



LE COURRIER DU RETRAITÉ

Supplément au bulletin départemental n°54 de novembre 2016

Section du Val d'Oise

<http://www.fgrfp95.webnode.fr>

<http://www.regionalefgrfpidf.webnode.fr>

Le référencement, une décision importante qui nous échappe

Bulletin de FGR 75 du 23 novembre 2016

Depuis 1945, les « mutuelles historiques » ont géré, pour les fonctionnaires, la sécurité sociale et les compléments mutualistes... jusqu'à la loi du 13 juillet 1983 qui prévoit que les employeurs publics peuvent contribuer au financement des garanties de protection complémentaire auxquelles souscrivent les agents qu'ils emploient. Suite à cette loi, un décret, pris en 2007, permet de mettre en place le référencement. Un cahier des charges est établi par chaque ministère et un appel public est publié au journal officiel ; n'importe quel type d'opérateur peut être candidat (mutuelle, institution de prévoyance, société d'assurance). Ensuite un ou plusieurs candidats sont référencés et reçoivent la participation que l'employeur public a décidé d'attribuer (montant décidé chaque année). Actuellement le Ministère de l'Éducation Nationale verse 3,60€ par an et par fonctionnaire à la mutuelle référencée ; à comparer avec les 50% de la cotisation santé à la charge des employeurs prévue dans l'ANI*.

Le précédent référencement, après avoir été prolongé d'un an, arrive à échéance au 1^{er} juillet 2017 et un appel d'offres doit être lancé pour les 7 ans à venir. Dans la première vague, sauf à l'ONF (entrée de Groupama), les « mutuelles historiques » ont été référencées.

On voit bien l'importance du cahier des charges dans le processus ; or, si les syndicats participent aux négociations, rien n'oblige le ministère concerné et encore moins le ministère de la Fonction publique qui pilote, à suivre les demandes des syndicats. Certains critères sont imposés, retenons ceux qui concernent les retraités :

- Aucune limite d'âge d'adhésion ;
- Rapport entre la cotisation la plus élevée et la plus basse (peut tout de même varier entre 1

et 3) ;

- Cotisation en fonction des revenus pour les garanties invalidité, décès ;

- Ne pas prendre en compte l'état de santé pour la couverture santé.

Les critères en discussion :

-Le couplage santé et prévoyance est une possibilité qui s'est appliquée lors de la première vague de référencement mais paraît être remis en cause.

-La prise en charge de la perte d'autonomie : volonté forte de la découpler et donc de la rendre facultative. Alors qu'elle ne constitue qu'une très faible part des cotisations actuelles (en moyenne : 1,54€/mois à la MGEN), elle pourrait fortement augmenter par réduction du nombre des cotisants qui pourraient la payer, si bien que beaucoup n'auraient plus cette couverture. Adieu la solidarité !

-La pression de la DGAFP** pour référencer plusieurs opérateurs, ce qui conduirait automatiquement à une augmentation des cotisations du fait d'une plus faible mutualisation des risques.*** Ajoutons que les assurances privées aimeraient bien entrer sur ce marché, comme elles l'ont fait sur celui des complémentaires dans le privé. On en voit les conséquences puisque nombre de retraités du privé ne peuvent plus, à la retraite, cotiser 100% de leur complémentaire santé et, soit se désaffilier, soit diminuent la couverture, quitte à ne pas se soigner.

Gérard NIOT – FGR 75

* ANI = Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2013. Toutes les entreprises sont obligées de mettre en place une complémentaire santé pour l'ensemble de leurs salariés.

**Direction Générale de l'Administration de la Fonction Publique

***C'est pourquoi la FGR-FP souhaite un prestataire unique pour tous : la Sécurité sociale.

Fonction publique d'État les enjeux du référencement

La première vague de référencement lancée en 2008 a confirmé la place des mutuelles historiques dans la quasi-totalité des ministères de la Fonction Publique d'État. Seul l'Office National des Forêts (ONF) avait choisi de référencer une société d'assurance privé (Groupama).

Les conventions de référencement devant être renouvelées au bout de sept ans (voire 8 après une prolongation exceptionnelle d'un an), elles arrivent toutes à échéance sauf pour le ministère de l'Écologie et du Logement qui a fait le choix de ne pas reconduire de convention.

Mais la seconde vague de référencement a lieu dans un contexte politique délicat où le mutualisme est fragilisé. Le principe même de référencement n'a pu être préservé que grâce à la mobilisation commune de la MFP (Mutualité de la Fonction publique) et des organisations représentatives de la Fonction publique d'État contre la Direction de la sécurité sociale (DSS) qui souhaitait le remettre en cause.

Co-rédigée par la DSS et la Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique (DGAFP), la circulaire d'application publiée le 27 juin 2016 n'a pas pris en compte les propositions des organisations syndicales et comporte des éléments qui vont dans le sens d'une logique concurrentielle renforcée. Elle insiste par exemple sur la possibilité pour un ministère de sélectionner plusieurs opérateurs, de ne proposer qu'un couplage partiel des garanties liées à l'invalidité et au décès, et de ne pas inclure le risque « dépendance ».

Un cahier des charges pour une couverture maximale

Avec la plupart des autres organisations syn-

dicales, la FSU a pesé pour que les ministères M2N2SR, MCC et MVJS proposent un cahier des charges qui garantisse la mutualisation des risques la plus large possible pour une couverture solidaire maximale. Elle a rappelé son attachement aux valeurs mutualistes et fait des propositions concrètes sur le contenu même du cahier des charges en mettant en avant des exigences qui partent des besoins des personnels. Elle a notamment proposé le renforcement des prestations en optique, prothèses dentaires, audioprothèse et grand appareillage, un encadrement rigoureux des dépassements d'honoraires, un couplage santé/prévoyance qui intègre la couverture de l'intégralité des risques, un ratio prestation/cotisation favorable aux plus âgés afin d'assurer le principe de solidarité entre les générations. La mobilisation de la quasi-totalité des organisations syndicales (avec un courrier commun au Premier ministre) a permis d'obtenir que les opérateurs candidats puissent proposer la couverture « dépendance » comme en 2008 lors de la première vague de référencement.

C'était, pour la FSU, un enjeu essentiel pour empêcher toute régression des droits des personnels, actuellement couverts pour ce risque dans le cadre d'une large mutualisation.

Par ailleurs, la FSU ne peut que s'inquiéter de certaines alliances contre nature, comme celle opérée entre la mutuelle Intérieure (historiquement présente au ministère de l'Intérieur et dans les collectivités territoriales) avec le grand groupe d'assurance privé Axa.

Il ne faudrait pas que de tels rapprochements permettent, à l'occasion du référencement, à des opérateurs privés de s'implanter de manière détournée sur le marché de la protection sociale complémentaire des fonctionnaires.

Référencement : comment ça marche ?

Le décret de 2007 sur le dispositif de référencement dans la FPE permet la participation de l'employeur public au financement de la protection sociale complémentaire de ses agents actifs et retraités.

Si un ministère ou un établissement public décide d'engager une procédure de référencement, il lance un appel public à concurrence sur la base d'un cahier des charges qui porte à la fois sur les risques santé et prévoyance et à la rédaction duquel sont associés les syndicats représentatifs (comme le prévoit la loi de 2010).

Tout organisme complémentaire (mutuelle, institution de prévoyance ou société d'assurance) peut candidater et proposer une offre en s'engageant à mettre en œuvre une réelle solidarité (intergénérationnelle, familiale, indiciaire) avec un égal accès aux garanties santé entre actifs et retraités. Il a 45 jours pour faire remonter son offre.

Le Ministère étudie toutes les offres reçues avant de retenir un (ou plusieurs) opérateur(s) avec qui

il signera une convention pour une durée de 7 ans. Pour établir son choix, il se fonde sur 4 (voire 5) critères objectifs: rapport entre qualité des garanties et tarif, degré de solidarité entre adhérents, maîtrise financière du dispositif, couverture effective pour plus les fragiles (+ tout autre critère adapté à la population concernée). L'adhésion des agents à l'organisme référencé reste facultative. C'est l'employeur public qui détermine chaque année le montant de la participation qu'il versera à l'opérateur référencé. Ce montant aujourd'hui dérisoire est loin d'atteindre le plafond fixé par le décret de 2007 (équivalent des transferts de solidarité effectivement opérés sur les garanties santé).

La mobilisation de la quasi-totalité des organisations syndicales a permis d'obtenir que les opérateurs candidats puissent proposer la couverture « dépendance ». C'était, pour la FSU, un enjeu essentiel.

Extrait de « POUR » n°196 de décembre 2016, revue de la FSU.

Le lent détricotage des « jours heureux », le programme du Conseil national de la résistance

Que prévoit le programme du Conseil national de la résistance ?

« Un plan complet de sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État. »

Arme redoutable contre la pauvreté mise en œuvre par la ministre des Travailleurs Ambroise Croizat.

Mais ce que la droite collaborationniste a dû céder en 1945, les gouvernements, avançant masqués, puisque les mesures qu'ils préconisent sont impopulaires, se sont employés à « grignoter » peu à peu, le programme du CNR pour livrer la santé au privé. Mieux vaut donc la trouser à petits coups. C'est ainsi que Philippe Douste-Blazy la « réforme », en 2004 : hausse du forfait hospitalier, dépassements d'honoraires autorisés, déremboursements de médicaments. Pour la médecine de ville (hors hôpital), moins de 50 % des dépenses sont désormais remboursées par la Sécu.

« Il faut une génération pour changer un système de santé » notait, philosophe, Henri de Castries – le successeur de Claude Bébéar à la tête d'Axa. Bout par bout, on y parvient. *

Les premières brèches

Jusqu'en 1986. Jacques Chirac, alors Premier ministre, se prend pour Ronald Reagan et privatise treize compagnies d'assurances. L'alternance n'apportera pas d'alternative : en 1989, avec la loi Evin, Michel Rocard officialise l'entrée des assureurs privés dans les complémentaires santé. Mutuelles et syndicats protestent. En vain : les premières brèches sont désormais bien ouvertes.

Suite en page 4

Le lent détricotage des « jours heureux », le programme du Conseil national de la résistance

Suite de la page 3

L'entreprise de démolition passe alors à la vitesse supérieure : en 1996, Alain Juppé lance son « *expérimentation d'un parcours de soins* ». Claude Bébéar, le patron d'AXA, s'enthousiasme, et il affiche ses intentions au grand jour : « *Il peut y avoir une Sécurité sociale publique, et à côté des Sécurités sociales privées.* » Son rêve lui semble presque exaucé... mais le retour des socialistes, l'année suivante, brise net cet élan : Lionel Jospin gèle « *l'expérimentation* ».

Puis en octobre 2007, Denis Kessler président de la fédération française des sociétés d'assurance déclare : « *c'est simple, prenez tout ce qu'il a été mis en place entre 1944 et 1952, sans exception. Il s'agit aujourd'hui de sortir de 1945, et de défaire méthodiquement le Programme du Conseil National de la Résistance!* »

Eric Woerth, alors ministre du Budget (*Les Echos*, 19 novembre 2008) : « *Une période de crise n'est pas un bon moment pour remettre en question notre système de santé. Ce serait générer de l'inquiétude. Mais quand les difficultés économiques seront derrière nous, il sera indispensable de reprendre le débat sur les réformes à mener. Vous pouvez compter sur moi pour le ranimer ! Nous allons donner plus de responsabilités aux complémentaires en matière de gestion du risque.* » Les assureurs sont rassurés. Ils n'ont pas donné au trésorier de l'UMP pour rien...

La Sécurité sociale est devenue pour l'économie une charge considérable. Les salariés ont profité de traitements dont ils n'avaient peut-être pas un besoin certain, la moindre maladie a été le prétexte de repos. L'absentéisme s'est développé. De quand date cette déclaration de guerre aux salariés ? De Florence Parisot, à une Université d'été du MEDEF ? Non, c'est la Chambre de Commerce de Paris qui dresse, en 1948, cette équation connue : « **Sécu = Paresse** ». Le débat sur le « *trou de la Sécu* », lui non plus, n'est pas né hier : « *34 milliards de déficit en 9 mois* » annonce Paris-Presses en 1951 (29/12). Evidemment, « *les 'spécialistes' du MRP proposent une réforme de structure* » (*Le Figaro*, 31/12/51). Mais durant un demi-siècle, quasiment, le consensus autour de cet « *acquis* » tient bon.

Mais voilà Fillon en selle : « *Je propose aussi de centrer l'assurance-maladie sur un panier de soins de base. Il ne s'agit pas de faire une médecine à deux vitesses mais de bien répartir les rôles entre ce qui doit être couvert par la solidarité et l'assurance-maladie et ce qui incombe aux choix individuels et aux organismes complémentaires.* »

Plus récemment, dans son programme 2017, Fillon précise : il s'agit de réserver l'assurance-maladie solidaire à la prise en charge des affections de longue durée et des hospitalisations, et de laisser « le petit risque », les « consultations courantes », aux mains de l'assurance privée. Nous sommes prévenus ! La fin de la Sécu héritée de 1945 est bien programmée.

