



Compte rendu de la présentation du rapport sur la protection sociale complémentaire dans la Fonction publique

Partie diagnostic, le 18 juillet 2018

Le directeur de la DGAFP, M. Le Goff, a présenté le cadre politique de la présentation du rapport des inspections sur la PSC :

La partie du rapport des inspections sur le diagnostic est synthétisée à la réunion du 18 juillet. La publication ou pas de cette partie du rapport n'est pas encore arbitrée par le ministère.

La partie décrivant les propositions des inspections n'est pas présentée le 18 juillet. Ni sa présentation ni sa publication ne sont encore arbitrées par le gouvernement.

Par contre la protection sociale complémentaire fera avec certitude partie de l'agenda social à partir de septembre 2019. La perspective de l'ordonnance sur la PSC prévue par la loi sur la Fonction publique de juillet 2019 le commande.

Un document de présentation en deux parties, FP Territoriale-Etat et FP Hospitalière, est distribuée et accompagne en pièce jointe ce compte-rendu.

La Fonction publique territoriale

La labellisation nationale est considérée comme un dispositif peu performant.

La convention de participation est le plus souvent accompagnée d'une consultation des syndicats et parfois par un questionnaire aux agents. Elle est plus susceptible de reposer sur une étude des besoins. Elle n'est pas obligatoire pour les agents, contrairement aux contrats collectifs du privé.

Les remontées des bilans sociaux ne sont pas systématiques, mais il semble que 70% des collectivités locales participent financièrement à une couverture de prévoyance, pour 137€ en moyenne par agent, et 56% à une couverture de santé complémentaire, pour 205€ en moyenne par agent.

La limite financière de la participation de l'employeur public est celle de la cotisation.

La Fonction publique d'Etat

Le dispositif est celui du référencement. Les ministères financent les opérateurs et non les agents, pour au maximum la valeur des transferts de solidarité (mutualisation entre âges, rémunération, ...). Le bilan à l'issue du 2^{ème} référencement d'une durée de 7 ans est mauvais.

Le financement de la protection sociale complémentaire par l'Etat était de 80 millions d'euros jusqu'en 2006, il a diminué à 46 millions d'euros en 2007 et à 28 millions d'euros en 2015.

Les transferts de solidarité (qui justifient de ne pas recourir à de l'assurance pure) ont baissé de 48 millions d'euros entre 2015 et 2017 (suite au 2^{ème} référencement), et ne sont couverts qu'à un tiers de leur montant par l'Etat.

Quatre ministères (Culture, Education nationale, Affaires sociales, Armées) ne pourront pas dépenser 21 millions d'euros prévus pour les transferts de solidarité, car les offres non référencées (des opérateurs historiques en particulier...) restent majoritaires et les nouveaux entrants ont capté peu d'agents. En clair, la concurrence et le référencement ne fonctionnent pas. Par ailleurs la participation des employeurs peut être si faible que l'aide de l'Etat n'est tout simplement pas discriminante pour choisir une formule de protection sociale complémentaire.

La participation moyenne de l'Etat est de 12 euros en moyenne par an, 3€ pour l'Education nationale, 10€ pour la Justice, 17 à 19€ pour Culture-Finances-Affaires sociales, 33€ pour les Armées, 47€ pour l'Agriculture, 121€ pour les Affaires Etrangères (et leurs agents expatriés).

Budgétairement les crédits pour la PSC se confondent avec ceux de l'Action sociale, malgré la différence juridique entre les deux dépenses. En clair, créditer la PSC c'est déshabiller les crédits pour la restauration, l'enfance ou les vacances des agents. Au bout du compte, logiquement seul 8% des crédits d'action sociale sont alloués à la Protection sociale complémentaire.

La qualité des garanties référencées par les ministères est du niveau des garanties individuelles dans le privé, et elle est inférieure aux garanties collectives dans le privé.

Concernant la prévoyance, les données transmises aux opérateurs par les ministères sont trop parcellaires et incomplètes pour que les offres correspondent aux besoins. Les GRH n'ont d'ailleurs pas les capacités de les analyser, et n'ont par ailleurs pas une vision précise de la sinistralité de leurs propres agents.

Plus généralement, les GRH des ministères n'ont pas les compétences requises pour déterminer une politique de protection sociale complémentaire adaptée aux besoins, pour l'imposer aux opérateurs, et n'ont en général pas la mémoire des conditions des deux référencements. Ces défauts sont aggravés par l'absence de dialogue avec les syndicats sur la PSC et pendant les référencements.

Les inspections ont donc expliqué en quoi le maintien du statut quo est impossible, sans s'avancer aucunement sur des propositions.

La Fonction publique hospitalière

La FPH a un support législatif mais pas de décret permettant une participation financière de l'employeur à la PSC.

Les hospitaliers ont un dispositif statutaire par lequel les hôpitaux prennent en charge les frais d'hospitalisation pour une durée de 6 mois, les soins médicaux dispensés dans l'établissement et les produits pharmaceutiques délivrés dans l'établissement. Les employeurs hospitaliers ont la volonté de mettre ce dispositif en extinction. Son coût est de 2,5 millions hors région parisienne et de 6.2 millions à l'AP-HP

L'action sociale des hospitaliers dispose d'une prestation maladie qui couvre partiellement les pertes de rémunérations pour 150 jours d'arrêt par an, mais uniquement sur la rémunération indiciaire hors primes.

C'est le CGOS, qui mutualise l'action sociale des hôpitaux hors région parisienne, qui assure cette prestation, pour 96 millions de dépenses en 2018, et qui est en augmentation avec le vieillissement des agents.

Le référé du 14 février 2018 de la Cour des Comptes conteste la nature d'action sociale de cette prestation et la qualifie de régime de prévoyance. Elle demande que le CGOS ne l'assure plus. et que les hôpitaux réduisent leur cotisation au CGOS en conséquence.

Les inspections discutent fortement le contenu de ce référé, et considèrent que cette prestation maladie n'est pas une prestation de prévoyance, ne comportant pas de rente sans durée prévisible et de provisions. Le conseil d'administration peut en adapter le contenu à tout instant. Le débat est ainsi relancé sur la préservation de l'action du CGOS dans ce domaine.