



Ressources humaines - Organisation du débat portant sur les garanties de protection sociale complémentaires (PSC) accordée aux agents. Application de l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire de la fonction publique

Annexe à la délibération du 10 février 2022

Ordonnance n° 2021-174 du 17 février 2021 relative à la négociation et aux accords collectifs dans la fonction publique et l'organisation obligatoire au sein de chaque assemblée délibérante d'un débat portant sur les garanties accordées aux agents en matière de protection sociale complémentaire.

L'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique, prise sur le fondement de l'article 40 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique, modifie les obligations des employeurs publics en matière de protection sociale complémentaire, **en les obligeant à participer** au financement d'une partie de la complémentaire « **santé** » **ET** « **prévoyance** » souscrite par leurs agents.

L'ordonnance fixe entre autres que :

- En l'absence de convention de participation en cours ou d'aide pour des contrats labellisés, dès le 1^{er} janvier 2026, une participation financière pour la complémentaire santé devra être versée à hauteur de 50 % d'un montant fixé par décret ;
- En l'absence de convention de participation en cours ou d'aide pour des contrats labellisés, dès le 1^{er} janvier 2025 une participation financière pour une prévoyance salaire devra être versée à hauteur de 20 % d'un montant de référence fixé par décret.

Pour rappel :

L'article 22 bis de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires dispose que « les personnes publiques [...] participent au financement des garanties de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident auxquelles souscrivent les agents que ces personnes publiques emploient. Ces garanties sont au minimum celles définies au II de l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale [...].

Cependant, ces personnes publiques **peuvent également participer au financement des garanties de protection sociale complémentaire** destinées à couvrir les risques d'incapacité de travail, d'invalidité, d'incapacité ou de décès auxquelles souscrivent les agents qu'elles emploient ».

Qu'est-ce que la protection sociale statutaire ?

La protection sociale statutaire est prévue par la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, dont l'article 21 dispose que « les fonctionnaires ont droit à [...] des congés pour raison de santé ; des congés de maternité et des congés liés aux charges parentales [...] ». Ainsi, un fonctionnaire reste juridiquement en activité quand bien même il ne travaille pas du fait de son état de santé. Il est alors rémunéré par son employeur et non par la sécurité sociale, pendant une certaine durée.

La durée et le montant de la rémunération durant ces congés dépendent du type de congé d'une part mais aussi de la durée hebdomadaire de travail du poste sur lequel est affecté le fonctionnaire (régime d'affiliation).

Pour les agents contractuels de droit public, les caractéristiques de la protection sociale statutaire reposent sur le même principe mais avec des durées différentes et une prise en charge hybride entre l'employeur territorial et la sécurité sociale (article 21 de la loi du 13 juillet 1983 ; articles 7 et suivants du décret n° 88-145 du 15 février 1988).

Qu'est-ce que la protection sociale complémentaire ?

C'est une couverture sociale apportée aux agents publics qui vient en complément de celle prévue par le statut de la fonction publique et de celle de la sécurité sociale.

Il s'agit d'un mécanisme d'assurance qui permet aux agents de faire face aux conséquences financières des risques « prévoyance » et/ou « santé ».

Deux dispositions :

1 - La protection sociale complémentaire du risque Santé qui porte sur le remboursement complémentaire en sus de l'assurance maladie de base des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

Les garanties sont au minimum celles définies au II de l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale :

- La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations des organismes de sécurité sociale,
- Le forfait journalier d'hospitalisation ;
- Les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement.

2 - La protection sociale complémentaire du risque Prévoyance concerne la couverture complémentaire en sus des droits issus du régime de sécurité sociale obligatoire ou du statut des agents publics concernés, des conséquences essentiellement pécuniaires liées aux risques :

- D'incapacité de travail ;
- D'invalidité ;
- D'inaptitude ;
- De décès des agents publics.

Situations des agents de la Commune

Depuis 2012 par application du décret n° 2011-1475 du 8 novembre 2011, la Commune participe financièrement aux contrats de protection sociale des agents dès lors qu'ils ont souscrit un contrat d'assurance labellisé.

La participation est la suivante :

- Aide de 12 € par mois pour les agents ayant souscrit un contrat de prévoyance labellisé ;
- Aide de 15 € par mois pour les agents catégorie A et B ayant souscrit un contrat de complémentaire santé labellisé ;
- Aide de 30 € par mois pour les agents de catégorie C ayant souscrit un contrat de complémentaire santé labellisé.

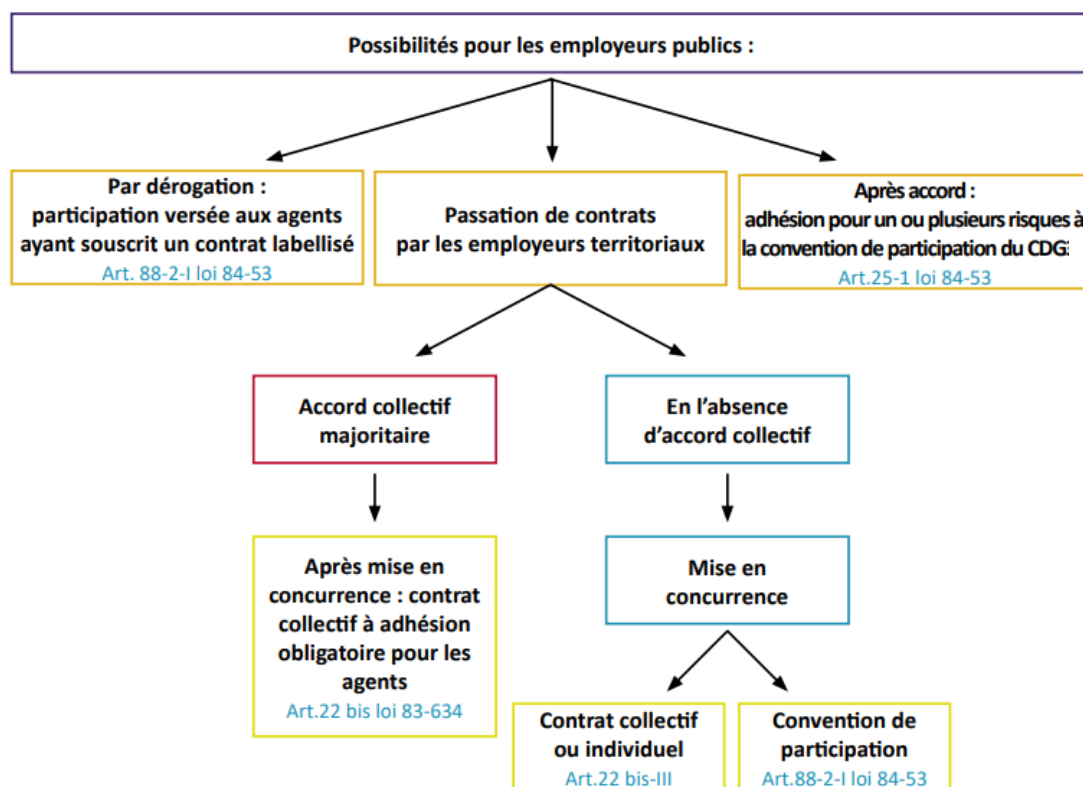
Dans le cadre du nouveau dispositif qui entre en vigueur en 2022 et qui pose un calendrier allant jusqu'à 2025 pour la prévoyance et jusqu'à 2026 pour la complémentaire santé, la collectivité doit :

- Faire un point sur la situation actuelle ;
- S'interroger sur le nouveau cadre : obligation de participation à la prévoyance et à la mutuelle santé des agents et l'orientation que la collectivité souhaite mettre en place (aide sur contrats labellisés/ mise en place de convention de participation interne à la commune ou mutualisé avec le centre de gestion) ;
- L'éventuel caractère obligatoire des contrats, dans le cas d'un accord majoritaire ;
- La nature des garanties envisagées ;
- Le niveau de participation ;
- Le calendrier de mise en œuvre.

Il est précisé que l'adoption d'un prochain décret en Conseil d'Etat viendra préciser notamment :

- Le montant de référence sur lequel se basera la participation (quel panier de soins minimal pourra correspondre en santé, quelle garantie en prévoyance et quel indice de révision ?) ;
- La portabilité des contrats en cas de mobilité ;
- Le public éligible ;
- Les critères de solidarité intergénérationnelle exigibles lors des consultations ;
- La situation des retraités ;
- La situation des agents multi-employeurs ;
- La fiscalité applicable (agent et employeur).

De plus, les centres de gestion se voient confier une compétence en matière de protection sociale complémentaire, dans un cadre régional ou interrégional selon les modalités déterminées par leur schéma de coordination, de mutualisation et de spécialisation. Ils proposeront une offre en matière de santé comme de prévoyance avec faculté pour les collectivités ou établissements publics d'y adhérer.



Les employeurs publics ont ainsi plusieurs voies :

- ☞ soit de conclure, dans le respect de la procédure, et notamment de mise en concurrence, des contrats directement avec les organismes de protection sociale complémentaire ;
- ☞ soit de participer à la convention labellisée souscrite par l'agent ;
- ☞ soit de passer une convention avec le centre de gestion.