

**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**

Entre :

L'Etat, représenté par la ministre de la transformation et de la fonction
publiques

Et :

Fédération Générale des Fonctionnaires Force Ouvrière

Fédération syndicale unitaire

Union nationale des syndicats autonomes Fonction publique

Union des fédérations des fonctions publiques et assimilés - Confédération
française démocratique du travail

Union fédérale des syndicats de l'Etat - Confédération générale du travail

Solidaires Fonction Publique

Fédération des Services Publics - Confédération française de l'encadrement -
Confédération générale des cadres

Sommaire

◆ Preamble.....	4
◆ Article 1 – Objet, champ d’application et portée de l’accord interministériel.....	6
1.1. Objet de l’accord interministériel.....	6
1.2. Champ d’application de l’accord interministériel.....	6
1.3. Portée de l’accord interministériel.....	6
◆ Article 2 – Bénéficiaires des contrats collectifs en santé.....	6
2.1. Bénéficiaires actifs.....	7
2.2. Bénéficiaires retraités de l’Etat.....	7
2.3. Bénéficiaires ayants droit.....	8
◆ Article 3 – Adhésion obligatoire aux contrats collectifs et cas de dispense d’adhésion à ces contrats.....	9
◆ Article 4 – Prestations de la couverture collective des frais de santé.....	10
◆ Article 5 – Cotisations des bénéficiaires de la couverture collective des frais de santé.....	10
5.1. Les cotisations des bénéficiaires actifs.....	11
5.2. Les cotisations des bénéficiaires retraités.....	11
5.3. Les cotisations des bénéficiaires ayants droit.....	11
◆ Article 6 – Participation des employeurs publics de l’Etat au financement de la couverture collective des frais de santé.....	12
◆ Article 7 – Mécanismes de solidarité à mettre en œuvre par les contrats collectifs en santé.....	12
7.1. Solidarités à destination des bénéficiaires retraités.....	12
7.2. Solidarités à destination des bénéficiaires ayants droit.....	13
7.3. Solidarités à destination des anciens agents non retraités et de leurs ayants droit.....	13
◆ Article 8 – Action de prévention en santé et accompagnement social.....	14
◆ Article 9 – Sélection des contrats collectifs en santé.....	14
◆ Article 10 – Commission paritaire de pilotage et de suivi.....	15
◆ Article 11 – Engagements en matière de prévoyance.....	16
◆ Article 12 – Comité de suivi de l’accord interministériel.....	16
◆ Article 13 – Révision et dénonciation de l’accord interministériel.....	17
◆ Article 14 – Entrée en vigueur et durée de l’accord interministériel.....	17

ANNEXE I – Liste des engagements de l’Etat relevant du cadre réglementaire de la protection sociale complémentaire dans la fonction publique de l’Etat 19
ANNEXE II – Prestations de la couverture collective des frais de santé..... 20

◆ Préambule

L'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique définit un nouveau cadre afin de favoriser et d'améliorer la couverture sociale complémentaire des agents de la fonction publique. Elle constitue une avancée majeure pour les agents publics dès lors que les employeurs publics seront tenus, comme dans le secteur privé, de participer au financement de leur complémentaire santé.

La protection sociale complémentaire des agents de l'État répond à un objectif social destiné à améliorer les conditions de vie des agents en leur permettant d'accéder à une couverture sociale complémentaire de qualité à un coût maîtrisé. Elle vise à mettre en œuvre des dispositifs de solidarité notamment intergénérationnels et familiaux entre les bénéficiaires ainsi qu'un degré significatif de mutualisation des risques.

L'ordonnance du 17 février 2021 traite des risques « santé » et « prévoyance », tels que définis ci-après et prévoit le recours à la négociation collective dans un esprit de dialogue et de responsabilité de l'ensemble des parties.

Les risques « santé » correspondent aux risques d'atteinte à l'intégrité physique ^{et/ou} psychique ainsi qu'à la maternité de l'agent. Ainsi, les garanties « santé » couvrent les frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident restant à la charge de l'agent après le remboursement de la part versée par son régime de base de sécurité sociale ainsi que, le cas échéant, des frais non remboursés par ce régime.

Les risques « prévoyance » correspondent à ceux résultant de l'incapacité de travail, de l'inaptitude, de l'invalidité et du décès de l'agent. Ainsi, les garanties « prévoyance » couvrent, d'une part, les agents contre les pertes de revenus liées à leur incapacité de travail, inaptitude ou invalidité et, d'autre part, leurs ayants droit en cas de décès de l'agent.

Le présent accord interministériel est pris en application des dispositions relatives à la négociation collective prévues aux articles 8 bis à 8 nonies de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, codifiés aux articles L. 221-1 à L. 227-4 du code général de la fonction publique et de l'article 22 bis de cette même loi, issu de l'ordonnance du 17 février 2021 et codifié aux articles L. 827-1 à L. 827-3 du code général de la fonction publique.

L'article 22 bis de la loi du 13 juillet 1983 précitée fixe, à compter du 1^{er} janvier 2024, une obligation de participation de l'Etat employeur à la moitié au moins du financement nécessaire des garanties de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident. Ces garanties sont au minimum celles définies au II de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale.

Les organisations syndicales représentatives dans la fonction publique de l'Etat et l'Etat employeur se sont réunis à fins de négociations sur le champ d'application et les modalités de mise en œuvre de ce nouveau régime en matière de santé au sein de la fonction publique de l'Etat. 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 la fonction publique de l'Etat.

Un second accord sera négocié en matière de prévoyance statutaire et complémentaire. L'Etat s'engage à lancer, dans le délai d'un mois suivant la signature du présent accord interministériel, une négociation relative à la prévoyance statutaire et complémentaire dans la fonction publique de l'Etat.

◆ Article 1 – Objet, champ d’application et portée de l’accord interministériel

1.1. Objet de l’accord interministériel

Le présent accord interministériel a pour objet de définir le régime de protection sociale complémentaire « santé » dans la fonction publique de l’Etat ainsi que d’améliorer l’accès des agents aux soins et leur niveau de couverture des risques santé.

A cet effet, il instaure un régime de couverture complémentaire collective des frais de santé dans la fonction publique de l’Etat et définit un socle de garanties interministériel.

1.2. Champ d’application de l’accord interministériel

L’accord interministériel définit un socle interministériel de garanties destinées à couvrir les frais de santé, en complément et en supplément des remboursements effectués par les régimes obligatoires de sécurité sociale, par des contrats collectifs auxquels les bénéficiaires actifs tel que définis au paragraphe 2.1 adhèrent obligatoirement, i.e. qu’ils y souscrivent obligatoirement au sens de l’ordonnance du 17 février 2021.

L’accord interministériel s’applique aux employeurs publics de l’Etat mentionnés à l’article 2 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l’Etat, codifié à l’article L. 2 du code général de la fonction publique.

Dans le respect des principes de la négociation collective, les employeurs publics de l’Etat négocient avec les organisations syndicales représentatives à leur niveau en vue de conclure des accords d’application du présent accord interministériel. Selon les éventuels regroupements ou divisions que ces négociations détermineront, les accords couvriront les différents départements ministériels, les établissements publics ou encore les services à compétence nationale et les services déconcentrés.

1.3. Portée de l’accord interministériel

Les dispositions du présent accord interministériel constituent un socle interministériel. Les accords conclus au niveau des employeurs publics de l’Etat ne peuvent que le préciser ou en améliorer l’économie générale dans le respect de ses stipulations essentielles.

A défaut d’accord valide conclu au niveau de l’employeur public de l’Etat, ce dernier applique directement le présent accord interministériel.

◆ Article 2 – Bénéficiaires des contrats collectifs en santé

Les organismes complémentaires avec lesquels les contrats collectifs sont conclus ne recueillent pas d’informations médicales individuelles auprès des bénéficiaires de la couverture collective. Sous réserve des dispositions de

l'article 2.3, aucune condition d'âge n'est fixée pour adhérer aux contrats collectifs.

L'Etat s'engage à inscrire ces éléments dans le projet de décret qui sera pris en application de l'article 1^{er} de l'ordonnance du 17 février 2021.

2.1. Bénéficiaires actifs

Sont considérés comme bénéficiaires actifs tous les agents actifs¹ employés par un employeur public de l'Etat. Ces bénéficiaires adhèrent, i.e. qu'ils souscrivent obligatoirement, aux contrats collectifs conclus par leurs employeurs publics de l'Etat, sans condition d'ancienneté.

Il s'agit des :

- Fonctionnaires titulaires et stagiaires ;
- Magistrats des ordres judiciaire², administratif et financier ;
- Agents contractuels de droit public ;
- Agents contractuels de droit privé lorsqu'ils ne sont pas couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire ;
- Ouvriers de l'Etat.

Conservent la qualité de bénéficiaires actifs les agents placés dans une position ou une situation n'impliquant pas l'accomplissement effectif de leurs fonctions et percevant une rémunération, une prestation en espèces ou une allocation, versée par leurs employeurs ou un organisme de sécurité sociale ainsi que les agents placés en disponibilité pour raison de santé, congé sans rémunération pour raison de santé ou tout dispositif de même nature. Il s'agit, par exemples, des agents placés en congé parental, en disponibilité pour raison de santé, en congé de présence parentale, en congé de proche aidant ou encore en congé de solidarité familiale.

L'Etat s'engage à inscrire cette liste d'agents dans le projet de décret qui sera pris en application du II de l'article 1^{er} de l'ordonnance du 17 février 2021.

2.2. Bénéficiaires retraités de l'Etat

Sont considérés comme bénéficiaires retraités les anciens agents de l'Etat répondant aux conditions cumulatives suivantes :

1. Etre titulaire d'une pension de retraite de droit direct d'un régime de la fonction publique de l'Etat : régime du code des pensions civiles et militaires de retraite, régime de l'institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques ou du fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat ;
2. Avoir cessé définitivement toute activité en même temps que la liquidation d'une pension de retraite mentionnée au 1.

¹ Le terme « actif » s'entend par opposition à l'agent retraité.

² Sous réserve de l'avis favorable des organisations représentatives concernées.

Les bénéficiaires retraités peuvent adhérer aux contrats collectifs conclus par leurs derniers employeurs publics de l'Etat et uniquement auprès d'eux.

En aucun cas, les organismes complémentaires avec lesquels les contrats collectifs sont conclus ne peuvent refuser l'adhésion d'un retraité qui en fait la demande dans le délai d'un an suivant sa cessation d'activité.

A titre transitoire, la personne qui est déjà retraitée à la date d'entrée en vigueur du premier contrat collectif conclu par son dernier employeur public de l'Etat en application du présent accord interministériel, dispose d'un délai d'un an pour y adhérer. Les organismes complémentaires avec lesquels les contrats collectifs sont conclus ne peuvent pas refuser ces demandes d'adhésion.

Conformément à l'ordonnance du 17 février 2021, les bénéficiaires retraités ne reçoivent pas de participation financière d'un employeur public de l'Etat. Des mécanismes de solidarité permettant de contribuer au financement des garanties des bénéficiaires retraités sont précisés à l'article 7.

Information des retraités :

Les retraités sont informés des modalités d'adhésion par leur dernier employeur public de l'Etat ou, lorsqu'ils ont déjà liquidé leur retraite, par les gestionnaires des régimes de retraite dont ils relèvent.

2.3. Bénéficiaires ayants droit

Les ayants droit des bénéficiaires actifs et retraités énumérés ci-après peuvent adhérer aux contrats collectifs dont relèvent ces bénéficiaires :

1. Le conjoint du bénéficiaire actif ou retraité non divorcé ou non séparé de corps judiciairement ;
2. La personne liée au bénéficiaire actif ou retraité par un pacte civil de solidarité ;
3. Le concubin du bénéficiaire actif ou retraité au sens de l'article 515-8 du code civil ;
4. Les enfants ou petits-enfants du bénéficiaire actif ou retraité, et ceux de son conjoint ou de la personne liée à lui par un pacte civil de solidarité ou vivant en concubinage avec lui, dès lors qu'ils sont à charge au sens de l'article 6 du code général des impôts et qu'ils sont :
 - a) âgés de moins de 21 ans ;
 - b) âgés de moins de 25 ans, s'ils justifient de la poursuite de leurs études, sont en contrat d'apprentissage ou demandeurs d'emploi ;
 - c) reconnus handicapés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, quel que soit leur âge.

Le conjoint ^{et/}ou l'orphelin du bénéficiaire actif ou retraité décédé, titulaires d'une pension de réversion ou d'orphelin, peuvent conserver leur adhésion après le décès du titulaire du contrat collectif.

A titre transitoire, la personne qui bénéficie d'une pension de réversion à la date d'entrée en vigueur du premier contrat collectif conclu par le dernier employeur public de l'Etat de son conjoint décédé en application du présent accord, dispose d'un

délai d'un an pour y adhérer. Les organismes complémentaires avec lesquels les contrats collectifs sont conclus ne peuvent pas refuser ces demandes d'adhésion.

Les bénéficiaires ayants droit n'ont pas vocation à recevoir une participation financière directe d'un employeur public de l'Etat. Des mécanismes de solidarité permettant de réduire le montant des cotisations acquittées au titre de la couverture des ayants droit sont prévus à l'article 7.

◆ **Article 3 – Adhésion obligatoire aux contrats collectifs et cas de dispense d'adhésion à ces contrats**

Les bénéficiaires actifs adhèrent obligatoirement, i.e. souscrivent obligatoirement, aux contrats collectifs. Peuvent toutefois se dispenser de cette adhésion obligatoire, sur demande et en fournissant les justificatifs correspondants à leur employeur public de l'Etat :

1. Les agents bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire prévue à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale. La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les agents cessent de bénéficier de cette couverture ;
2. Les agents couverts 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 des premiers contrats collectifs conclus par leur employeur public de l'Etat ou de la prise de fonctions si elle est postérieure. La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date d'échéance du contrat individuel dans la limite de douze mois ;
3. Les agents bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée, s'ils bénéficient d'une couverture individuelle ;
4. Les agents bénéficiaires, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de l'un des dispositifs suivants :
 - a) Dispositifs de couverture collective à adhésion obligatoire mis en place selon l'une des modalités prévues par l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale ;
 - b) Dispositif de couverture individuelle dit versement santé prévu au I de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale ;
 - c) Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (la CAMIEG) ;
 - d) Dispositifs de couverture collective dans la fonction publique territoriale ou hospitalière.

Les agents dispensés d'adhésion peuvent à tout moment revenir sur leur décision et adhérer au contrat collectif. Dans ce cas, aucune majoration de cotisation ne peut leur être appliquée.

L'Etat s'engage à inscrire ces éléments dans le projet de décret pris en application de l'article 1^{er} de l'ordonnance du 17 février 2021.

◆ Article 4 – Prestations de la couverture collective des frais de santé

Les prestations ouvertes *a minima*, acte par acte, à chaque bénéficiaire de la couverture collective des frais de santé sont définies en annexe II. Ces prestations sont supérieures aux garanties minimales définies au II de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale.

Les bénéficiaires retraités et ayants droit qui ont adhéré à la couverture collective bénéficient de garanties identiques à celles des bénéficiaires actifs.

Les organismes complémentaires avec lesquels les contrats collectifs sont conclus ne peuvent pas appliquer de délai de carence au bénéfice des prestations.

A tout moment, si des évolutions législatives ou réglementaires venaient à s'imposer aux garanties mises en place, celles-ci seraient mises à jour sans remettre en cause les termes de l'accord. Le comité mentionné à l'article 12 se réunit alors dans les meilleurs délais pour décider des adaptations nécessaires.

Les accords conclus en application du présent accord interministériel peuvent améliorer les garanties définies en annexe II.

Ces accords peuvent enfin créer des garanties optionnelles et définissent, le cas échéant, le niveau de la participation de l'employeur public de l'Etat à leur financement.

◆ Article 5 – Cotisations des bénéficiaires de la couverture collective des frais de santé

Les cotisations sont exprimées en euros. Elles ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des bénéficiaires des contrats collectifs. Pour les bénéficiaires actifs et leurs ayants droit, les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'âge.

Pour les bénéficiaires actifs et leurs ayants droit, les cotisations sont calculées à partir d'une cotisation d'équilibre du contrat collectif. Cette cotisation d'équilibre correspond à la somme, rapportée à un bénéficiaire actif :

- Du coût total mensuel du financement des garanties prévues à l'article 4 pour l'ensemble des bénéficiaires actifs – appelé cotisation de référence. La cotisation de référence équivaut au coût du panier de soins pour un bénéficiaire actif multiplié par le nombre de bénéficiaires actifs du contrat collectif ;
- Du coût de chacun des mécanismes de solidarité prévus aux paragraphes 7.1.2, 7.1.3, 7.2 et 7.3.

Le montant de la cotisation d'équilibre est défini chaque année.

La commission mentionnée à l'article 10 participe au pilotage des évolutions des cotisations.

5.1. Les cotisations des bénéficiaires actifs

Les cotisations des bénéficiaires actifs sont constituées de trois parts :

- Une part employeur forfaitaire s'élevant à 50 % de la cotisation d'équilibre et financée par l'employeur public de l'Etat dans les conditions prévues à l'article 6 ;
- Une part individuelle forfaitaire s'élevant à 20 % de la cotisation d'équilibre ;
- Pour le reste, une part individuelle solidaire représentant pour les bénéficiaires actifs en moyenne 30 % de la cotisation d'équilibre. La part solidaire individuelle est calculée en appliquant un coefficient à la rémunération mensuelle brute du bénéficiaire actif telle que définie dans les cahiers des charges, prise en compte dans la limite du plafond mensuel de la sécurité sociale³.

La cotisation des bénéficiaires actifs mentionnées au paragraphe 2.1 de l'article 2 et qui sont placés dans l'une des situations ou positions n'impliquant pas l'accomplissement effectif de leurs fonctions, est égale à 50 % de la cotisation d'équilibre.

5.2. Les cotisations des bénéficiaires retraités

Les cotisations des bénéficiaires retraités sont fixées de sorte de couvrir le recours effectif de ces bénéficiaires aux garanties.

Par dérogation au précédent alinéa, la cotisation des bénéficiaires retraités est encadrée dans les conditions définies à l'article 7.

5.3. Les cotisations des bénéficiaires ayants droit

5.3.1. Les cotisation des conjoints, partenaires de pacte civil de solidarité et concubins des bénéficiaires actifs sont fixées de sorte de couvrir leurs recours effectifs aux garanties, dans la limite de 110 % de la cotisation d'équilibre.

5.3.2. Les cotisations des conjoints, partenaires de pacte civil de solidarité et concubins des bénéficiaires retraités sont fixées de sorte de couvrir le recours effectif de ces bénéficiaires aux garanties.

5.3.3. Les cotisations des enfants de moins de 21 ans sont égales à la moitié de la cotisation d'équilibre.

Par dérogation au précédent alinéa, la cotisation de ces ayants droit est aménagée dans les conditions définies à l'article 7.

5.3.4. Les cotisations des enfants de plus de 21 ans sont fixées de sorte de couvrir le recours effectif de ces bénéficiaires aux garanties, dans la limite de 100 % du montant de la cotisation d'équilibre.

³ A titre informel, le plafond mensuel de la sécurité sociale est, pour l'année 2021, fixé à 3 428 €. Il évolue annuellement selon l'évolution générale des salaires.

◆ Article 6 – Participation des employeurs publics de l'Etat au financement de la couverture collective des frais de santé

Le montant de la participation de l'employeur public de l'Etat est forfaitaire. Elle correspond à 50 % de la cotisation d'équilibre du contrat collectif définie à l'article 5. Le montant de la participation de l'employeur public de l'Etat est inscrit sur le bulletin de paye des bénéficiaires actifs.

Cette participation est réservée aux bénéficiaires actifs définis au paragraphe 2.1 de l'article 2.

◆ Article 7 – Mécanismes de solidarité à mettre en œuvre par les contrats collectifs en santé

7.1. Solidarités à destination des bénéficiaires retraités

La commission mentionnée à l'article 10 évalue les mécanismes de solidarité à destination des bénéficiaires retraités au terme d'un délai de trois ans à compter de la date d'entrée en vigueur du premier contrat collectif conclu en application du présent accord interministériel. Elle transmet un rapport d'évaluation au comité mentionné à l'article 12.

7.1.1. Les bénéficiaires retraités ont un droit d'adhésion aux contrats collectifs, sans distinction en fonction de leur état de santé.

7.1.2. Le montant de la cotisation des bénéficiaires retraités évolue en fonction de l'âge.

Elle est plafonnée à 175 % de la cotisation d'équilibre du contrat collectif.

Au-delà de l'âge de 75 ans, le montant de la cotisation des bénéficiaires retraités n'évolue plus en fonction de l'âge.

7.1.3. Par dérogation au paragraphe 7.1.2, à compter de la date de leur cessation d'activité, les bénéficiaires actifs qui demandent le maintien de leur adhésion ont la qualité de bénéficiaires retraités. Ils deviennent alors redevables d'une cotisation dont le montant est égal à la cotisation d'équilibre du contrat collectif.

L'augmentation du montant de la cotisation des bénéficiaires retraités intervient ensuite de manière progressive :

- Le montant de la cotisation versée au titre de la première année est égale à la cotisation d'équilibre ;
- Le montant de la cotisation versée au titre de la deuxième année est plafonné à 125 % de la cotisation d'équilibre ;
- Les montants des cotisations versées au titre des troisième, quatrième et cinquième années sont plafonnés à 150 % de la cotisation d'équilibre.

7.1.4. Le coût des mécanismes de solidarité prévus aux paragraphes 7.1.2 et 7.1.3 fait l'objet d'une évaluation annuelle pour chaque périmètre contractuel concerné.

Lorsque le coût total de ces mécanismes représente plus de 5 % de la cotisation de référence, la commission paritaire de pilotage et de suivi prévue à l'article 10 évalue son coût prévisionnel sur les cinq prochaines années et informe le comité de suivi prévu à l'article 12 du présent accord. Lorsque le coût total dépasse 10 % de la cotisation de référence, la commission mentionnée à l'article 10 adapte les plafonnements prévus aux paragraphes 7.1.2 et 7.1.3 et informe le comité mentionné à l'article 12.

7.1.5. Un fonds d'aide à destination des bénéficiaires retraités est créé auprès de la commission mentionnée à l'article 10. Cette commission détermine un barème de prise en charge d'une part des cotisations des bénéficiaires retraités en tenant compte des ressources de ces bénéficiaires. Le financement du fonds est exclusivement assuré par la collecte d'une cotisation additionnelle fixée à au moins 2 % des cotisations hors taxe acquittées par les bénéficiaires.

7.2. Solidarités à destination des bénéficiaires ayants droit

Le montant de la cotisation correspondant à la couverture des enfants est plafonné au niveau du montant de la cotisation correspondant à deux enfants à compter de l'adhésion du troisième enfant âgé de moins de 21 ans.

7.3. Solidarités à destination des anciens agents non retraités et de leurs ayants droit

Les bénéficiaires actifs qui deviennent d'anciens agents non retraités, i.e. demandeurs d'emploi indemnisés, conservent leur adhésion aux contrats collectifs en santé pour les mêmes garanties et à titre gratuit, i.e. sans contrepartie de cotisation, à compter de la date de cessation de leur relation de travail avec leur employeur public de l'Etat à condition qu'ils soient inscrits comme demandeur d'emploi et qu'ils soient indemnisés au titre de leur régime d'assurance chômage.

La durée du maintien de cette adhésion est égale à la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs sans période d'interruption de plus de deux mois avec le même employeur public de l'Etat ayant sélectionné les contrats collectifs ou de la dernière période d'activité du fonctionnaire, appréciée en mois entiers, dans la limite de la période d'indemnisation par l'assurance chômage et sans qu'elle ne puisse excéder douze mois.

Dans les mêmes limites de durée et de conditions de bénéfice de l'assurance chômage de l'ancien agent non retraité, les bénéficiaires ayants droit des anciens agents non retraités continuent de bénéficier du maintien de leur adhésion aux contrats collectifs pour les mêmes garanties et à titre gratuit, i.e. sans contrepartie de cotisation.

Les garanties maintenues en application du présent article sont celles en vigueur auprès du dernier employeur public de l'Etat.

L'Etat s'engage à inscrire ces éléments dans le projet de décret pris en application de l'article 1^{er} de l'ordonnance du 17 février 2021.

◆ Article 8 – Action de prévention en santé et accompagnement social

Les organismes complémentaires avec lesquels les contrats collectifs sont conclus mettent en œuvre à destination des bénéficiaires des actions de prévention en santé. Ces actions ne se substituent pas aux actions de prévention que l'employeur public de l'Etat doit mettre en œuvre au titre de ses obligations en matière de santé et sécurité au travail.

Les actions de prévention peuvent par exemple être les suivantes :

- Réaliser des campagnes de prévention ;
- Mettre à disposition des réseaux de prévention permettant de bénéficier d'informations et de conseils en santé ;
- Diffuser des contenus d'information santé.

La commission mentionnée à l'article 10 contribue à définir, piloter et évaluer ces actions de prévention.

Les accords conclus en application du présent accord interministériel peuvent également prévoir la mise en œuvre de prestations d'accompagnement social à destination des bénéficiaires des contrats collectifs. Les prestations d'accompagnement social sont déterminées par la commission mentionnée à l'article 10 et attribuées en fonction de l'état de santé et des ressources des bénéficiaires. Le financement de ces prestations est assuré par la collecte d'une cotisation additionnelle fixée au moins à 0,5 % des cotisations hors taxe acquittées par les bénéficiaires.

◆ Article 9 – Sélection des contrats collectifs en santé

Les employeurs publics de l'Etat mettent en œuvre une procédure de mise à la concurrence en application du code de la commande publique.

Les contrats collectifs seront sélectionnés par les employeurs publics de l'Etat, pour six ans maximum, 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 et des services ;
 - La diversité et la qualité des actions de prévention conduites en direction des bénéficiaires des contrats ;

Les employeurs publics de l'Etat peuvent ajouter tout autre critère objectif respectant l'obligation de transparence et de non-discrimination, adapté à la couverture de la population intéressée.

La commission mentionnée à l'article 10 participe à 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. L'employeur public de l'Etat présente à la commission mentionnée à l'article 10 un rapport exposant les offres définitives des organismes complémentaires candidats et ses choix au regard des critères définis dans le cahier des charges. La commission émet un avis sur ce rapport.

L'Etat s'engage à inscrire ces éléments dans le projet de décret pris en application de l'article 1^{er} de l'ordonnance du 17 février 2021.

◆ Article 10 – Commission paritaire de pilotage et de suivi

Une commission paritaire de pilotage et de suivi est créée par les employeurs publics de l'Etat pour veiller à la bonne application des contrats collectifs dans le périmètre concerné.

Dans le respect des règles déontologiques et de prévention des conflits d'intérêts, elle est composée paritairement de représentants de l'employeur public de l'Etat et de représentants des organisations syndicales représentatives des personnels.

La commission paritaire de pilotage et de suivi se réunit au moins trois fois par an. Elle adopte un règlement intérieur.

La commission détermine :

1. Un barème de prise en charge d'une part des cotisations des bénéficiaires retraités ;
2. Des prestations d'accompagnement social, lorsqu'elles sont prévues par l'accord pris pour l'application du présent accord interministériel.

La commission a également pour missions de participer à :

1. L'audit et l'évaluation des contrats collectifs, notamment la qualité de la gestion et du service rendu aux bénéficiaires des contrats ;
2. L'audit et l'évaluation des évolutions tarifaires et de la mise en œuvre des solidarités, notamment les dispositifs à l'égard des bénéficiaires retraités et des ayants droit ;
3. La définition des critères de sélection des candidats et des offres, leur hiérarchisation et leur pondération ;
4. La définition et le pilotage les actions de prévention à conduire par les organismes complémentaire avec lesquels les contrats collectifs sont conclus ;
5. L'appréciation des demandes d'évolutions tarifaires.

Elle peut être consultée sur toute question relevant de sa compétence.

La commission est assistée par un expert indépendant compétent en matière actuarielle.

L'Etat s'engage à inscrire ces éléments dans le projet de décret pris en application de l'article 1^{er} de l'ordonnance du 17 février 2021.

◆ Article 11 – Engagements en matière de prévoyance

L'Etat s'engage à lancer, dans le délai d'un mois suivant la signature du présent accord interministériel, une négociation relative à la prévoyance statutaire et complémentaire.

Au titre de la prévoyance statutaire, cette négociation abordera l'ensemble des risques de prévoyance, à savoir : l'incapacité de travail, l'inaptitude, l'invalidité et le décès. Plus particulièrement, en matière de décès, l'Etat s'engage tout d'abord à prolonger le calcul dérogatoire du capital décès introduit par le décret n° 2021-176 du 17 février 2021 portant modification temporaire des modalités de calcul du capital décès servi aux ayants droit de l'agent public décédé. L'Etat s'engage ensuite à pérenniser ce dispositif au bénéfice de ses agents via son intégration dans des garanties statutaires décès renouvelées, auxquelles s'ajouteront des rentes d'éducation. En matière d'incapacité de travail, la négociation portera, avec un objectif de renforcement des droits statutaires, sur les dispositifs de congés pour raison de santé tant en ce qui concerne la définition de ces congés, leurs durées et les quantum de maintien de rémunération (proportion de maintien et assiette de la rémunération de référence).

Au titre de la prévoyance complémentaire, cette négociation veillera à assurer une définition des garanties complémentaires en adéquation avec les garanties statutaires qui auront été renouvelées. La participation financière des employeurs publics de l'Etat comme l'adhésion obligatoire des agents, i.e. leur souscription obligatoire, aux contrats de protection sociale complémentaire couvrant les risques de prévoyance seront abordés.

◆ Article 12 – Comité de suivi de l'accord interministériel

Un comité de suivi de l'accord interministériel est constitué. Ce comité a pour mission de suivre l'application de cet accord par les employeurs publics de l'Etat. Il est saisi des demandes d'évolution de l'accord interministériel. Chaque employeur public de l'Etat présente devant le comité de suivi un rapport sur la mise en œuvre de la protection sociale complémentaire de ses agents.

Le comité de suivi réalise périodiquement une évaluation des différents niveaux de cotisation d'équilibre constatés au sein des contrats collectifs au regard des caractéristiques des populations couvertes. S'il constate des déséquilibres

significatifs, il propose les moyens d'y remédier, y compris par voie de renégociation de l'accord interministériel.

Il réalise également une évaluation périodique du coût, par périmètre de contrats collectifs, des solidarités à l'égard des retraités. S'il constate un déséquilibre, il propose les moyens d'y remédier, y compris par voie de renégociation de l'accord interministériel.

Le comité de suivi est constitué :

1. De l'Etat, représenté par la Direction générale de l'administration et de la fonction publique et la Direction du budget ;
2. D'un représentant de chacune des directions des ressources humaines ministérielles ;
3. Des représentants des organisations syndicales signataires du présent accord interministériel.

Le comité de suivi est assisté par un expert indépendant compétent en matière actuarielle.

Ce comité se réunit au moins deux fois par an. Son secrétariat est assuré par la Direction générale de l'administration et de la fonction publique.

◆ Article 13 – Révision et dénonciation de l'accord interministériel

Le présent accord pourra être révisé et dénoncé selon les dispositions en vigueur prévues par l'article 8 octies de la loi du 13 juillet 1983 précitée, codifié aux articles L. 227-1 à L. 227-4 du code général de la fonction publique.

◆ Article 14 – Entrée en vigueur et durée de l'accord interministériel

Le présent accord interministériel est conclu pour une durée indéterminée. Il fait l'objet d'une publication dans les conditions prévues par l'article 8 octies de la loi du 13 juillet 1983 précitée, codifié aux articles L. 226-1 et L. 226-2 du code général de la fonction publique. Il prend effet à compter du lendemain de cette publication.

ANNEXE I – Liste des engagements de l'Etat relevant du cadre réglementaire de la protection sociale complémentaire dans la fonction publique de l'Etat

Le projet de décret relatif à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique de l'Etat sera pris pour l'application du II de l'article 1^{er} de l'ordonnance du 17 février 2021 et de l'article 22 *bis* de la loi du 13 juillet 1983 précitée dans sa rédaction issue de l'ordonnance du 17 février 2021, codifié aux articles L. 827-1 à L. 827-3 du code général de la fonction publique.

Il n'a pas vocation à comporter l'ensemble des dispositions de l'accord interministériel.

L'Etat s'engage d'ores et déjà à inscrire les éléments suivants dans ce décret :

- La liste des bénéficiaires actifs des contrats collectifs ;
- Le principe d'absence de recueil d'informations médicales par les organismes complémentaires et de condition d'âge pour adhérer aux contrats collectifs ;
- La liste des cas de dispense d'adhésion obligatoire, i.e. de souscription obligatoire, des bénéficiaires actifs aux contrats collectifs ;
- L'encadrement des garanties minimales pour la couverture complémentaire en santé par renvoi aux dispositions du code de la sécurité sociale, notamment à l'article D. 911-1 définissant la couverture collective obligatoire en santé des salariés du régime général et indirectement à l'article R. 871-2 relatif aux contrats responsables incluant le 100 % santé ;
- Les mécanismes de solidarité à mettre en œuvre à destination des retraités et des ayants droit des bénéficiaires actifs ainsi que des anciens agents non retraités et de leurs ayants droit ;
- Le cas échéant, la détermination de la ou des procédures de mise en concurrence dans le respect des principes généraux de la concurrence ;
- La création et les compétences des commissions paritaires de pilotage et de suivi des contrats collectifs associant les employeurs publics de l'Etat et les organisations syndicales représentatives des personnels en veillant au respect des règles déontologiques et à la prévention des conflits d'intérêts.

ANNEXE II – Prestations de la couverture collective des frais de santé

Garanties y compris le remboursement de la Sécurité sociale (sauf mention contraire).

Garanties exprimées en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (sauf mention contraire).

Poste de soins	Remboursement
Catégorie Hospitalisation et Soins courants	
Hospitalisation	
Honoraires (*)	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130%
Forfait journalier hospitalier	
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
Forfait hospitalier et frais de séjour	
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24€)	Frais réels
Frais de séjour	100%
Chambre particulière (sans limitation de durée)	
Court séjour et maternité	50 € / nuit
Soins de suite	40 € / nuit
Psychiatrie	45 € / nuit
Ambulatoire	25 € / jour
Frais d'accompagnant	
Etablissement conventionné	38,50 € / nuit
Etablissement non conventionné	25 € / nuit
Soins courants	
Honoraires médicaux	
Consultations / Visites de médecins généralistes	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	100%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	100%
Consultations / Visites de médecins spécialistes	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130%
Actes techniques médicaux	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130%
Actes d'imagerie médicale	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	130%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	100%

Honoraires paramédicaux	
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100%
Masseurs-kinésithérapeutes	130%
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de laboratoire	100%
Médicaments	
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	100%
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	100%
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15%	100%
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (Homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse)	70 € / an
Matériel médical	
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique)	200%
Freis de transport en véhicule sanitaire	
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	100%
Catégorie Dentaire	
Dentaire	
Soins et prothèses 100% Santé (P)	
Soins (hors 100% Santé)	
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie (acceptée SS)	100%
Prothèses (hors 100% Santé)	
Panier Matrisé	
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	375%
Prothèses amovibles	375%
Prothèses provisoires	375%
Inlay Core	375%
Inlays onlays d'obturation	150%
Panier Libre	
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	Dent visible : 300% Dent non visible : 250%
Prothèses amovibles	Dent visible : 300% Dent non visible : 250%
Prothèses provisoires	300%
Inlay Core	200%
Inlays onlays d'obturation	-
Implantologie	
Implants	500 € / implant (limite 2 implants / an)
Couronne sur implant	200 € / couronne (limite 2 couronnes / 2 ans)
Orthodontie	
Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)	250%
Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale)	400 € / semestre

Catégorie Aides auditives	
Aides auditives	
Equipements 100% Santé ⁽²⁾	Remboursement total de la dépense engagée
Equipements à tarif libre ⁽³⁾	
	800 €

Catégorie Optique	
Optique	
Equipements 100% Santé ⁽²⁾	Remboursement total de la dépense engagée
Equipements à tarif libre	
Monture	50 €
Verres	Cf. grille optique
Autres prestations optique	
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables ⁽⁴⁾	100 € / an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	400 € / an

Grille optique	
Type de verre (remboursement par verre)	
Verre unifocal sphérique	
Sphère de - 6 à + 6	60 €
Sphère < 6 ou Sphère > 6	110 €
Verre unifocal sphéro-cylindrique	
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0	60 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	60 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	110 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6	110 €
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0	110 €
Verre multifocal ou progressif sphérique	
Sphère de - 4 à + 4	150 €
Sphère < - 4 ou > + 4	200 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique	
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 8 à 0	150 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8	150 €
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0	200 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	200 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8	200 €

Catégorie Autres postes	
Autres postes	
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale	
Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	100%
Médecines adjuvantes et de prévention	
Médecine douce	
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étio-pathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue	2 séances / an (limite 40 € / séance)
Psychologue	
Psychologue	4 séances / an (limite 30 € / 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%

¹ Honoraires médicaux, chirurgicaux (hors chirurgie esthétique), obstétricaux et psychiatriques

² Tels que définis réglementairement

³ Le renouvellement de la prise en charge d'une prothèse auditive se fait tous les 4 ans. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

⁴ Le montant forfaitaire inclut le ticket modérateur. Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur.