'héritage du mouvement ouvrier en attendant la prise en charge à 100% par la Sécurité sociale que nous revendiquons. En tant que telle, sa logique est assise sur la solidarité intergénérationnelle, intercatégorielle et familiale avec des cotisations calculées sur les rémunérations pour bénéficier d'une couverture globale unique comprenant l'assurance décès et pouvant aller jusqu'au bénéfice de l'IPTS (indemnité pour perte de traitement et de salaire) qui permet à un agent en arrêt de maladie de maintenir durant 9 mois 80% de son traitement brut au lieu des 50 % versés par l'État employeur.

Le principe fondateur des mutuelles est la solidarité entre générations, entre revenus, entre malades et bien portants. L'adhésion est possible sans questionnaire médical et sans limite d'âge. Les mutuelles sont des sociétés de personnes à but non lucratif. Elles redistribuent leurs excédents à leurs adhérents.

Les recours de la MGSP ont ouvert la voie aux injonctions européennes, une aubaine pour le secteur de l'assurance. En effet, avec 4.5 millions d'adhérents, les mutuelles de la fonction publique constituent alors un marché potentiel échappant au secteur marchand et à la spéculation.



Des vents contraires

Les gouvernements successifs n'ont eu de cesse de contrecarrer les logiques et les périmètres de la mutualisation et des solidarités intergénérationnelles, familiales et contributives, continuant de segmenter l'accès à la complémentaire santé.

L'Accord national Interprofessionnel (ANI) conclu le 11 janvier 2013 entre l'ensemble des organisations patronales et trois confédérations syndicales de salariés (CFDT, CFTC et CFE-CGC) prévoient que toutes les entreprises du secteur privé doivent obligatoirement proposer une complémentaire santé collective à leurs salariés. Les contrats groupes bénéficient d'exonérations sociales et fiscales considérables provenant directement de la diminution des recettes de la Sécurité Sociale. L'ANI et le caractère obligatoire de cette complémentaire sont synonymes d'un système à plusieurs vitesses dans lequel la protection sociale est liée au contrat de travail. Cette généralisation des contrats collectifs obligatoires dans le secteur privé, excluant de fait les retraités, les étudiants et les fonctionnaires, porte atteinte aux couvertures individuelles solidaires assurées par les mutuelles.

Après la CMU-C (Couverture Maladie Universelle Complémentaire) et l'ACS (Aide à la Complémentaire Santé) pour les revenus modestes, le LABEL Senior, voulu par le président Hollande et mis en œuvre avec le décret du 25 avril 2016 « relatif à la couverture complémentaire santé des personnes de soixante-cinq ans et plus », participait également cette segmentation et à de la sélection des risques aux dépens d'une partie de la population, précarisée. A ce jour, ce dispositif n'a pas été mis en œuvre, le mouvement mutualiste notamment y étant fermement opposé.

Chaque nouvelle segmentation est un coup porté aux principes de solidarité et de mutualisation entre assurés, remettant en cause l'équilibre financier des mutuelles dans un contexte concurrentiel « libre » et « faussé » (c'est nous qui l'écrivons et l'affirmons) au détriment de la protection sociale. C'est l'universalité du système de protection sociale qui est garante de la solidarité.

Attention danger

Après avoir tenté de peser sur le contenu de la circulaire du 27 juin, dans un courrier du 19 septembre 2016 adressé au premier ministre d'alors, les organisations syndicales de fonctionnaires CGT, CFDT, FO, FSU, UNSA et **Solidaires** recensent les enjeux du nouveau référencement et de sa procédure préconisée par la circulaire du 27 juin 2016 : absence de proposition par les employeurs d'un réel processus de négociations (réalisation de véritables états des lieux, communication des projets d'appels d'offres et de l'intégralité de leurs annexes, réel débat contradictoire sur leurs contenus, mise en place de comités de suivi des conventions de référencement...); lourds contentieux sur la définition des prestations devant être mises en œuvre, l'obtention d'un couplage complet et non partiel des prestations dans le domaine de la santé et de la prévoyance, l'inclusion de la prestation dépendance dans le couplage santé-prévoyance et le maintien du précompte des cotisations; absence de réelles discussions sur le nombre, la nature et la pondération des critères, le nombre des offres de prestations et le nombre des opérateurs retenus afin d'élaborer le cahier des charges.

L'adhésion resterait facultative et la couverture du risque dépendance ne relèverait plus du couplage obligatoire (santé et prévoyance) prévu par le décret du 19 septembre 2007. Par voie de conséquence, alors qu'elle avait été incluse pour la totalité des ministères dans la première vague de référencement, la garantie dépendance ne pourrait ni entrer dans les transferts solidaires, ni donner lieu à une participation financière de l'employeur public.

Proposer cette garantie en « option » reviendrait à réduire le périmètre de mutualisation pour la couverture de ce risque et donc à surenchérisir la part de cotisation affectée à cette protection. En contradiction avec la notion de solidarité, seuls les agents pouvant se permettre une cotisation supplémentaire seraient couverts pour ce risque...

Les enjeux

La première vague de référencement, mise en œuvre en 2009 et s'achevant au 31 mars 2017, a été favorable aux mutuelles historiques (MGEFI au ministère des finances) dans neuf ministères sur dix. Seul Groupama a réussi à percer à l'Office national des forêts.

Les ministères ont lancé au cours du second semestre 2016 leurs appels d'offres pour la deuxième vague de référencement après la publication de la circulaire émanant conjointement de la Direction de la Sécurité

Sociale (ministère de la Santé) et de la Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique (ministère de la Fonction Publique) le 27 juin 2016.

Cette circulaire « relative à la procédure de référencement des organismes de protection sociale complémentaire dans la fonction publique de l'État » confirme que le gouvernement continue à segmenter l'accès à la complémentaire santé au détriment de la mutualisation et des solidarités intergénérationnelles, familiales et contributives.



Le gouvernement a en effet confirmé sa volonté de « stimuler le marché », en laissant la possibilité aux ministères de :

- ▶ coupler partiellement les risques en santé et prévoyance : la circulaire évoque la possibilité d'un couplage partiel des garanties liées à l'invalidité et au décès ;
- ▶ favoriser le référencement de plusieurs opérateurs complémentaires sur un même champ professionnel, ce qui conduirait à une segmentation des adhésions et donc à une plus faible mutualisation des risques ;
- ▶ fonder le choix du ou des opérateurs sur la base de critères de prix prépondérants ;
- ▶ ne pas inclure le risque « dépendance » dans les offres référencées au motif que la couverture de ce risque n'est pas mentionnée dans le décret du 19 septembre 2007.

Aux Finances

Lors du premier référencement, en 2008, c'est la MGEFI (Mutuelle Générale de l'Économie, des Finances et de l'Industrie), regroupement fusion des mutuelles historiques du Ministère (Mutuelle des agents des Impôts, Mutuelle du Trésor, Mutuelle de l'Insee, Mutuelle de la Douane) qui avait été retenue.

Cette convention arrivant à terme à la fin du premier trimestre 2017, plusieurs groupes de travail entre juin et novembre 2016 ont eu lieu entre le secrétariat général et les fédérations des finances pour élaborer le nouveau cahier des charges support à l'appel d'offre. Appel d'offre qui a été lancé le 16 décembre 2016. La date limite de réponses à l'appel d'offre était fixée au 1er février 2017 midi.

Lors du CTM du 4 octobre 2016, le ministre a répondu aux remarques adressées par **Solidaires Finances** au sujet du projet de cahier des charges en déclarant qu'il « *veillera personnellement à ce que l'offre minimale décrite ne soit pas inférieure* » à celle de 2008. Pour notre fédération, il ne peut être question que les garanties minimales prévues dans le cahier des charges 2017 soient inférieures à celles

référéncées et pratiquées en 2016. Il convient dans ce nouveau cahier des charges de faire référence aux garanties actuellement référencées comme garanties minimales santé et prévoyance.

Comme lors de la discussion du cahier des charges en 2008, notre fédération a revendiqué : un seul opérateur référencé à Bercy un couplage intégral de tous les risques : santé, incapacité (dont l'indemnité pour perte de traitement et de salaire à 100 % intégrant les primes), prévoyance, invalidité, décès, dépendance et rente survie. En matière d'IPTS, le projet de cahier des charges 2017 ne prévoit plus qu'un « *complément de revenu d'un montant correspondant au minimum à 75 % du Traitement Indiciaire Brut* », se contentant de reprendre dans le texte la circulaire fonction publique, alors que le précédent cahier des charges pour l'ensemble Bercy en prévoyait 100 %. Alors que, depuis 2010, l'administration verse 50 % des primes en plus de 50 % du TIB en cas de congé de maladie ordinaire de plus de trois mois, le nouveau cahier des charges doit prévoir la prise en charge par la PSC de 50 % des primes.

La part employeur de cette couverture complémentaire est d'ailleurs exonérée d'impôt.

En l'absence de dispositif, pour les agents de la fonction publique, c'est la **DOUBLE PEINE** ! En effet, d'une part, ils ne disposent pas d'une participation de 50 % à leur mutuelle et d'autre part ils sont fiscalisés sur l'ensemble des revenus qu'ils consacrent à leur couverture complémentaire. Pour justifier cette situation scandaleuse, l'État employeur se réfugie derrière une soi-disant liberté pour s'exonérer de sa contribution de 50 % à la couverture de ses agents.

A l'heure où l'État ne cesse de demander une exemplarité à ses agents, Solidaires Finances exige donc de l'État qu'il s'applique immédiatement à lui-même cette exigence.

Notre système de protection sociale, il est le fruit de nos luttes et de nos résistances solidaires :

on s'est battu pour le gagner

on se battra pour le garder

et le renforcer !



Depuis le 1^{er} janvier 2016, tout employeur a l'obligation de proposer à ses salariés une couverture complémentaire santé collective obligatoire.

Cette obligation qui découle de la loi du 14 juin 2013 concerne tous les employeurs, y compris les associations, quelle que soit la taille de l'entreprise, sont concernés (seuls les particuliers employeurs sont exclus).

La couverture collective obligatoire doit remplir les conditions suivantes :

- ▶ la participation financière de l'employeur doit être au moins égale à 50 % de la cotisation (le reste à la charge du salarié),
- ▶ le contrat doit respecter un socle de garanties minimales (panier de soins minimum),
- ▶ la couverture est prévue pour l'ensemble des salariés, ou pour une ou plusieurs catégories d'entre eux (définies à partir de critères objectifs, généraux et impersonnels),
- ▶ le contrat est obligatoire pour les salariés, sauf dans certains cas.

Les fonctionnaires doivent bénéficier de l'avancée sociale que l'État a imposé à tous les employeurs

Pour **Solidaires Finances**, les représentants du personnel doivent être présents à toutes les réunions du comité de suivi après le référencement. Dans un souci de transparence et pour permettre de bien mesurer la réalité de la participation employeur, une bonne information des agents sur leur protection sociale doit « valoriser » celle-ci en indiquant son montant global, plutôt que les transferts solidaires, en fait intergénérationnels et familiaux, qui ne rendent pas compte de l'ensemble des mécanismes de solidarité mis en œuvre, en particulier la solidarité indiciaire.

Les orientations prises par les Ministères et singulièrement le nôtre, celui des Finances, à l'occasion des opérations de ce second référencement, ne sont pas neutres sur le niveau de mutualisation des risques dont bénéficient les agents publics actifs et retraités. Elles peuvent menacer très concrètement le modèle de protection sociale globale et solidaire auquel les agents sont attachés.

L'opacité dans la préparation de ces choix n'est pas pour rassurer. Tout comme ne le sont pas les propositions qui fleurissent en cette période d'échéances électorales tant la remise en cause de la Sécurité sociale dans un contexte de « concurrence libre et non faussée » européenne menace par ricochet la protection sociale complémentaire des fonctionnaires. Il est plus que temps de renouer avec l'esprit des « jours heureux » qui prévalut en 1945 au lendemain d'une période sombre pour l'Humanité.