

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET
DE LA SANTÉ



MINISTÈRE DE L'ACTION ET DES
COMPTES PUBLICS

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

Protection sociale complémentaire des agents publics (FPE/FPT)

Juillet 2019



IGF
INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES

1

Un dispositif complexe et faiblement imbriqué avec la gestion des ressources humaines

1.1

La PSC des agents publics a été réformée dans un cadre négocié avec la Commission européenne

1.2

Largement externalisée, peu mutualisée, la PSC est abordée par les DRH ministérielles de façon isolée

1.3

Dans la FPT, la PSC est davantage conçue comme un élément d'attractivité

2

Un niveau de participation financière des ministères à la PSC hétérogène et en baisse depuis 2005

2.1

Globalement en baisse, les transferts de solidarité sont sous-compensés par les ministères

2.2

Le niveau de participation financière à la PSC est très hétérogène selon les ministères

2.3

Amorcée depuis 2005, la diminution de l'enveloppe allouée à la PSC s'est accentuée depuis 2017

3

Un niveau de couverture satisfaisant en santé mais qui pourrait être mieux encadré en prévoyance

3.1

La mission n'a pas identifié de problématique d'accès aux soins spécifique aux agents publics

3.2

Sous-estimée, la couverture en prévoyance est peu encadrée et répond imparfaitement aux besoins

4

Un deuxième référencement marqué par une ouverture à la concurrence qui a fragilisé le dispositif

4.1

La volonté d'améliorer le rapport garanties/prix s'est parfois traduite par une ouverture en trompe l'œil

4.2

L'absence de bascule vers les garanties référencées interdit à quatre ministères de soutenir financièrement la PSC

Un dispositif complexe et faiblement imbriqué avec la gestion des ressources humaines

Un niveau de participation financière des ministères à la PSC hétérogène et en baisse depuis 2005

Un niveau de couverture satisfaisant en santé mais qui pourrait être mieux encadré en prévoyance

Un deuxième référencement marqué par une ouverture à la concurrence qui a fragilisé le dispositif

La PSC des agents publics a été réformée dans un cadre négocié avec la Commission européenne

Un dispositif complexe et faiblement imbriqué avec la gestion des ressources humaines

Jusqu'en 2006, des mutuelles subventionnées par l'État

Environ 80 M€ étaient alloués à la PSC en 2005

- Subventions et aides en nature versées aux seules mutuelles constituées entre fonctionnaires, uniquement dans la FPE

Un dispositif doublement remis en cause par le Conseil d'État et la Commission européenne

- Contraire au principe d'égalité car réservé aux seules mutuelles de fonctionnaires
- Constitutif d'une aide d'État jugée incompatible avec le droit européen car fournissant un avantage sélectif par rapport à d'autres acteurs sur le marché

Un nouveau dispositif négocié avec la Commission européenne pour préserver au maximum l'existant

- Choix de se situer dans le cadre d'une aide au consommateur individuel
- Un dispositif validé au regard de son objet social et des modalités de sélection des organismes assureurs
- Une difficulté originale : principe de solidarité vs couverture facultative

Aujourd'hui, deux dispositifs distincts pour la FPE et la FPT

Un seul dispositif : le référencement

- Mise en concurrence sur la base d'un cahier des charges couplant santé et prévoyance
- Obligations de solidarité imposées aux organismes complémentaires (OC) pour les prestations en santé :
 - écart maximal de un à trois entre les montants minimal et maximal de cotisations au-delà de 30 ans
 - pas de questionnaire médical
 - gratuité au-delà du 3^{ème} enfant
- Participation financière plafonnée au niveau des transferts de solidarité

FPE

Trois options, moins de contraintes

- Convention de participation, labellisation ou combinaison des deux dispositifs selon les risques
- Participation financière décorrélée du niveau des transferts de solidarité et pouvant être versée individuellement
- Un cahier des charges en labellisation très minimaliste

FPT

Largement externalisée, peu mutualisée, la PSC est abordée par les DRH ministérielles de façon isolée

Un dispositif complexe et faiblement imbriqué avec la gestion des ressources humaines

1/ Les DRH ont un faible degré de connaissance d'un dispositif dont la mise en œuvre est largement externalisée

- Technicité du dispositif et absence de compétences actuarielles dans les bureaux de l'action sociale en charge de la PSC
- Absence de mémoire sur le dispositif liée à sa durée (7 ans) et au *turn-over* dans les bureaux concernés
- Recours généralisé à des prestataires pour le lancement du référencement et son suivi qui renforce les asymétries d'information entre les DRH et les OC

2/ Malgré un effort de coordination de la DGAFP, les ministères interviennent sur la PSC en ordre dispersé

- La circulaire DGAFP/DSS du 27 juin 2016, qui reprend une partie des recommandations du rapport IGF/IGAS/IGA de 2015, visait à mieux encadrer le référencement
- Chaque ministère a mené son propre référencement selon des critères spécifiques, sans que la mission ait pu établir un lien entre les caractéristiques de l'employeur et le cahier des charges de la PSC

3/ La PSC, à laquelle les organisations syndicales sont peu associées, est faiblement imbriquée avec la GRH

- La mission a rencontré les délégations de huit organisations syndicales nationales qui, dans leur ensemble, estiment avoir peu de prise sur les décisions des employeurs publics relatives à la PSC et souhaitent majoritairement l'instauration d'un seuil de participation minimale
- Les DRH prennent peu appui sur les OC référencés dans le cadre de la PSC pour développer des actions qui pourraient contribuer à améliorer la santé des agents et leur qualité de vie au travail

Dans la FPT, la PSC est davantage conçue comme un élément d'attractivité

Un dispositif complexe et faiblement imbriqué avec la gestion des ressources humaines

Il n'existe pas de données consolidées et fiables sur la PSC dans la FPT

Des données éparées et non représentatives qui indiquent une montée en charge de la PSC

- 70 % des collectivités territoriales participeraient financièrement à la PSC au titre de la prévoyance en 2017, 56 % au titre de la santé (+ 28 points par rapport à 2010 pour les deux risques)¹
- ... mais 26 % des agents couverts en 2015² ?

Des montants de participation qui seraient en moyenne nettement plus élevés que dans la FPE

- une propension à participer liée à la taille de la collectivité ?
- en moyenne, en 2017, 137 € par an et par agent au titre de la prévoyance, 205 € au titre de la santé¹
- un montant moyen de participation qui serait plus élevé pour les agents de catégorie C²

L'approche de la PSC y semble plus ambitieuse que dans la FPE

La PSC est mise en avant par les collectivités dans leur stratégie de recrutement

- un complément de rémunération assumé et rendu visible
- un facteur d'attractivité, en particulier vis-à-vis des contractuels
- un outil de redistribution à travers la modulation du niveau de participation

Les organisations syndicales sont davantage associées à l'élaboration de la PSC qui repose plus souvent sur une étude des besoins

- vrai pour les collectivités qui font le choix d'une convention de participation
- syndicats associés à l'analyse préalable des besoins qui peut passer par un questionnaire aux agents
- OC sélectionné assimilé parfois à un partenaire, en particulier dans le champ prévoyance où les enjeux dans la FPT sont particulièrement importants

* ¹ Enquête réalisée par l'Ifop pour la Mutuelle nationale territoriale en octobre 2017

² Synthèse des bilans sociaux 2015 (DGCL)

Un dispositif complexe et faiblement imbriqué avec la gestion des ressources humaines

Un niveau de participation financière des ministères à la PSC hétérogène et en baisse depuis 2005

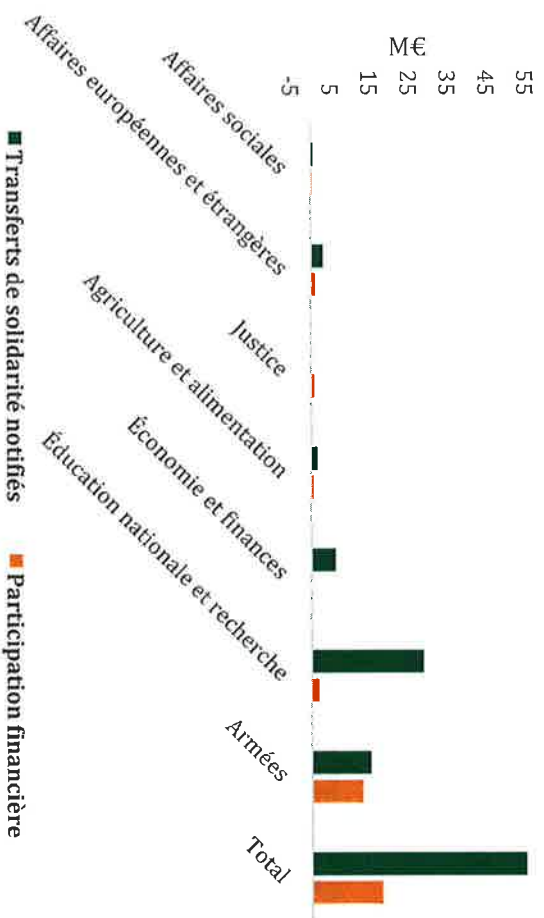
Un niveau de couverture satisfaisant en santé mais qui pourrait être mieux encadré en prévoyance

Un deuxième référencement marqué par une ouverture à la concurrence qui a fragilisé le dispositif

Globalement en baisse, les transferts de solidarité sont sous-compensés par les ministères

Un niveau de participation financière des ministères à la PSC hétérogène et en baisse depuis 2005

Les transferts de solidarité, qui ont baissé de 48 M€ par rapport à 2015, sont compensés à un tiers en 2017 par l'État

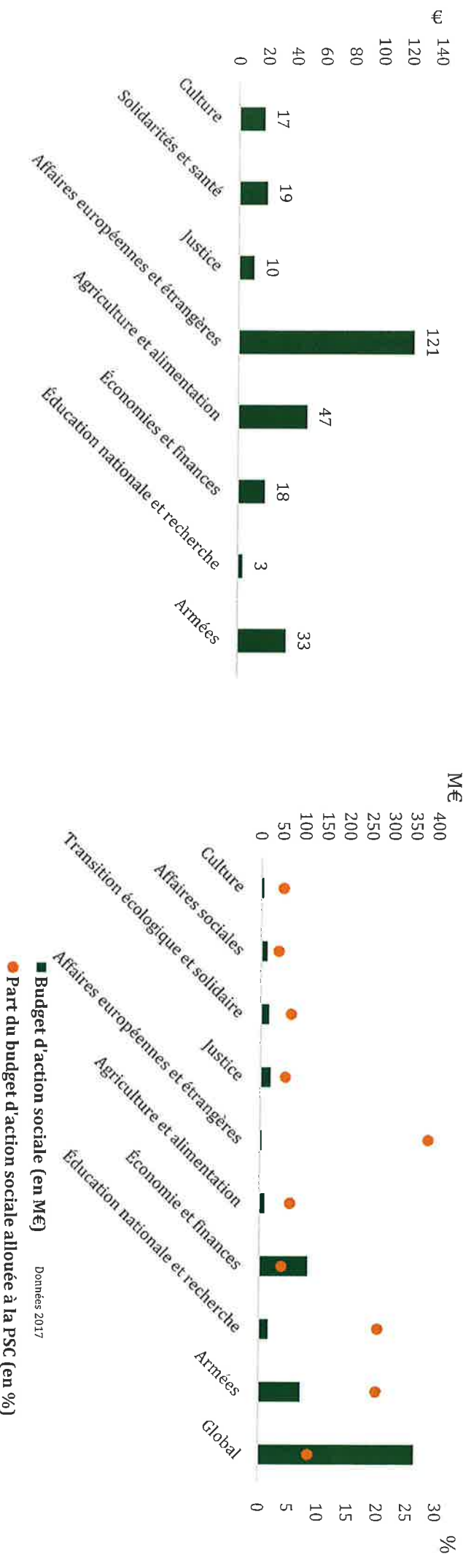


- 1 • Difficulté d'expliquer le sens de l'évolution des transferts de solidarité (notamment du fait de leur sensibilité aux évolutions tarifaires), au demeurant marginaux dans plusieurs ministères
- 2 • Une baisse essentiellement due à l'Éducation nationale (compte tenu de son poids démographique)
- 3 • Deux ministères seulement qui compensent plus de la moitié des transferts
- 4 • Au global, 33 % des transferts de solidarité compensés par l'État en 2017

Le niveau de participation financière à la PSC reste très hétérogène selon les ministères

Un niveau de participation financière des ministères à la PSC hétérogène et en baisse depuis 2005

Une participation moyenne en 2017 de 12 € par an et par agent Environ 8 % du budget d'action sociale est alloué à la PSC

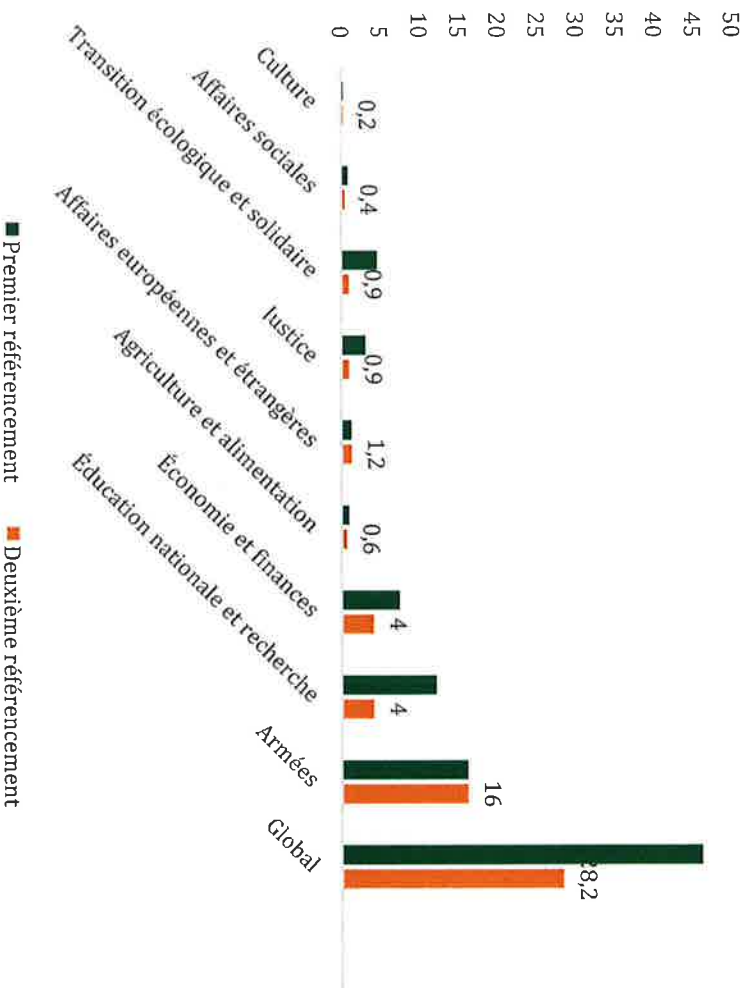


Le niveau de participation financière à la PSC dépend (i) des priorités affichées par le ministère et (ii) d'arbitrages au sein de l'enveloppe allouée à l'action sociale qui peuvent évoluer chaque année.

Amorcée depuis 2005, la diminution de l'enveloppe allouée à la PSC s'est accentuée depuis 2017

Un niveau de participation financière des ministères à la PSC hétérogène et en baisse depuis 2005

L'enveloppe prévisionnelle allouée à la PSC a diminué de 39 % entre le premier et le deuxième référencement



- 1 • ~ 80 M€/an jusqu'en 2006, ≤ 46 M€/an pendant le 1^{er} référencement, ≤ 28 M€/an prévus pour le 2^{ème}
- 2 • Seuls trois ministères (Culture, Affaires étrangères et Armées) ont maintenu leur niveau de participation entre les deux référencements
- 3 • Une diminution que certains ministères expliquent par les meilleurs rapports tarifs/garanties obtenus grâce à l'ouverture accrue à la concurrence (cf. *infra*)

NB : il s'agit sauf exceptions (MEF-moyenne entre 2009 et 2016- et MTES -montant 2009) des montants prévisionnels inscrits dans les cahiers des charges.

La mission n'a pas identifié de problématique d'accès aux soins spécifique aux agents publics

Un dispositif complexe et faiblement imbriqué avec la gestion des ressources humaines

Un niveau de participation financière des ministères à la PSC hétérogène et en baisse depuis 2005

Un niveau de couverture satisfaisant en santé mais qui pourrait être mieux encadré en prévoyance

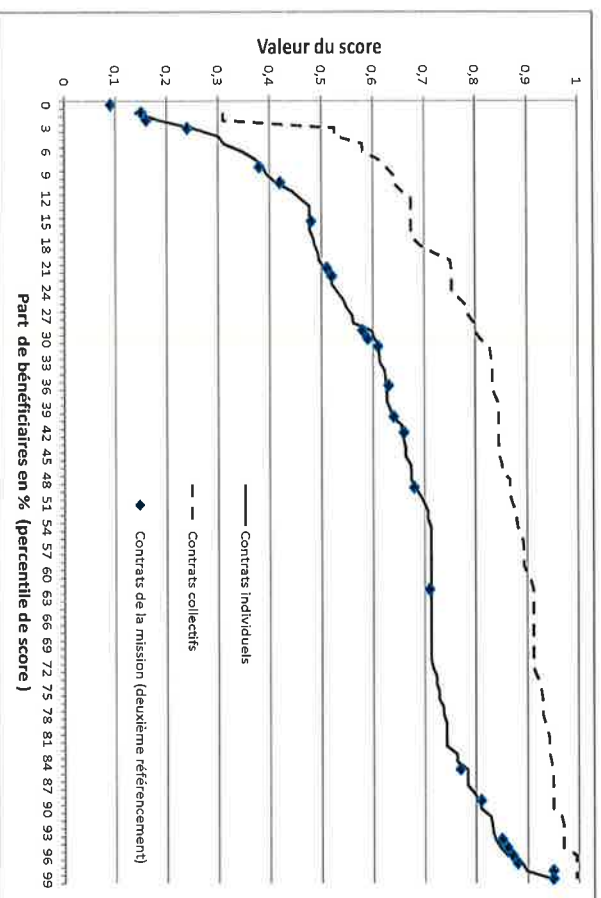
Un deuxième référencement marqué par une ouverture à la concurrence qui a fragilisé le dispositif

La mission n'a pas identifié de problématique d'accès aux soins spécifique aux agents publics

Un niveau de couverture satisfaisant en santé mais qui pourrait être mieux encadré en prévoyance

Des garanties référencées couvrant tout le spectre des contrats individuels sur le marché, mais de qualité globalement inférieure aux contrats collectifs

Positionnement des garanties telles que décrites dans les appels d'offre des ministères



Source : Drees, enquête sur les contrats les plus souscrits 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats. Lecture : En 2016, les 10 % des bénéficiaires de contrats individuels les moins bien couverts (10ème percentile) disposent d'un contrat dont le score est inférieur à 0,41. Champ : Ensemble des bénéficiaires de contrats individuels et collectifs. Les contrats ciblant les fonctionnaires (carrés noirs) sont ceux fournis par la mission.

Des agents publics qui ne se démarquent pas des salariés du privé en termes d'avis sur leur complémentaire santé ou sur l'accès aux soins

98 % des agents publics couverts par une complémentaire santé en 2014

- part stable par rapport à 2012
- + 1 point par rapport au secteur privé
- 93 % pour les agents en CDD (89 % dans le privé)

Une opinion globalement positive sur leur couverture santé, même si légèrement inférieure au privé

Des taux de renoncement aux soins comparables entre le public et le privé

Sous-estimée, la couverture en prévoyance est peu encadrée et répond imparfaitement aux besoins

Un niveau de couverture satisfaisant en santé mais qui pourrait être mieux encadré en prévoyance

1/ La prévoyance devrait faire l'objet d'une attention prioritaire au regard des spécificités méconnues de la FP

- Le statut de la FP, bien que protecteur, peut aboutir à une mise en demi-traitement de l'agent au bout d'un délai variable selon la nature du congé maladie (hors causes professionnelles)
- La suspension ou la réduction de certaines primes dans ces situations peut aggraver la perte de revenus

2/ Les informations sur la sinistralité communiquées aux OC candidats ont été insuffisantes

- Les situations d'incapacité temporaire se prolongeant et d'incapacité définitive sont relativement rares mais représentent, du point de vue des assureurs, des « sinistres » dont le coût peut être très élevé
- Or les données fournies lors des appels d'offres ministériels pour le 2^{ème} référencement sont généralement trop imprécises et incomplètes : les DRH ne font pas le lien entre le suivi des situations individuelles et la construction d'offres de prévoyance adaptées

3/ Les ministères n'ont pas cherché à encadrer les conditions d'attribution des prestations de prévoyance

- En prévoyance, la définition des conditions d'attribution des prestations revêt une grande importance pour assurer la concordance entre les avis et décisions des instances médicales, les décisions prises en conséquence par les employeurs publics et l'attribution des prestations par les OC
- Or plusieurs dispositions des règlements et contrats référencés génèrent des incertitudes sur le versement ou le maintien du versement des prestations lorsque l'agent se trouve dans une situation d'incapacité de longue durée ou d'invalidité

4/ Certaines garanties offertes paraissent mal adaptées aux besoins

- La garantie invalidité, limitée à une rente temporaire s'interrompant à l'âge légal de la retraite, n'est proposée qu'en option
- À l'inverse, la garantie « incapacité permanente et absolue » est incluse dans toutes les offres référencées alors qu'elle ne répond pas correctement au besoin de maintien des ressources

La mission n'a pas identifié de problématique d'accès aux soins spécifique aux agents publics

Un dispositif complexe et faiblement imbriqué avec la gestion des ressources humaines

Un niveau de participation financière des ministères à la PSC hétérogène et en baisse depuis 2005

Un niveau de couverture satisfaisant en santé mais qui pourrait être mieux encadré en prévoyance

Un deuxième référencement marqué par une ouverture à la concurrence qui a fragilisé le dispositif

La volonté d'améliorer le rapport garanties/prix s'est parfois traduite par une ouverture en trompe l'œil

Un deuxième référencement marqué par une ouverture à la concurrence qui a fragilisé le dispositif

Une amélioration du rapport garanties/prix non démontrée

- Des ministères conseillés par des actuaires familiers des niveaux de tarifs/garanties pratiqués dans le cadre de contrats collectifs à adhésion obligatoire
- Des cahiers des charges jugés trop rigides par les OC qui ont fait des offres qui ne correspondaient pas à leur modèle économique et qu'ils savaient parfois non viables, pour rester ou entrer sur le marché
- Au moins trois ministères ont affirmé avoir obtenu grâce à l'ouverture à la concurrence de meilleurs rapports garanties/prix...sans pouvoir le démontrer
- Des analyses de la DREES et de l'IRDES montrent néanmoins une amélioration des garanties proposées par deux ministères (sans prendre en compte la possibilité, ouverte dans le cadre du seul 1^{er} référencement, d'avoir accès à un réseau de soins mutualiste)

Une ouverture à la concurrence mal maîtrisée

16 organismes référencés en 2019 contre 10 en 2015

- des « entrants » (cf. Intériale) et des « tenants »
- de nouveaux acteurs n'appartenant pas à la famille des mutuelles

Un angle mort : la bascule des adhérents entre garanties anciennement/nouvellement référencées

- en raison du caractère facultatif du dispositif, pas de clauses prévoyant ces conditions de bascule
- les anciennes garanties peuvent donc continuer à s'appliquer
- méconnaissance par les ministères du stock des adhérents retraités, difficiles à faire basculer

Un multiréférencement qui présente plus d'inconvénients que d'avantages

- exercice du choix plus complexe pour les agents
- comportements d'antisélection de la part des « entrants » pour capter les « meilleurs risques »
- augmentation des frais d'acquisition
- segmentation du périmètre de mutualisation des risques

L'absence de bascule vers les garanties référencées interdit à quatre ministères de soutenir financièrement la PSC

Un deuxième référencement marqué par une ouverture à la concurrence qui a fragilisé le dispositif

Sur la base de données partielles, une minorité des adhérents auraient basculé sur les garanties référencées

- À la fin du 1^{er} référencement, environ sept agents actifs sur dix adhéraient à un contrat référencé
- En 2019, moins de 20 000 adhérents (essentiellement actifs) à un contrat référencé à l'Éducation nationale et aux Armées
- Seuls les MEF et le MEAE ont réussi la bascule de l'ensemble des adhérents vers les garanties nouvellement référencées, parce qu'ils ont conservé le même opérateur et ont négocié avec lui la fermeture de l'ancienne offre
- Les « entrants » ont capté à ce stade un nombre marginal d'adhérents dans les ministères concernés
- Des OC référencés privilégient la diffusion de garanties non référencées et des OC sans offre référencée affirment que l'aide de l'État n'est pas discriminante

Au moins quatre ministères ne pourront pas participer financièrement à la PSC en 2019

- Des transferts de solidarité qui devraient être réduits à néant à la Culture, à l'Éducation nationale, aux Affaires sociales et aux Armées
- Un montant de 21 M€ au global qui devait être alloué à la PSC mais qui ne pourra pas être dépensé dans ce cadre
- Des ministères encore peu conscients à date de cette situation, ces référencements ayant été initiés en 2018-19

Contacts

IGF

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES

vincent.lidsky@igf.finances.gouv.fr
irina.schapira@igf.finances.gouv.fr



delphine.chaumel@igas.social.gouv.fr
laurent.gratieux@igas.social.gouv.fr
franck.lemorvan@igas.social.gouv.fr



corinne.desforges@iga.interieur.gouv.fr



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET
DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ACTION ET DES
COMPTES PUBLICS

Protection sociale complémentaire des agents publics (FPH)

Réunion du 18 juillet 2019



IGF
INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES

Sommaire

1. L'existence de dispositifs spécifiques dans la FPH explique en partie l'absence de définition des conditions de participation de l'employeur à la protection sociale complémentaire
2. La réalité du fonctionnement de ces dispositifs ne répond pas à l'ensemble des besoins des agents qui recourent largement à la protection sociale complémentaire



L'existence de dispositifs spécifiques

1. A la différence des deux autres versants de la fonction publique, la FPH n'a pas fait l'objet d'un texte réglementaire autorisant une participation de l'employeur à la PSC
2. Le dispositif de soins gratuits réduit, en théorie, le besoin d'une complémentaire santé
3. Le versement d'une prestation du CGOS, en cas d'incapacité temporaire, diminue le besoin de garanties de prévoyance pour les personnels non médicaux
4. L'AP-HP présente des particularités au regard de ces deux dispositifs



La FPH n'a pas fait l'objet d'un décret autorisant une participation de l'employeur à la PSC

Le principe de la participation de l'employeur à la PSC des agents s'applique aux agents de la FPH

- Article 22 bis de la loi du 2 février 2007

Un projet de décret élaboré en 2007-2008 n'a cependant pas abouti rendant la loi inappliquée dans la FPH, ce qui peut s'expliquer par

- La faiblesse des aides ou conventions préexistantes à régulariser (en comparaison de la FPE et de la FPT)
- Des dispositifs spécifiques prenant déjà en charge certains des besoins visés par la PSC
- La difficulté de construire des dispositifs communs aux personnels médicaux et non-médicaux
- Les contraintes de financement



Le dispositif de soins gratuits réduit, en théorie, le besoin d'une complémentaire santé

Ce dispositif, encadré par la loi, concerne les agents de la FPH et les praticiens hospitaliers à temps plein pour la prise en charge :

- des frais d'hospitalisation pour une durée de 6 mois
- des soins médicaux dispensés dans l'établissement
- des produits pharmaceutiques délivrés dans l'établissement

Il comporte, en pratique, plusieurs limites :

- les agents contractuels et personnels médicaux n'ayant pas le statut de praticien hospitalier à temps plein n'en bénéficient pas
- la nature des activités des établissements sociaux et médico-sociaux et des hôpitaux locaux rend le dispositif inopérant pour les agents y exerçant ;
- Le dispositif ne couvre pas la famille des agents concernés, ni certains besoins non assurés à l'hôpital (prothèse dentaires, optique...)



Le versement d'une prestation du CGOS, en cas d'incapacité temporaire diminue le besoin de garanties de prévoyance pour les personnels non médicaux

L'article 116-1 du statut prévoit la mutualisation de la gestion de l'action sociale des établissements au sein d'organismes agréés

Le principal d'entre eux, le CGOS, offre une prestation « maladie » qui couvre partiellement les pertes de rémunération résultant d'une incapacité temporaire de travail (ITT) prolongée pour une durée d'indemnisation

- de 150 jours par an pour les fonctionnaires
- calée sur la durée du demi-traitement en CMO et sur les 3 premiers mois de chacune des deux années de demi-traitement en CGV pour les contractuels

Cette prestation ne couvre en revanche pas la perte de revenu des agents en ITT après épuisement de leurs droits statutaires, ni des agents mis à la retraite pour invalidité

Le montant de la prestation maladie, qui peut être révisé à tout moment par les instances de direction du CGOS, est fonction du traitement indiciaire de l'agent (ne couvre pas la perte de primes)



L'AP-HP présente des particularités au regard de ces deux dispositifs

Des soins gratuits plus larges et principalement gérés par deux mutuelles

- Depuis sa mise en place au XIXème siècle, ce dispositif a été étendu au fil du temps (notamment à certains soins de ville) et maintenu en vigueur par la loi de 1986 par dérogation au dispositif général
- Un large périmètre de soins gratuits dont les modalités de mise en œuvre dépendent des choix des agents en matière de couverture complémentaire
 - Pour les agents adhérant aux deux mutuelles conventionnées (représentant 69% de l'effectif éligible), l'AP-HP rembourse les deux mutuelles de la part complémentaire
 - Les agents adhérant à d'autres OC ou sans couverture complémentaire bénéficient, à leur demande, de la prise en charge directe par l'AP-HP (soins dispensés dans l'établissement) ou du remboursement de la part non prise en charge par la sécurité sociale (soins de ville)
- Un dispositif qui fait l'objet d'une communication limitée

L'organisme gérant l'action sociale ne verse pas de prestations en cas de perte de rémunération



Fonctionnement des dispositifs

1. Le dispositif de soins gratuits est de moins en moins et très inégalement appliqué
2. En croissance rapide, la prestation « maladie » du CGOS est remise en cause
3. Difficile à mesurer, le taux d'adhésion des agents hospitaliers à des garanties de PSC semble se rapprocher de celui des agents des autres versants



Le dispositif de soins gratuits est de moins en moins et très inégalement appliqué

Une pratique devenue minoritaire

- En matière de consultations médicales (composante de frais la plus prise en charge au titre de ce dispositif), 28% des CHU/CHR, 21% des CH et 13% des CHS appliquent le dispositif
- Peu d'agents ont recours au dispositif parmi les établissements l'appliquant : au maximum 3% des agents éligibles bénéficient de soins gratuits en matière d'hospitalisation

Plusieurs facteurs expliquent cette tendance

- L'assujettissement des frais liés aux soins gratuits au régime social et fiscal des avantages en nature
- La faible promotion, voire l'absence de mise en œuvre du dispositif par les directions qui le considèrent complexe et peu adapté aux besoins des agents mais également comme un manque à gagner dans un contexte budgétaire contraint
- La possibilité de bénéficier de soins dans un cadre plus informel

Le coût annuel des soins gratuits (hors AP-HP) est estimé à 2,5M€, avec de fortes disparités entre établissements, et 6,2M€ pour l'AP-HP

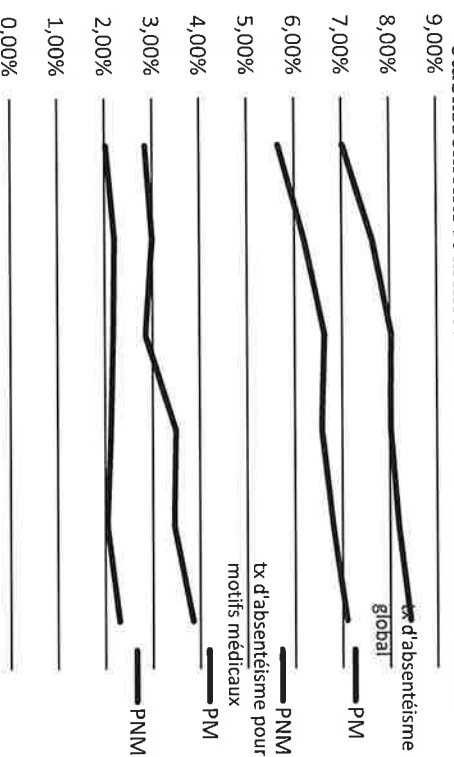


En croissance rapide, la prestation « maladie » du CGOS est remise en cause

Une progression lente mais continue de l'absentéisme dans les établissements de santé

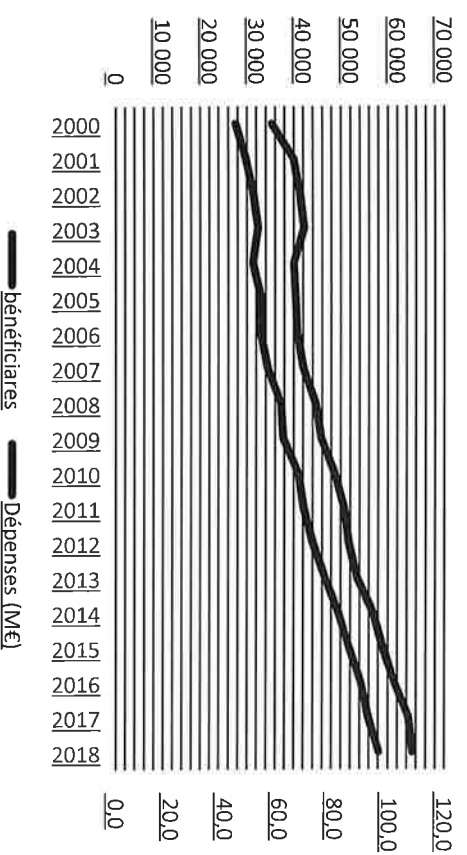
Des dépenses du CGOS qui reflètent ces tendances avec 96M€ de dépenses en 2018...

Evolution de l'absentéisme depuis 2012 dans les établissements fournissant leurs bilans sociaux à l'ATIH



Source : Données ATIH extraites de Scan santé et traitées par la mission

Evolution du nombre de bénéficiaires et des dépenses de la prestation maladie CGOS



Source : CGOS, « chiffres clés 2017 » et données communiquées par le CGOS

Une augmentation du nombre de pensions de retraite pour invalidité de 27% de 2012 à 2018

... qui ont conduit à des ajustements en janvier 2017



Le débat sur la nature juridique de la prestation maladie du CGOS

La qualification juridique de prestation d'action sociale a été mise en cause par un référé de la Cour des comptes

- Sans participation du bénéficiaire à la dépense engagée et sans conditions de ressources, ni examen de la situation personnelle ou familiale, elle devrait plutôt relever de la PSC

Cette qualification peut néanmoins s'appuyer sur la lettre des textes et les travaux parlementaires ayant conduit à leur adoption

- La prestation du CGOS n'a, en tout état de cause, pas la nature d'une prestation d'assurance

Ce débat renvoie en revanche au caractère précaire de la prestation, alors qu'elle est généralement vécue comme un prolongement des droits statutaires



Le taux d'adhésion des agents hospitaliers à des garanties de PSC semble se rapprocher de celui des agents des autres versants

En santé, le taux et le niveau de couverture peuvent être estimés proches de celui constaté pour les autres versants

- Le taux de couverture des agents de la FPH s'établit entre 85% et 97% (selon les sources)
- Les agents de la FPH ont une opinion globalement positive de leur couverture santé, même si le taux de satisfaction est inférieur à celui constaté pour les agents du privé
- Le taux de renoncement aux soins déclaré par les agents de la FPH (22%) est comparable à l'ensemble de la population (26% pour l'ensemble de la fonction publique et 24% pour le privé)

En prévoyance, les données disponibles sont trop difficiles à consolider pour permettre une estimation fiable

- L'offre de certains organismes complémentaires tient compte de l'indemnisation du CGOS
- D'autres organismes complémentaires ont développé des offres santé-prévoyance destinées aux personnels médicaux hospitaliers

