

Décrets, arrêtés, circulaires

ACCORDS COLLECTIFS DANS LA FONCTION PUBLIQUE

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Accord du 14 juin 2024 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de santé et de prévoyance des ministères sociaux ainsi que des établissements publics et autorités indépendantes

NOR : TSSR2418846O

Le présent accord est signé.

Entre :

La ministre du travail, de la santé et des solidarités,

Et :

L'Union nationale des syndicats autonomes (UNSA)/Fédération Santé-Cohésion sociale ;

La Fédération INTERCO CFDT ;

L'Union fédérale des syndicats de l'Etat (UFSE) CGT ;

Le Syndicat des ministères des affaires sociales et du travail (SMAST) CGT ;

Le Syndicat national des personnels des affaires sanitaires et sociales (SNPASS) FO ;

La FSU SNUTEFE ;

Le SNTEFP CGT ;

Le SUD-TAS (membre de Solidaires fonction publique) ;

Le SYNTEF-CFDT ;

L'UNSA ITEFA ;

FO TEF.

Ensemble désigné par « *les parties* » ;

Vu le code de l'action sociale et des familles ;

Vu le code des assurances ;

Vu le code civil ;

Vu le code de la commande publique ;

Vu le code général de la fonction publique, notamment ses articles L. 9, L. 223-1, L. 827-1 et L. 827-2 ;

Vu le code général des impôts ;

Vu le code de la mutualité ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code du travail ;

Vu le décret n° 2020-1427 du 20 novembre 2020 relatif aux comités sociaux d'administration dans les administrations et les établissements publics de l'Etat ;

Vu le décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat ;

Vu l'accord interministériel relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat du 26 février 2022 ;

Vu l'accord interministériel du 20 octobre 2023 relatif à l'amélioration des garanties en prévoyance (incapacité de travail, invalidité, décès) dans la fonction publique de l'Etat ;

Vu l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique, notamment le II de l'article 1^{er} ;

Vu les conventions de référencement confiant à la MGAS et la MGEN la gestion d'une offre de protection sociale complémentaire en faveur des agents des ministères sociaux et des opérateurs associés ;

Vu l'arrêté du 30 mai 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat ;

En application des dispositions du décret n° 2021-904 du 7 juillet 2021 relatif aux modalités de la négociation et de la conclusion des accords collectifs dans la fonction publique, les parties conviennent de définir les modalités de

la protection sociale complémentaire des agents des ministères sociaux, ainsi que des agents des établissements publics et autorités indépendantes qui ont donné leur mandat à cet effet.

Préambule

L'accord du 26 janvier 2022 et l'accord du 20 octobre 2023 ont été conclus dans le but de favoriser et d'améliorer la protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique. Le premier accord pose le cadre d'un régime de protection sociale complémentaire en santé de qualité pour les agents, fondé sur un socle interministériel de garanties santé, dans le cadre de contrats collectifs avec une participation financière de l'employeur.

L'accord interministériel du 26 février 2022 et le décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 rendent obligatoire l'adhésion à la couverture de protection sociale complémentaire santé. Cette adhésion obligatoire permet aux agents de bénéficier de tarifs collectifs et de garanties santé plus étendues dans le cadre d'un contrat mutualisé.

Ce régime succédera d'une part, au dispositif temporaire de remboursement d'une partie des cotisations de protection sociale complémentaire santé des agents civils de l'Etat et, d'autre part, au dispositif de participation au financement de la protection sociale complémentaire, dit de « référencement », dans le cadre des conventions confiant à la MGAS et la MGEN la gestion d'une offre de protection sociale complémentaire en faveur des agents des ministères sociaux et des opérateurs associés.

Le second accord, relatif à la prévoyance, prévoit une amélioration des garanties statutaires et définit des garanties interministérielles, mises en œuvre dans le cadre de la protection sociale complémentaire. Une participation de l'employeur est prévue en vue de financer une part de la cotisation des actifs à des garanties complémentaires dans le cadre d'un régime collectif à adhésion facultative.

Les ministères sociaux, ainsi que les établissements publics et autorités publiques indépendantes qui ont donné leur mandat à cet effet, et dont la liste figure en annexe 1 du présent accord, sont dénommés sous l'appellation « *Employeur* ».

Le présent accord ministériel est pris en application des dispositions relatives à la négociation collective aux articles L. 221-1 à L. 226-2, L.227-2 à L. 227-4 et L. 827-1 à L. 827-3 du code général de la fonction publique.

La négociation collective menée avec les organisations syndicales représentatives au sein des comités sociaux d'administration ministériels (CSAM) a conduit à définir, dans le respect de la réglementation en vigueur, les modalités, conditions et garanties du régime d'assurance collective complémentaire obligatoire santé et facultatif en prévoyance.

Le présent accord ministériel s'inscrit dans le cadre défini par l'accord de méthode signé par les organisations syndicales représentatives le 11 octobre 2023.

Le présent accord complète et précise les dispositions des accords interministériels du 26 février 2022 et du 20 octobre 2023, qui sont applicables à l'Employeur et s'inscrit dans le cadre réglementaire en vigueur. Il prendra en compte toutes les évolutions réglementaires à venir.

TITRE 1^{er}

DIPOSITIONS COMMUNES AU NOUVEAU CADRE DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE POUR LA SANTÉ ET LA PRÉVOYANCE

Article 1^{er}

Objet

Le présent accord a pour objet, d'une part de décliner les dispositions des accords interministériels du 26 février 2022 et du 20 octobre 2023 sur le volet santé et prévoyance, et d'autre part de préciser les modalités de fonctionnement de l'adhésion des agents au contrat collectif d'assurance qui sera souscrit par l'Employeur auprès d'un organisme assureur habilité, sur la base des garanties définies dans le présent accord et de modalités d'application définies dans ledit contrat d'assurance. Ces garanties complémentaires permettront ainsi aux agents de bénéficier de prestations complétant celles servies par les organismes de Sécurité sociale. L'adhésion au régime santé ainsi mis en place est obligatoire sauf clause de dispense et s'impose à tous les agents actifs du périmètre concerné. Pour les retraités et ayants droit l'adhésion est facultative. L'adhésion au régime prévoyance est facultative.

Les agents ayant fait valoir le bénéfice d'un cas de dispense au titre de la couverture obligatoire de remboursement de frais de santé conservent la possibilité d'adhérer au régime de prévoyance.

Article 2

Périmètre de l'accord

Le périmètre de l'accord concerne les agents des ministères sociaux, en administration centrale et dans les services déconcentrés ainsi que ceux des établissements publics et autorité publique indépendante listés à l'annexe 1 qui ont donné leur mandat à cet effet.

Les parties conviennent que le présent accord est directement applicable au sein desdits établissements publics et autorité publique indépendante dès son entrée en vigueur.

Le périmètre ainsi défini peut s'étendre aux établissements publics, autorités administratives indépendantes et autorités publiques indépendantes qui, ultérieurement, rejoindraient le dispositif. Un avenant au présent accord devra être établi à cet effet.

TITRE 2

PROTECTION SOCIALE EN SANTÉ

Article 3

Bénéficiaires

Article 3.1

Bénéficiaires à titre obligatoire

Le régime complémentaire obligatoire de frais de santé s'applique aux agents dits « actifs » qui sont employés et rémunérés par l'une des entités mentionnées à l'article 2 du présent accord.

L'article 2 du décret du 22 avril 2022 liste spécifiquement les agents concernés (y compris les agents des Autorités administratives indépendantes). Il s'agit entre autres :

- des fonctionnaires civils de l'Etat ;
- des agents contractuels de droit public ;
- des agents contractuels de droit privé non couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire prévu à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

Les agents conservent la qualité de bénéficiaire actif et l'obligation d'adhésion au dispositif même lorsqu'ils se trouvent dans l'une des situations suivantes :

- congé parental ;
- disponibilité pour raison de santé, congé sans rémunération pour raison de santé ou congé sans salaire pour raison de santé, de maternité ou lié aux charges parentales ;
- congé de proche aidant, congé de présence parentale et congé de solidarité familiale ;
- congé de formation professionnelle.

Les agents affectés dans les départements et régions d'outre-mer et en Polynésie française bénéficient du régime de protection sociale complémentaire en santé défini par le présent accord.

Les agents affectés à Saint-Pierre-et-Miquelon adhèrent exclusivement au régime de sécurité sociale de droit local.

Les agents affectés en Nouvelle-Calédonie depuis moins de six mois bénéficient du régime de protection sociale complémentaire en santé défini par le présent accord. Lorsque leur affectation égale ou excède six mois, ils adhèrent exclusivement au régime de sécurité sociale de droit local.

Les agents affectés à Wallis-et-Futuna bénéficient d'une gratuité des soins.

S'agissant des agents exerçant à l'étranger, les agents détachés au ministère chargé des affaires étrangères bénéficient des régimes de protection sociale complémentaire qui s'appliquent aux agents du ministère chargé des affaires étrangères et dont les garanties en santé sont rappelées en annexe 3 du présent accord.

Les agents recrutés sur contrats locaux ne bénéficient pas des régimes définis par le présent accord, sauf s'ils adhèrent volontairement au régime général de sécurité sociale.

Article 3.2

Bénéficiaires à titre facultatif

Selon les articles 4 et 5 du décret du 22 avril 2022, les anciens agents retraités ainsi que les ayants droit des agents actifs ou retraités peuvent décider d'adhérer au contrat collectif objet du présent accord. Les retraités disposent d'un délai d'un an pour adhérer après avoir été informés de l'offre disponible.

Peuvent être affiliés au régime ainsi mis en place les personnes dans les situations suivantes :

- conjoint non séparé de corps dans les conditions prévues à l'article 296 du code civil d'un bénéficiaire actif ou d'un bénéficiaire retraité ;
- personne liée par un pacte civil de solidarité à un bénéficiaire actif ou à un bénéficiaire retraité ;
- personne vivant en concubinage avec un bénéficiaire actif ou un bénéficiaire retraité dans les conditions prévues à l'article 515-8 du code civil ;
- enfant ou petit-enfant d'un bénéficiaire actif ou d'un bénéficiaire retraité, ou de leur conjoint ou d'une personne liée à eux par un pacte civil de solidarité ou vivant en concubinage avec eux, ou enfant confié par décision de justice aux mêmes personnes, à leur charge au sens de l'article L. 196 du code général des impôts et ne bénéficiant pas d'un autre régime ou dispositif de protection sociale complémentaire au titre de leur activité professionnelle, et qui est :
 - a) Agé de moins de 21 ans ;

- b) Agé de moins de 25 ans, s'il justifie de la poursuite de ses études, est en contrat d'apprentissage ou est demandeur d'emploi au sens de l'article L. 5411-1 du code du travail ;
- c) Reconnu handicapé par la commission mentionnée à l'article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles.

Le conjoint survivant et l'enfant orphelin du bénéficiaire actif ou du bénéficiaire retraité décédé, titulaire d'une pension de réversion ou d'orphelin d'un des régimes mentionnés au 1° de l'article 5, conservent, à leur demande, la qualité de bénéficiaire ayant droit après le décès du bénéficiaire actif ou du bénéficiaire retraité. Sa demande d'adhésion est formulée dans le délai d'un an à compter du décès.

L'annexe 5 apporte des précisions quant aux bénéficiaires du dispositif.

Article 3.3

Cas de dispenses d'adhésion (sur demande et sur présentation de justificatifs)

Par dérogation au caractère obligatoire du présent régime, certains agents, répondant aux situations mentionnées dans la réglementation en vigueur et rappelées ci-après, peuvent être dispensés d'adhérer à leur demande s'ils respectent les conditions suivantes :

- être agent contractuel de droit privé couvert par un contrat collectif à adhésion obligatoire prévu à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale ;
- être bénéficiaire des dispositions relatives à la complémentaire santé solidaire de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale. Cette dispense est possible jusqu'à la date à laquelle les agents cessent de bénéficier de cette couverture ;
- être couvert par un contrat individuel pour la couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident, à la date d'entrée en vigueur du premier contrat collectif sélectionné par son employeur ou à la date de sa prise de fonctions, si elle est postérieure. Cette dispense est possible jusqu'à la date d'échéance du contrat individuel, dans la limite de douze mois ;
- avoir conclu un contrat de travail à durée déterminée, à la condition qu'il bénéficie d'une couverture individuelle des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident ;
- être bénéficiaire, pour les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident, y compris en tant qu'ayant droit, de l'un des dispositifs suivants :
 - couverture collective à adhésion obligatoire mise en place selon l'une des modalités prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale ;
 - couverture individuelle prévue au I de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale ;
 - régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières prévu par le décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 approuvant le statut national du personnel des industries électriques et gazières ;
 - couverture collective dans la fonction publique territoriale ou hospitalière en application de l'article L. 827-2 du code général de la fonction publique ;
- peuvent être également dispensés d'adhérer au régime de santé obligatoire les agents en qualité d'ayant droit à titre facultatif de la couverture collective relevant d'un dispositif de protection sociale complémentaire présentant un caractère collectif et obligatoire de leur conjoint.

Un agent dispensé de l'obligation d'adhérer peut renoncer à sa dispense et demander à adhérer au contrat. Dans ce cas, aucune majoration de cotisation ne peut lui être appliquée.

Article 4

Garanties et dispositifs annexes

Article 4.1

Garanties de la couverture collective du panier de soins socle en matière de frais de santé

Le contrat collectif comporte les garanties de protection sociale complémentaire relatives au remboursement des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident ainsi que les montants de remboursement définis par l'arrêté du 30 mai 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais santé.

Le panier de soins socle du contrat collectif est celui défini par l'accord du 26 janvier 2022 et par l'annexe de l'arrêté du 30 mai 2022. Il est rappelé en annexe 6 du présent accord.

Pour les agents exerçant à l'étranger bénéficiant du régime de protection sociale complémentaire en santé défini par le présent accord, les garanties sont celles prévues en annexe 3 du présent accord, inspirées du régime applicable aux agents du ministère chargé des affaires étrangères.

L'adhésion aux prestations de la couverture collective des frais de santé est obligatoire pour tout bénéficiaire actif hors cas de dispenses.

L'employeur prend en charge la moitié de la cotisation d'équilibre des bénéficiaires actifs, définie chaque année en associant la Commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS) et en application de l'article 14 du décret du 22 avril 2022 susmentionné

Le solde se répartit entre part individuelle forfaitaire et part individuelle solidaire.

Article 4.2

Garantie(s) optionnelle(s)

Afin de proposer des garanties renforcées aux agents, des garanties optionnelles peuvent être souscrites par ces derniers.

L'agent a la possibilité de changer d'option dans la limite d'un changement par an.

Ces options viennent améliorer le panier de soins interministériel, tout en respectant le cahier des charges des contrats responsables définis par les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Le choix d'une option par l'agent emporte automatiquement adhésion de ses ayants-droits adhérents à cette même option.

L'employeur participe au financement de la cotisation des agents actifs au titre des options. Quel que soit le nombre d'options, la participation de l'employeur public est plafonnée à hauteur de 50 % et dans la limite de 5 €.

Le tableau de garanties des options figure à l'annexe 2 du présent accord collectif. Après avis de la CPPS les taux et montants de remboursement des garanties optionnelles peuvent faire l'objet de modifications donnant lieu à un avenant au contrat objet du présent accord.

Article 4.3

Portabilité des droits

Conformément à l'article 26 du décret du 22 avril 2022, en cas de cessation de la relation de travail liant l'agent à son employeur, les garanties sont maintenues à titre gratuit au bénéfice de l'agent et de ses ayants droit pendant une durée maximum de 12 mois.

Ce bénéfice est accordé à l'agent sous réserve qu'il soit inscrit comme demandeur d'emploi et indemnisé à ce titre par le régime d'assurance chômage.

Les garanties maintenues sont identiques à celles des bénéficiaires actifs, y compris en cas d'évolution du régime.

Article 4.4

Les actions de prévention en santé

Des actions de prévention en santé à destination des bénéficiaires sont mises en œuvre par l'organisme complémentaire avec lequel le contrat collectif est conclu.

Ces actions ne se substituent pas aux actions de prévention que l'Employeur met en œuvre au titre de ses obligations en matière de santé et sécurité au travail.

La CPPS participe à la définition des modalités de mise en œuvre et au pilotage de ces actions.

Ces actions de prévention en santé sont entièrement à la charge de l'organisme. Elles ne font l'objet d'aucune participation financière, ni de la part de l'employeur public, ni de celle des bénéficiaires.

Il est rendu compte à la CPPS de la mise en œuvre de ces actions.

Elles sont mises en œuvre dans un cadre coordonné, en complémentarité avec les dispositifs existants au sein des établissements publics, autorités administratives indépendantes et autorités publiques indépendantes.

Article 4.5

Accompagnement social

Des prestations d'accompagnement social à destination des bénéficiaires du contrat collectif ministériel sont proposées par l'organisme assureur à la CPPS.

Conformément à l'article 27 du décret du 22 avril 2022, ces prestations sont attribuées en fonction de l'état de santé et des ressources des bénéficiaires. Les bénéficiaires exposés à des frais médicaux coûteux, les personnes en situation de handicap ou de dépendance feront l'objet d'une attention particulière.

La CPPS participe à la définition et au pilotage de ces prestations.

Les modalités de financement de ces prestations sont définies à l'article 5.1.2 du présent accord.

Il est rendu compte à la CPPS de la mise en œuvre de ces prestations.

Article 4.6

Non-concurrence

Le marché public prévoira que l'opérateur ne propose aux bénéficiaires actifs aucun contrat ou aucune option surcomplémentaire ou concurrent aux options du régime.

Article 4.7

Fonds d'aide au retraités

Un fonds d'aide à destination des bénéficiaires retraités est mis en place. L'objectif de ce fonds est de prendre en charge une partie de la cotisation des retraités. L'octroi de cette aide tient compte des ressources du bénéficiaire retraité.

Les modalités de mise en œuvre de cette aide sont déterminées par la CPPS.

Article 5

Cotisations

Article 5.1

Cotisations au panier sociale de soins interministériel

Article 5.1.1

Montant de la cotisation d'équilibre

Exprimées en euros, les cotisations des bénéficiaires actifs pour la protection complémentaire santé ne dépendent ni de leur âge, ni de leur état de santé.

Le montant initial de la cotisation d'équilibre est fixé par l'organisme assureur avec lequel le contrat collectif est conclu. Celui-ci peut évoluer chaque année en fonction des dépenses effectivement constatées, des solidarités familiales et des éventuelles évolutions réglementaires.

Article 5.1.2

Cotisations additionnelles

Le fonds d'aide à destination des retraités est alimenté par une cotisation additionnelle versée par l'ensemble des bénéficiaires des contrats collectifs, dont le pourcentage est fixé à 2 % des cotisations hors taxe qu'ils acquittent.

Les prestations d'accompagnement social sont financées par la collecte d'une cotisation additionnelle fixée, à la mise en place du dispositif, à 0,5 % des cotisations hors taxe acquittées par les bénéficiaires des contrats collectifs.

Les taux sont réévalués au besoin par la CPPS.

Article 5.1.3

Cotisation des agents actifs

Le financement de la cotisation d'équilibre se répartit comme suit :

- en application de l'article 15 du décret du 22 avril 2022 et de façon forfaitaire, l'Employeur prend en charge 50 % de la cotisation d'équilibre (incluant la cotisation de référence et la mise en œuvre des mécanismes de solidarité) ;
- l'agent a à sa charge :
 - une première part forfaitaire de 20 % de la cotisation d'équilibre ;
 - une part individuelle solidaire correspondant, en moyenne sur la population des bénéficiaires actifs, à 30 % de la cotisation d'équilibre. La part individuelle solidaire est calculée en appliquant un coefficient défini chaque année par l'employeur et exprimé en pourcentage de la rémunération mensuelle brute du bénéficiaire actif (rémunération mensuelle brute assujettie à CSG et CRDS), prise en compte dans la limite du plafond mensuel de la sécurité sociale. Le coefficient est identique pour l'ensemble des bénéficiaires actifs.

L'agent doit également s'acquitter des cotisations additionnelles présentées à l'article 5.1.2 du présent accord.

Article 5.1.4

Cotisation des agents retraités

Le montant de la cotisation des bénéficiaires retraités évolue en fonction de l'âge par tranches annuelles à compter de 25 ans, s'agissant des retraites pour invalidité, et jusqu'à 75 ans.

Il ne dépasse :

- ni le financement du recours effectif moyen de ces bénéficiaires aux garanties couvertes (la cotisation d'équilibre) ;
- ni les plafonds définis par les articles 7.1.2. et 7.1.3. de l'accord du 26 janvier 2022.

Les taux plafond indiqués évoluent, le cas échéant, selon les modalités fixées par le décret du 22 avril 2022. Après avis de la CPPS, le montant de la cotisation est fixé annuellement par tranche d'âge annuelle des agents retraités en fonction des comptes de résultat des bénéficiaires retraités, dans la limite de ces plafonds.

Article 5.1.5

Cotisation des ayants droit

La cotisation des ayants droit des bénéficiaires actifs et retraités est fixée dans le contrat collectif :

- dans la limite de 100 % de la cotisation d'équilibre pour les enfants de plus de 21 ans dans la limite de 25 ans s'ils justifient de la poursuite de leurs études ou sans limite d'âge s'ils sont reconnus en situation de handicap ;
- 50 % de la cotisation d'équilibre pour les enfants de moins de 21 ans, dans la limite de 2 enfants (gratuité à compter du troisième enfant âgé de moins de 21 ans) sous réserve d'une disposition réglementaire plus favorable ;
- la cotisation des ayants droit conjoints (mariés, partenaires de PACS et concubins) des bénéficiaires actifs est fixée dans le contrat collectif dans la limite de 110 % de la cotisation d'équilibre ;
- la cotisation des ayants droit conjoints (mariés, partenaires de PACS et concubins) des bénéficiaires retraités est fixée dans le contrat collectif selon les modalités fixées par le décret du 22 avril 2022.

Article 5.2

Cotisations aux garanties optionnelles

Lorsque l'agent choisit d'adhérer à l'une des garanties optionnelles, il doit s'acquitter de la cotisation correspondant aux bénéficiaires du contrat de base (l'agent et ses éventuels ayants droit). A cet effet, cette souscription, facultative, donne lieu au paiement d'une cotisation en sus de celle due au titre de la garantie des prestations de base.

L'employeur prend part au financement des garanties optionnelles de l'agent actif à hauteur de 50 % de la cotisation, dans la limite d'un plafond de 5 € par bénéficiaire actif et par mois.

La cotisation d'adhésion à la première option pour les agents fait également l'objet d'une solidarité en fonction du revenu selon les mêmes modalités que pour le panier de base, sous réserve que le coût de gestion du dispositif n'annule pas son intérêt.

La cotisation d'adhésion aux options pour le premier enfant de moins de 21 ans est égale au maximum à 50 % de la cotisation permettant de couvrir le coût de l'option des bénéficiaires actifs. Elle est égale à 25 % pour le deuxième enfant de moins de 21 ans. Elle est gratuite à partir du troisième enfant de moins de 21 ans.

La cotisation d'adhésion aux options est réévaluée chaque année par rapport à la cotisation d'équilibre, en fonction du bilan constaté relatif à ces options.

Article 5.3

Evolutions tarifaires

Les montants de cotisations définis dans le contrat peuvent faire l'objet d'une révision chaque année en fonction des résultats du contrat.

La commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS) participe à la fixation du montant de la cotisation d'équilibre et à l'appréciation des demandes d'évolutions tarifaires présentées par l'organisme assureur.

En cas d'acceptation, les agents sont informés de la modification de leur cotisation ainsi que de sa date de prise d'effet.

Les agents sont informés de la modification de leur cotisation ainsi que de sa date de prise d'effet.

TITRE 3

PROTECTION SOCIALE EN PRÉVOYANCE

Article 6

Bénéficiaires du régime collectif de protection sociale complémentaire en prévoyance

Les bénéficiaires du régime collectif de prévoyance sont les agents titulaires, stagiaires et contractuels des ministères, de leurs établissements et de leurs autorités, en situation d'activité, rémunérés et employés par les personnes morales citées à l'article 3 (périmètre accord) du présent accord.

La couverture complémentaire proposée par l'employeur public est facultative.

Sous réserve des dispositions réglementaires d'application de l'accord du 20 octobre 2023, pour les agents placés en position interruptive de rémunération par un employeur public, notamment en disponibilité ou en congé parental, le contrat est suspendu jusqu'au jour de leur réintégration s'agissant de l'incapacité et de l'invalidité. Il reste en vigueur s'agissant des garanties décès.

Article 7

Garanties interministérielles en prévoyance

Les garanties complémentaires en prévoyance sont garanties par l'accord du 20 octobre 2023. Elles sont mises en œuvre par le régime collectif à adhésion facultative.

Article 8

Garanties additionnelles en prévoyance

Les garanties additionnelles sont mises en œuvre par le régime collectif à adhésion facultative.

Le régime proposera les garanties additionnelles suivantes :

– option A :

1. En complément des garanties statutaires et complémentaires, le maintien de 80 % de la rémunération globale des personnels titulaires et contractuels, pendant la durée du congé de maladie rémunéré à mi-traitement ;
2. Le maintien de 80 % de la rémunération globale, en congé de longue durée les quatrième et cinquième années ;
3. Sous réserve des dispositions réglementaires d'application de l'accord du 20 octobre 2023, le maintien de 80 % de la rémunération pour les personnels en disponibilité pour raison de santé (DORS) dont l'invalidité aura été reconnue pendant la période transitoire courant entre l'entrée en vigueur du régime et la réforme statutaire de l'invalidité ;

– option B :

1. Frais d'obsèques ;
2. Perte d'autonomie.

Les bénéficiaires pourront adhérer à chacune de ces options. L'assureur pourra proposer d'autres garanties additionnelles supplémentaires.

Article 9

Assiette de calcul des garanties et des cotisations

Pour l'ensemble des garanties complémentaires et additionnelles, la rémunération de référence servant d'assiette au calcul des cotisations est celle définie pour l'incapacité et l'invalidité, par l'article 2.2 et pour le décès, par l'article 7 de l'accord du 20 octobre 2023.

Article 10

Financement du régime collectif de prévoyance

L'employeur participe selon les dispositions de la réglementation au financement de la cotisation des bénéficiaires actifs pour le socle interministériel de garanties du régime complémentaire de prévoyance sélectionné par le marché public.

L'employeur ne participe pas au financement de la cotisation pour les garanties additionnelles.

TITRE 4

PILOTAGE ET GESTION DES RÉGIMES COLLECTIFS

Article 11

Marchés publics

Les marchés publics seront conclus pour une durée de quatre ans, renouvelables dans la limite de six ans, sous forme de deux lots : l'un pour la santé et l'autre pour la prévoyance.

Ils fixeront une même date d'entrée en vigueur des protections complémentaires, en santé et en prévoyance, tant pour les garanties que pour les cotisations.

Afin de préserver le principe de mutualisation, ils prévoient, dans le respect des dispositions légales et réglementaires, des mécanismes de changement d'option et de re-souscription à la suite de résiliation, ayant pour objet de limiter l'opportunisme dans le choix des options.

Article 12

Sélection des contrats collectifs

L'Employeur met en œuvre un marché à procédure formalisée en application du code de la commande publique. Le titulaire du marché est sélectionné pour une durée maximale de six ans, sur la base d'un cahier des charges mentionnant a minima les critères suivants :

- critères de sélection liés aux candidats :
 - les garanties professionnelles, financières et prudentielles présentées par les candidats ;
- critères de sélection liés aux contrats :
 - le rapport entre la qualité des garanties et le tarif proposé ;
 - la maîtrise financière des contrats ;
 - la qualité de gestion des contrats ;
 - la qualité des services proposés aux adhérents notamment l'accessibilité de l'information aux agents ;
 - la diversité et la qualité des actions de prévention conduites en direction des bénéficiaires des contrats ;
 - le coût de gestion des garanties (en pourcentage et en valeur absolue) et ses modalités d'évolution.

Après consultation de la CPPS, l'employeur peut ajouter tout autre critère objectif respectant l'obligation de transparence et de non-discrimination, adapté à la couverture de ses agents.

La commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS) est consultée sur la définition des critères, leur hiérarchisation et leur pondération dans le respect des principes généraux de la concurrence et dans le respect des règles déontologiques et de prévention des conflits d'intérêt.

Avant l'attribution du contrat collectif, l'Employeur présente à la CPPS un rapport exposant son analyse des offres définitives des organismes complémentaires candidats et ses choix au regard des critères définis dans les documents de la consultation. La CPPS émet un avis sur ce rapport.

Article 13

Information des actifs, des ayants droits et des retraités

Dès la publication du présent accord, l'administration communiquera auprès des actifs et des retraités sur les régimes collectifs.

L'opérateur informera les adhérents actifs et retraités sur les garanties, cotisations et services.

La préparation des adhésions aux régimes sera organisée par vagues successives à compter de la notification du marché, afin de permettre l'entrée en vigueur des régimes à la même date pour tous les bénéficiaires.

L'opérateur fournira à chaque adhérent une notice d'information sur les garanties du contrat collectif, précisant notamment les modalités de remboursement des prestations et services. Ce document est remis au moment de l'adhésion au contrat collectif, ainsi qu'à chaque modification du contrat.

TITRE 5

PILOTAGE ET GESTION DES RÉGIMES COLLECTIFS

Article 14

Composition de la commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS)

Chaque organisation syndicale représentée au sein de l'un des deux comités sociaux d'administration ministériels siège à la CPPS et désigne, pour chaque CSA où elle est représentée, un titulaire et deux suppléants. Le nombre de voix de chaque organisation est déterminé au prorata des suffrages exprimés aux dernières élections professionnelles pour la totalité des deux CSA ministériels.

L'administration est représentée par au plus 8 personnes, sans que ce nombre puisse être supérieur au nombre de représentants des organisations syndicales appelés à siéger. Les représentants de l'administration détiennent conjointement autant de droits de vote que l'ensemble des représentants du personnel.

Article 15

Moyens de fonctionnement de la CPPS

La CPPS dispose d'un secrétariat administratif et d'un actuaire fournis par l'administration.

Elle adopte son règlement intérieur.

Ses membres bénéficient d'une formation chaque année sur les éventuelles évolutions réglementaires et d'une formation complète d'au moins deux jours lors de l'installation et du renouvellement de la CPPS à l'issue des élections professionnelles.

Article 16

Comptes-rendus de gestion de la protection complémentaire en santé

Le contrat prévoira que l'opérateur s'engage à fournir les tableaux de bord de suivi et pilotage technique, qu'il prendra en charge le financement des audits de gestion et financiers en cas de difficultés de gestion ou de consolidation des données ou de collecte des cotisations.

L'opérateur s'engagera également à présenter le ratio sinistre sur primes de la couverture socle pour chaque niveau de couverture optionnelle et pour chaque catégorie de bénéficiaires.

L'opérateur présentera le coût de chacun des mécanismes de solidarité, les prévisions d'évolutions du coût des garanties et d'impact des évolutions du cadre juridique et réglementaire, afin de justifier ses recommandations d'évolution des cotisations pour chacune des populations de bénéficiaires.

Dans le cas où un groupement d'opérateurs est retenu, un apériteur est désigné et les opérateurs s'engagent à transmettre les données à l'actuaire conseil des régimes, aux dates et selon le format harmonisé prévus par le protocole technique et financier.

A l'occasion de la présentation des comptes et du budget prévisionnel, l'opérateur présente le coût de la portabilité, ainsi que la durée moyenne de portabilité et les effectifs des portés, et ce pour chaque catégorie de population éligible.

Article 17

Comptes-rendus de gestion de la protection complémentaire en prévoyance

Le contrat prévoira que l'opérateur s'engage à fournir les tableaux de bord de suivi et pilotage technique, qu'il prendra en charge le financement des audits de gestion et financiers en cas de difficultés de gestion ou de consolidation des données ou de collecte des cotisations.

L'opérateur s'engagera également à présenter le ratio sinistre sur primes de la couverture complémentaire et des garanties additionnelles pour chaque catégorie d'actifs. L'opérateur présentera les prévisions d'évolutions du coût des garanties et d'impact des évolutions du cadre juridique et réglementaire, afin de justifier ses recommandations d'évolution des cotisations pour chacune des populations de bénéficiaires.

Dans le cas où un groupement d'opérateurs est retenu, un apériteur est désigné et les opérateurs s'engagent à transmettre les données à l'actuaire conseil des régimes, aux dates et selon le format harmonisé prévus par le protocole technique et financier.

TITRE 6

DISPOSITIONS FINALES

Article 18

Révision et dénonciation de l'accord ministériel

Le présent accord peut être suspendu, révisé ou dénoncé selon les dispositions législatives et réglementaires en vigueur à la date de suspension, révision ou de dénonciation et en respectant, pour ce qui concerne la suspension et la dénonciation, un préavis de six mois.

Le coût des prestations de la couverture collective des frais de santé pour les adhérents des ministères sociaux est chaque année comparé aux coûts constatés dans les autres ministères pour la même couverture collective. Dans l'hypothèse où un écart sur le panier de base est constaté par la CPPS par rapport aux autres ministères en défaveur des adhérents des ministères sociaux, l'Employeur signataire s'engage à porter une demande de financement complémentaire pour compenser ce surcoût auprès des ministres en charge de la fonction publique et des comptes publics.

La CPPS assurera le suivi de l'accord.

Article 19

Entrée en vigueur et durée de l'accord ministériel

Le présent accord collectif ministériel est conclu pour une durée indéterminée. Il fait l'objet d'une publication dans les conditions prévues aux articles L. 226-1 et L. 226-2 du code général de la fonction publique. Il prend effet à compter du lendemain de sa publication pour permettre la mise en place du dispositif de protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais de santé et prévoyance qui prendra effet à la date prévue dans le marché.

Fait le 14 juin 2024.

*La ministre du travail,
de la santé et des solidarités,
Pour la ministre et par délégation :
La directrice des ressources humaines,
C. GARDETTE-HUMEZ*

Pour l'Union nationale des syndicats autonomes (UNSA)/
Fédération Santé-Cohésion sociale :
Le secrétaire général,
P. LEPRETRE

Pour la Fédération INTERCO-CFDT :
Le secrétaire national,
P. SCARFOGLIERO

Pour l'Union fédérale des syndicats de l'Etat (UFSE)/CGT :
Le secrétaire général,
O. MIFFRED

Pour le Syndicat national des personnels
des affaires sanitaires et sociales
(SNPASS)/FO/FSU SNUTEFE :
Le secrétaire général,
J. NAVARRO

Pour le SNTEFP-CGT :
La secrétaire générale,
C. CLAMME

Pour le SUD TAS :
La secrétaire nationale,
S.-L. AKNIN

Pour le SYNTEF-CFDT :
Le représentant titulaire,
M. MARCINKIEWICZ

Pour l'Union nationale des syndicats
autonomes (UNSA)/ITEFA :
Le représentant titulaire,
S. PARRA

Pour FO TEFP :
Le secrétaire général,
V. HOSEJKA

ANNEXES

ANNEXE 1

PÉRIMÈTRE DE L'ACCORD

Le périmètre de l'accord PSC concerne les agents des ministères sociaux, services déconcentrés, ainsi que ceux des établissements publics, autorités administratives indépendantes et autorité publique indépendante ci-après qui ont donné leur mandat à cet effet.

EPA
Agence de biomédecine
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)
Autorité des relations sociales des plateformes d'emploi (ARPE)
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la FPH (CNG)
Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS)
Ecoles des hautes études en santé publique
EPIDE
France compétences
Institut national des jeunes aveugles Paris
Institut national des jeunes sourds de Bordeaux
Institut national des jeunes sourds de Chambéry
Institut national des jeunes sourds de Metz
Institut national des jeunes sourds de Paris
Institut national du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (INTEFP)
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante
Office national d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM)
Santé publique France
ERAFF
API
HAS

ANNEXE 2

GARANTIES OPTIONNELLES

Pour le socle, les garanties incluent le remboursement par l'assurance maladie.

Pour les options, les garanties incluent le remboursement par l'assurance maladie et par le socle complémentaire (panier de soins interministériel).

Postes de soins	Socle	Option 1	Option 2	Option 3
HOSPITALISATION				
Honoraires (consultations et actes techniques)				
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130% BR	180% BR	180% BR	200% BR
Forfaits et Frais de Séjour				
Forfait journalier hospitalier	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait actes lourds	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Frais de séjour	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR
Chambre particulière				
Court séjour et maternité	50 €	60 €	70 €	80 €
Soins de suite	40 €	40 €	50 €	60 €
Psychiatrie	45 €	45 €	50 €	60 €
Ambulatoire	25 €	25 €	25 €	25 €
Frais d'accompagnant				
Etablissement conventionné	38,5 €	38,5 €	38,5 €	38,5 €
Etablissement non conventionné	25 €	25 €	25€	25 €
Autres				
Fécondation in vitro refusée par le RO	-	-	-	50 €
Honoraires médicaux				
Honoraires pour les médecins généralistes (consultations, visites et soins)				
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BR	140% BR	160% BR	160% BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BR	120% BR	120% BR	120% BR
Honoraires pour les médecins spécialistes (consultations, visites et soins)				
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150% BR	160% BR	250% BR	300% BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130% BR	140% BR	160% BR	200% BR
Actes techniques médicaux				
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150% BR	150% BR	150% BR	160% BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130% BR	130% BR	130% BR	140% BR
Imagerie médicale				
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130% BR	140% BR	160% BR	170% BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BR	120% BR	140% BR	150% BR

Postes de soins	Socle	Option 1	Option 2	Option 3
Mammographie médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130% BR	140% BR	250% BR	250% BR
Mammographie médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BR	120% BR	200% BR	200% BR
Autres				
Ostéodensitométrie refusée par le RO	80 €	100 €	100 €	100 €
Transport				
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires paramédicaux				
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, etc	100% BR	120% BR	120% BR	120% BR
Masseurs-kinésithérapeutes	130% BR	130% BR	130% BR	130% BR
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses et examens de laboratoire	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments				
Médicaments remboursés par le RO à 65 %	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés par le RO à 30 %	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés par le RO à 15%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie prescrite refusée par le RO	70 €	70 €	70 €	70 €
Prise en charge de la contraception non remboursée par le RO		110 €	180 €	180 €
Matériel médical				
Orthèses	200% BR	250% BR	300% BR	300% BR
Accessoires, pansements, petit appareillage, orthopédie	200% BR	250% BR	300% BR	300% BR
Autres prothèses acceptées par le RO	200% BR	250% BR	300% BR	300% BR
Grand appareillage dont véhicule en cas d'handicap	100% BR	250% BR	300% BR	300% BR
Equipements Panier Libre (Hors 100% Santé)				
Aide auditive par oreille - 21 ans	800 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €
Aide auditive par oreille 21 ans et +	800 €	800 €	1 000 €	1 000 €
Equipements Panier 100% Santé				
Aide auditive par oreille - 21 ans (dans la limite des prix limites de vente au public)	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Aide auditive par oreille 21 ans et + (dans la limite des prix limites de vente au public)	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Accessoires prothèses auditives				
Soins dentaires				
Soins dentaires	100% BR	120% BR	150% BR	150% BR
Prothèses dentaires 100% Santé (*)				
Prothèses dentaires	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Inlay Core	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Prothèses Dentaires - Panier Reste à charge maîtrisé (**)				
Prothèses fixes	375% BR	375% BR	400% BR	425% BR

Postes de soins	Socle	Option 1	Option 2	Option 3
Prothèses amovibles	375% BR	375% BR	400% BR	425% BR
Prothèses provisoires	375% BR	375% BR	400% BR	400% BR
Inlay Core	375% BR	375% BR	400% BR	425% BR
Inlays onlays d'obturation	150% BR	200% BR	400% BR	400% BR
Prothèses Dentaires - Panier libre (**)				
Prothèses fixes sur dent visible	300% BR	300% BR	325% BR	350% BR
Prothèses fixes sur dent non visible	250% BR	250% BR	275% BR	300% BR
Prothèses amovibles sur dent visible	300% BR	300% BR	325% BR	350% BR
Prothèses amovibles sur dent non visible	250% BR	250% BR	275% BR	300% BR
Prothèses provisoires	300% BR	300% BR	325% BR	350% BR
Implantologie				
Implants	500 €	600 €	650 €	800 €
Nombre par an	2	2	2	2
Couronne sur implants	200 €	400 €	450 €	500 €
Nombre par an	2	2	2	2
Orthodontie				
Traitement accepté par le RO	250% BR	300% BR	350% BR	400% BR
Contention acceptée par le RO	250% BR	300% BR	350% BR	400% BR
Traitement refusé par le RO	400 €	400 €	400 €	400 €
Contention refusée par le RO	400 €	400 €	400 €	400 €
Equipements Hors 100% Santé - Adulte (plus de 18 ans)				
Verre simple (par verre)	60 €	60 €	80 €	100 €
Verre complexe unifocal (par verre)	110 €	110 €	130 €	150 €
Verre complexe multifocal (par verre)	150 €	150 €	170 €	190 €
Verre très complexe (par verre)	200 €	200 €	240 €	350 €
Monture	50 €	50 €	60 €	80 €
Equipements Hors 100% Santé - Enfant (moins de 18 ans)				
Verre simple (par verre)	60 €	60 €	70 €	80 €
Verre complexe unifocal (par verre)	110 €	110 €	120 €	130 €
Verre complexe multifocal (par verre)	150 €	150 €	160 €	170 €
Verre très complexe (par verre)	200 €	200 €	240 €	300 €
Monture	50 €	50 €	60 €	70 €
Autres				
Lentilles prescrites acceptées par le RO	100 €	150 €	200 €	200 €
Lentilles prescrites refusées par le RO	100 €	150 €	200 €	200 €
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	400 €	400 €	400 €	600 €
Cures Thermales				
Traitement, frais d'hébergement	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR

Postes de soins	Socle	Option 1	Option 2	Option 3
Transport	100% BR	100% BR	200% BR	300% BR
Honoraires	100% BR	100% BR	200% BR	300% BR
Médecine douce				
Ostéopathe, acupuncteur, diététicien, étioopathe, chiropracteur, podologue-pédicure (en € / séance)	40 €	40 €	40 €	40 €
Nombre par an	2	4	4	5
Psychologue (en € / séance)	30	40 €	40 €	40 €
Nombre par an	4	4	8	8
Séances prises en charges par le RO - Dispositif Mon psy		100% BR	100% BR	100% BR
Inlay Core	200% BR	200% BR	200% BR	225% BR
Actes de prévention (Conformément à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale)				
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif (par acte)	183 €	183 €	183 €	183 €
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Vaccins prescrits refusés SS				
Substituts nicotiniques en complément SS				
Consultation diététique	80 €	80 €	80 €	80 €
Ostéodensitométrie osseuse				
Bilan parodontal				
Contraception / test de grossesses	80 €	80 €	80 €	80 €
Caryotype fœtal refusés SS		150 €	150 €	150 €
Equipeement anti-asthme		150 €	150 €	150 €

ANNEXE 3

GARANTIES POUR LES AGENTS AFFECTÉS
À L'ÉTRANGER – PANIER DE SOINS DU MEAE

Les garanties sont plafonnées à 300 000 € par an et par bénéficiaire pour les soins courants (honoraires médicaux et paramédicaux, imagerie et biologie médicale) et à 200 000 € pour les autres soins, actes, services et produits.

Poste de soins	Soins réalisés à l'étranger
Catégorie Hospitalisation et Soins courants	
Hospitalisation	
<i>Honoraires</i>	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	90 % FR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	90 % FR
<i>Forfaits et frais de séjours</i>	
Forfait journalier hospitalier	90 % FR
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24 €)	-
Frais de séjour	-
<i>Chambre particulière (sans limitation de durée)</i>	
Court séjour et maternité	68 € / nuit

Poste de soins	Soins réalisés à l'étranger
Soins de suite	68 € / nuit
Psychiatrie	68 € / nuit
Ambulatoire	25 € / jour
<i>Frais d'accompagnant</i>	
Etablissement conventionné	38,50 € / nuit
Etablissement non conventionné	38,50 € / nuit
Soins courants	
<i>Honoraires médicaux</i>	
<i>Consultations / Visites de médecins généralistes</i>	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	90% FR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	90% FR
<i>Consultations / Visites de médecins spécialistes</i>	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	90% FR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	90% FR
<i>Actes techniques médicaux</i>	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	90% FR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	90% FR
<i>Actes d'imagerie médicale</i>	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	90% FR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	90% FR
Mammographie praticien OPTAM/OPTAM-CO	90% FR
Mammographie praticien non OPTAM/OPTAM-CO	90% FR
<i>Honoraires paramédicaux</i>	
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	90% FR
Masseurs-kinésithérapeutes	90% FR

Poste de soins	Soins réalisés à l'étranger
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de laboratoire	-
Analyses et examens de laboratoire en affection de longue durée	100% FR
Médicaments	
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	90% FR
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	90% FR
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15%	90% FR
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse)	100 € / an
Matériel médical	
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique) : semelles orthopédiques et autres prothèses acceptées par le RO	150 % BRR
Frais de transport en véhicule sanitaire	
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	90% FR
Catégorie Dentaire	
Dentaire	
Soins et prothèses 100% Santé	-
Soins (hors 100% Santé)	90% FR
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie (acceptée SS)	-
Prothèses (hors 100% Santé)	
Panier Maîtrisé	
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	320% BRR
Prothèses amovibles	320% BRR
Prothèses provisoires	320% BRR
Inlay Core	320% BRR
Inlays onlays d'obturation	140% BRR
Panier Libre	
Prothèses fixes (couronnes et bridges) sur dent visible	320% BRR
Prothèses fixes (couronnes et bridges) sur dent non visible	320% BRR
Prothèses amovibles sur dent visible	320% BRR
Prothèses amovibles sur dent non visible	320% BRR
Prothèses provisoires	320% BRR
Inlay Core	140% BRR
Implantologie	
Couronne sur implant	200 € / couronne (max. 2/an)
Implants	500 € / implant (max. 2/an)
Prothèses dentaires non prises en charge	225% BRR
Orthodontie	
Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)	255% BRR
Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale)	225% BRR

Poste de soins	Soins réalisés à l'étranger
Catégorie Aides auditives	
Aides auditives	
Equipements 100% Santé	-
Equipements à tarif libre pour un bénéficiaire (< ou > 20 ans)	1.200 €
Catégorie Optique	
Optique	
Equipements 100% Santé	-
Equipements à tarif libre	
Monture	100 €
Verres	-
Autres prestations optique	
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables	130 € / an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	400 € / an
Grille optique	
<i>Verre unifocal, sphérique</i>	
Sphère de - 6 à + 6	125 €
Sphère < 6 ou Sphère > 6	300 €
<i>Verre unifocal, sphéro-cylindrique</i>	
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0	125 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	125 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	300 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6	300 €
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0	300 €
<i>Verre multifocal ou progressif sphérique</i>	
Sphère de - 4 à + 4	300 €
Sphère < - 4 ou > + 4	350 €
<i>Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique</i>	
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 8 à 0	300 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8	300 €
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0	350 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	350 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8	350 €
Catégorie Autres postes	
Autres postes	
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale : honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	100% BRR
Médecines additionnelles et de prévention	
Médecine douce : ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étioopathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue	2 séances / an (limite 30 € / séance)

Poste de soins	Soins réalisés à l'étranger
Psychologue	8 séances / an (limite 40 € / séance)
Actes refusés par la Sécurité sociale	
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique	80 € / an
Contraception, tests de grossesse	80 € / an
Prévention	
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif	183 € / acte
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	100 % BRR
Services spécifiques	
Rapatriement sanitaire	100% FR

ANNEXE 4

COMPOSITION ET RÉPARTITION DES VOIX DE LA COMMISSION PARITAIRE DE PILOTAGE ET DE SUIVI À LA SUITE DES ÉLECTIONS DE DÉCEMBRE 2022

Répartition des sièges et des voix des organisations syndicales représentatives

1. CSA travail emploi :

Organisations syndicales	Nombre de représentants	Suffrages recueillis aux dernières élections	Pourcentage de voix
Liste commune (UFSE CGT-SOLIDAIRES FP-FSU SNUTEFE)	1	2122	21,66%
CFDT	1	978	9,98%
UNSA	1	740	7,55%
FO	1	471	4,81%
TOTAL	4	4311	44%

2. CSA affaires sociales :

Organisations syndicales	Nombre de représentants	Suffrages recueillis aux dernières élections	Pourcentage de voix
UNSA	1	1912	19,52%
CFDT	1	1430	14,60%
CGT	1	1279	13,06%
FO	1	863	8,81%
TOTAL	4	5484	56 %

Chaque organisation syndicale désigne un représentant titulaire et deux représentants suppléants.

ANNEXE 5

PRÉCISIONS QUANT AUX BÉNÉFICIAIRES DU DISPOSITIF

	Adhésion (hors cas de dispenses)	Prise en charge par l'employeur du panier de soins interministériel
Agents actifs		
Fonctionnaires civils de l'Etat	Obligatoire	50%
Fonctionnaires stagiaires de l'Etat	Obligatoire	50%
Agents contractuels de droit public	Obligatoire	50%

	Adhésion (hors cas de dispenses)	Prise en charge par l'employeur du panier de soins interministériel
Agents contractuels de droit privé non couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire prévu à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale	Obligatoire	50%
Actif en congé parental	Obligatoire	50%
Actif en disponibilité pour raison de santé, congé sans rémunération pour raison de santé ou congé sans salaire pour raison de santé, de maternité ou charges parentales	Obligatoire	50%
Actif en congé de proche aidant, de présence parentale et congé de solidarité familiale	Obligatoire	50%
Actif en congé de formation professionnelle	Obligatoire	50%
Retraités		
Retraités	Facultative	0%
Ayants-droits		
Conjoints, Pacsés et concubins	Facultative	0%
Enfants ou petits-enfants à charge jusqu'à 25 ans (sans limite d'âge en cas de handicap)	Facultative	0%
Veufs/veuves	Facultative	0%
Orphelins/orphelines	Facultative	0%
Cas particuliers		
Personnel militaire en position normale d'activité	Adhésion obligatoire à la PSC du ministère des Armées	50%
Personnel militaire en détachement	Adhésion obligatoire à la PSC de son employeur	50%
Apprentis	Obligatoire	50%
Agents avec suspension de contrat (dont disponibilité pour création d'entreprise, etc)	Facultative	0%
Contrat de courte-durée	Obligatoire	50%
Stagiaires (hors fonctionnaires stagiaires)	Non couvert	-
Services civiques	Non couvert	-