

PSC

10 novembre 2023



Comité de suivi (COSUI) du référencement de la MGéfi par le ministère

**Le référencement, qu'est-ce que c'est ?
C'est un choix du ministère qui recommande une ou plusieurs « mutuelles ou assurances » et encourage l'adhésion qui reste facultative.**

Le gouvernement a prévu dans le décret de 2007 instaurant le référencement, que les ministères devaient réunir, une fois par an, un comité de suivi (dit COSUI). Lors de ces rendez-vous réguliers, l'employeur public (dans notre cas le ministère des Finances) se fait accompagner par le ou les opérateurs de Protection Sociale Complémentaire (PSC) qu'il a choisi dans la procédure de référencement.

Depuis 2017, aux Finances, un seul opérateur a été retenu par l'appel d'offre suivant les règles des Marchés publics : il s'agit de la MGéFI.

Avant le dispositif de référencement, quel était le modèle de protection sociale complémentaire dans la Fonction publique ?

Le décret instaurant le référencement a permis d'éviter la disparition brutale du modèle des mutuelles de la Fonction publique, modèle qui a été encouragé par les pouvoirs publics après guerre :

- ✓ en leur confiant la gestion du régime obligatoire de tous les fonctionnaires, y compris ceux ne choisissant par la mutuelle de leur secteur professionnel pour leur régime complémentaire ; cette loi Morice de 1947 existe toujours, mais la Mgéfi ne gère plus les remboursements de la Sécurité sociale ; elle conserve la délégation pour les actions de prévention en santé publique sur le lieu de travail (dépistages, vaccins, etc) ;

- ✓ en fixant le cadre réglementaire (arrêté Chazelles de 1962) qui permettait la participation de l'État-employeur à la couverture santé et prévoyance de ses agent.es ; cet arrêté a été attaqué par les tenants « du libre échange et de la concurrence » au niveau européen et abrogé en 2006 ; le décret permettant le référencement a pris le relai en permettant aux ministères de sauvegarder le modèle de couverture des agents par les mutuelles de la Fonction publique.

Le modèle des mutuelles de la Fonction publique, qu'est-ce que c'est ?

Construit par les adhérent.es des mutuelles, le modèle de protection sociale complémentaire dans la Fonction publique :

- ✓ est dans une logique de couverture globale des risques en santé (sans questionnaire à l'entrée) et en prévoyance, incluant la dépendance pour toutes et tous (on ne se protège pas individuellement pour tel ou tel risque mais, collectivement pour tous les risques) ;

- ✓ répond aux manques des statuts de la Fonction publique et de la Sécurité sociale pour les fonctionnaires qui couvrent mal les pertes de rémunération lors d'arrêts maladie longs (le fameux et redoutable « demi-traitement » quand on est malade sur une longue période) ; contrairement au secteur privé où la Sécurité sociale paie les indemnités journalières de maladie (IJM) et où de nombreuses conventions collectives prévoient la participation des employeurs en complément ;

- ✓ est construit sur des mécanismes de solidarité intergénérationnelles (âge, actif/retraités), intercatégorielles (rémunération) et familiale (enfants et ayants droits) ;

- ✓ comporte un accompagnement social (aléas de la vie, caution logement propriétaire ou locataire, etc).



Que reste-t-il de ce modèle mutualiste aux Finances ?

Le choix du ministère de référencer, une première fois en 2007 puis une deuxième fois en 2017, un opérateur unique a permis d'éviter la catastrophe qui s'est produite dans les ministères qui ont, imprudemment ou avec la volonté de casser le modèle de solidarités, choisi de diviser les agent.es en proposant plusieurs opérateurs (mutuelles et assureurs à but lucratif). Un rapport des inspections générales a sévèrement jugé ces décisions politiques, encouragées par les technocrates de la DGAFP, et a conclu à « une concurrence accrue, qui a fortement fragilisé le dispositif » !

Aux Finances, les fédérations représentatives sont unies depuis 2006, pour sauvegarder l'étendue et le niveau de la protection sociale complémentaire malgré l'abrogation de l'arrêté Chazelles (en 2006) et la fin du référencement (fixé au plus tard en 2025 par l'ordonnance De Montchalin de février 2021).

À ce jour, et jusqu'à la fin du référencement, la couverture par l'opérateur référencé est meilleure que dans la plupart des autres ministères :

- ✓ plus étendue (santé+prévoyance+dépendance) et plus élevée que la moyenne dans la Fonction publique (2/3 des adhérents.es ont au moins VITA2 qui sera le panier de base dans le futur système de la FP) ;
- ✓ évite la segmentation des populations et permet la solidarité entre les membres ;
- ✓ bénéficie toujours d'un accompagnement social et d'actions de prévention.

À la fin du référencement, prévu en 2025 (début ou fin d'année selon les ministères et selon l'avancée des appels d'offres), le nouveau décret instaurant le « contrat collectif obligatoire » s'imposera avec une participation de 50 % de l'employeur pour le seul panier de base en santé et pour les actifs.ves uniquement conformément aux décisions du Gouvernement de modifier la loi par ordonnance.

Solidaires Finances se bat pour obtenir, aux Finances, une couverture améliorée, en conservant - par exception au reste de la Fonction publique - le couplage en santé ET prévoyance, incluant la dépendance, pour les actif.ves et les retraité.es.

Retrouvez le compte rendu des COSUI de chaque année

COSUI 2023 (réunion du 10/11/2023) : ci-dessous

COSUI 2022 (réunion du 29/11/2022) : ci-dessous

COSUI 2021

http://www.solidairesfinances.fr/images/Doc/2021/2021_11_30_PSC.pdf

COSUI précédents (2020 et avant)

<http://www.solidairesfinances.fr/index.php/csam-et-groupes-de-travail/groupe-de-travail/psc>

Compte rendu du COSUI (10 novembre 2023)

Bilan 2022

Pour mémoire, la LFSS pour 2022 a introduit des nouveautés importantes :

- ✓ la contraception gratuite pour les femmes de – de 26 ans ;
- ✓ la possibilité pour les orthoptistes d'opérer des bilans et de faire des prescriptions ;
- ✓ le dispositif « mon psy » (prise en charge psy de ville) ;
- ✓ une prise en charge complémentaire pour les populations RSA et au minimum vieillesse. ONDAM : : + 2,6 %

S'agissant des éléments de contexte (2022) ont été signalés :

- ✓ une crise sanitaire persistante ;
- ✓ une forte inflation (impact sur les charges de fonctionnement) ;
- ✓ le retrait de VYV et l'affiliation à MATMUT.

Sur les prestations, l'offre construite par la mutuelle reprend, en nouveauté :

- ✓ + 5 euros pour la chambre individuelle (Vita et Multi) ;
- ✓ la prise en charge du forfait hospitalier pour les ALD, les accidents du travail et les maladies professionnelles ;
- ✓ un forfait de 8 séances dans le cadre du dispositif « mon psy » ;
- ✓ au niveau des prestations d'assistance : l'élargissement de l'aide à domicile pour l'ambulatoire et le soutien scolaire.

La cotisation a été augmentée de 2 %.

Elle demeure inchangée pour les enfants. Idem pour les garanties IPTS et Premuo (prévoyance)

En termes de résultat, le produit est stable (+ 0,5%).

En « CA », c'est un montant 234 millions dont 192 pour la santé et 41 pour la prévoyance.

En tendance, il est confirmé que le ratio se détériore sur la santé.

L'IPTS présente également un bilan en déficit. PREMUO (décès, dépendance, enfant atteint de handicap, ...) a un solde créditeur. Des travaux ont été initiés avec l'assureur pour rationaliser les provisions.

2022 sera une année avec redistribution, au titre de la participation au bénéfice (1 million), qui sera réparti par virement aux 200 000 adhérent.es de PREMUO.

Pour les transferts solidaires, ces derniers représentent 5,5 millions d'euros pour 2022.

Ils se font essentiellement au niveau des ayant-droits, alors que les retraité.es sont des contributeurs nets (en masse). À noter également, il y a un mécanisme de solidarité à l'intérieur de la population retraitée.

Sur les 5,5 millions, Bercy en compense, au maximum 4.

Une dernière tranche pour 2022 (500 000 €) va être versée. L'acompte 2023 (2 millions) a été fait.

Pour la population couverte :

- ✓ les actifs sont en baisse : -3,35 % ;
 - ✓ les retraité.es progressent : + 0,65 % ;
- La proportion respective est de 47 % (actifs.ves)/ 53 % (retraité.es) (basculée opérée depuis 2020).

L'âge moyen à la cotisation est de 36,3 ans (c'était 27 en 2021...).

La moyenne d'âge des adhérent.es est :

- ✓ 48,8 ans pour les actifs /ves ;
- ✓ 73,7 ans pour les retraité.es.

Les femmes représentent 59 % (41 pour les hommes)

La formule Vitasanté demeure la plus choisie (61 %) devant Multisanté (34 %) et Maitrisanté (5 %). Mais cette dernière atteint 25 % des nouvelles cotisations.

À noter le 100 % santé rend la formule Maitri plus attractive.

Le montant moyen des remboursements par personne protégée a augmenté de 5,3 %.

66 % du volume des prestations va vers l'hospitalisation, les frais courants et le dentaire (les médecines douces et l'audiologie connaissent des fortes augmentations tout comme le dentaire).

Le taux de couverture est par nature hétérogène selon le type de soins.

Le nombre d'agents indemnisés en IPTS s'élève à 7 200 (essentiellement en CMO).

Le nombre de dossiers pour les capitaux décès et incapacité permanente et absolue atteint 203 dossiers (en hausse).

Sur le ministère, le taux de couverture globale atteint 85 %.

Le plus grand nombre de sortie intervient lors du passage à la retraite.

Faits marquants 2023 et perspectives 2024

En 2023, l'ONDAM grimpe de 4,8 %.

En charge, il y a des transferts importants de l'assurance maladie vers les mutuelles. Par ailleurs, il y a des coûts supplémentaires liés aux soins (par exemple la revalorisation des consultations de généraliste).

La cotisation santé augmente de 2 % (inchangée pour les enfants).

Le compte de résultat traduit un ratio santé qui continue de se dégrader.

Fait marquant interne : affiliation au groupe MATMUT au 1^{er} janvier 2023.

Pour 2024, la progression de l'ONDAM est fixée à + 3,2 %.

Il y a à nouveau des transferts de charge de la sécurité sociale vers les mutuelles. De nouvelles mesures de revalorisation des soins vont entrer en vigueur (ce qui a donc un impact en termes de coût).

Dès 2023, en santé, les cotisations ne couvrent plus les prestations. Cet état de fait va se dégrader en 2024. La MGEFI a avancé un besoin économique d'une hausse de 7 % de la cotisation pour 2024. Bercy a limité cette hausse à 5 %. Par contre, cette fois-ci la cotisation enfants sera également touchée (pas de changement côté IPTS).

Le ministère a indiqué qu'il partage l'objectif de l'opérateur, mais qu'il doit prendre en compte les intérêts des agent.es (...), d'où le fait de ne pas aller aux 7 %. (NDLR : c'est clairement une démonstration incitant à pousser les feux sur une hausse des 4 millions de dotation).

Solitaires Finances a demandé que :

- ✓ Le Ministère s'implique au-delà de la compensation des 4 millions en constant que les transferts de solidarités mises en œuvre par la Mgéfi sont de 5,5 millions ;
- ✓ et que l'État-employeur agisse par tous les moyens dont il dispose notamment l'augmentation des rémunérations pour permettre à tou.tes les agent.es de souscrire une couverture complémentaire.

Un retour sur les actions de prévention a également été fait. 15 000 agent.es y ont participé. Le principe est d'avoir au moins une action phare dans chaque région administrative.

Les actions de dépistage et de vaccination, menées avec l'UROPS, connaissent un grand succès.

Les autres grands axes sont le bien-être et la santé mentale.

La MGEFI souligne, pour conclure, qu'elle atteint un très fort taux de satisfaction à 91 % en hausse de trois points.

C'est le PLF qui portera la bascule sur le nouveau système au 1^{er} novembre 2025, avec la prolongation du référencement pour atteindre cette date. La tenabilité du délai pose question sachant que dans l'intervalle, il faut mener la négociation, établir le cahier des charges, passer le marché puis opérer la phase de mise en œuvre.

Les éléments amenés par la MGEFI dans le cadre de ce comité de suivi sont ce qu'ils sont. Toutefois, ils manifestent très clairement certaines évolutions qui concernent Bercy. Par ailleurs, ils montrent aussi que la préservation des équilibres va être une gageure en matière de PSC. Les hausses vont être incontournables et devront être prises en compte pour en atténuer les effets au travers des transferts de solidarité. C'est en tout état de cause une sacrée partie qui s'annonce et ce COSUI l'a bien démontré !

Et en bonus...

Compte rendu du COSUI (29 novembre 2022)

Bilan 2021

S'agissant de la subvention 2020, 2 millions n'ont pas été consommés (crise sanitaire). Ils ont été mis en réserve pour un report sur 2021. Par ailleurs, 500 000 € ont été ajoutés afin d'atteindre les 4 millions prévus au titre du budget 2021.

L'année a été marquée par l'obligation de gestion tiers payant et par le forfait patient urgences (FPU), ex-ticket modérateur, qui sont entrés en vigueur durant la période.

On note une progression de l'ONDAM (+ 3,5 %).

Il y a une amélioration globale du niveau de prise en charge. À compter du 1^{er} juillet, la prescription de médicaments fait l'objet d'une prise en charge intégrale.

S'ajoutent également au panier la prise en charge psy, les prothèses mammaires (200 % du tarif sécurité sociale) et un forfait (100 €) de lingerie adaptée.

Les cotisations ont progressé de 2 % (à noter : enfants, IPTS et PREMUO (voir ci-après) inchangés).

Un service de téléassistance a été mis en place (SeniorAdom).

En bilan :

✓ **produits : 233 millions** (dont 190 pour les soins et 42 pour la prévoyance)

✓ **charges : 230,5 millions** (189 / 41)

Soit un solde positif de 2,5 millions.

Les transferts solidaires (solidarité familiale et intergénérationnelle) s'élèvent à 4,6 millions d'euros.

La population protégée est de 263 012 personnes (baisse de 1 %).

À eux deux, l'ensemble actif.ves + retraité.es représentent 209 000 personnes.

À noter : à compter de la fin 2021, les retraité.es sont désormais majoritaires (52%), puissant symbole des politiques subies par Bercy...

Âge moyen de l'adhésion : 27 ans

Âge moyen de l'adhérent(e) : 62 ans (+ 1 an)

Âge moyen des cotisant(e)s actif(ve)s : 48 ans.

Parmi les formules, Vita Santé demeure la plus souscrite (61%).

La formule Maitrisanté, plutôt orientée vers les jeunes adhérent.es ne représentent que 5 % de l'ensemble, mais 25 % des nouvelles adhésions.

Montant total remboursé : 154 millions (en baisse).

Remboursement moyen par adhérent : 599 euros (+ 3, 2 %).

Le dentaire est le poste qui progresse le plus en part (+ 3 % sur la période 2019/22). Il fait jeu égal avec les frais courants (23 % chacun), suivis par l'hospitalisation (21 %), l'optique (12 %) et la pharmacie (11 %).

Il y a un recours massif au réseau KALIXIA pour l'optique et les appareils auditifs.

Le tiers-payant via la plateforme ALMERIS représente 57 % des actes.

Le taux de couverture des dépenses des adhérents est de 88,7 % (en progression).

Mais ce taux est variable selon les postes (pour le dentaire et l'optique, il tombe à peine à un peu plus de 50 %).

Répartition des interruptions de travail :

73 % au titre de la CMO – 16 % en CLM – 9 % en CLD – 2 % en invalidité temporaire.

En 2021, il y a eu 331 000 € en abandons de créance.

En ce qui concerne les contrats PREMUO (capitaux décès, rentes viagères) :

✓ **capitaux décès** : 193 dossiers traités (en baisse) - âge moyen : 56 ans ;

✓ **rente dépendance** : 1 533 dossiers pour un montant de 5,5 millions et un montant moyen de 3 600 € ;

✓ **rente viagère enfant atteint de handicap** : 105 dossiers (250 000 €/ 1 839 € par dossier).

Quelques réactions...

La gestion est digne d'éloge, avec un bilan assez positif, surtout en comparaison avec d'autres ministères. Il faudrait toutefois faire une lecture globale sur 10 ou 15 ans.

Le but est de tout faire pour que cela ne change pas !

Il est aussi des questions dont les réponses incombent en tout premier lieu à l'administration (secrétariat général).

Que 85 % des agent.es soient adhérent.es est un indéniable succès. On peut éventuellement s'intéresser aux raisons qui font que 15 % font un autre choix.

Un des sujets à suivre est aussi celui du destin des retraité.es d'il y a 15 ans (au moment du référencement).

Une attention soutenue sur les écoles (et dans la durée) semble également de mise.

Enfin, compte tenu de leur part grandissante, il conviendrait également d'analyser le comportement de la population contractuelle par rapport au sujet PSC.

Premiers éléments de réponses du secrétaire général

La période jusqu'à la fin (2025) du référencement laisse un peu de temps.

Sur le nombre de personnes couvertes, cela fait un taux global qui est très fort.

Les gens ne sont pas sortis du dispositif, malgré diverses évolutions, Cela montre que ce dernier est bon.

Pour Bercy, les recrutements vont être soutenus dans les temps qui viennent. S'il y aura beaucoup de départs à la retraite, on peut à l'inverse tabler sur moins de suppressions d'emploi. Ces trois éléments joueront concomitamment sur la structure de la population concernée.

Par contre, il y a une forte alerte sur l'âge moyen qui s'élève. Or, ceci signifie des dépenses de santé en hausse.

Expression de la MGEFI

Celle-ci indique qu'elle a, avant tout choisi une politique de la tarification au plus juste.

En intégrant une progression globale des dépenses de santé, on aboutit à une nécessaire revalorisation (limitée) des cotisations.

La mutuelle souligne qu'elle a fait également un arbitrage en termes de solidarité (familiale), en n'augmentant pas la cotisation enfants.

Elle rappelle qu'elle devra faire au défi du vieillissement de la population assurée.

Toutefois, elle estime que la viabilité est assurée pour les années du référencement qui restent.

Précision sur le taux de mutualisation par les écoles : il demeure incontestablement soutenu, mais c'est évidemment un exercice compliqué.

ÉBAUCHE POUR 2022**Deux éléments de contexte :**

- ✓ évolution des prestations (contraception, psy) ;
- ✓ sortie du groupe VYV, passage avec MATMUT.

Prévisionnel des comptes :

- ✓ produits : 116 millions ;
 - ✓ charges : 117 millions ;
- (Soit un solde débiteur d'1 million).

Le volume des remboursements augmenterait de 3 %.

Les charges liées à la prévoyance progresseraient de 10 %.

S'agissant du poste IPTS, celui-ci se détériorerait beaucoup plus vite en raison d'une forte poussée des arrêts de travail.

Divers :**Relation adhérent.e**

Les indicateurs (« décroché », délai de traitement, ...) sont bons.

Le taux de satisfaction s'élève à 87,81 %, avec une hausse des « contents » et une baisse des « mécontents ».

En Trustscore (Trustpilot), la MGEFI fait 4,2 sur 5 (2 392 avis).

Prévention

Trois axes sont développés :

- ✓ sport / santé : intégration à chaque formule de souscription d'une prestation pour la prise en charge du sport.

- ✓ campagnes spécifiques (dépistage, vaccination, ...).

Sur ce point, on observe un profond décalage entre les grands sites et le reste du maillage.

- ✓ web conférence à l'égard des seniors.