

ACCORD COLLECTIF LOCAL INSTITUANT UN RÉGIME COMPLÉMENTAIRE DE REMBOURSEMENT DE « FRAIS DE SANTÉ »

Vu le code général de la fonction publique et notamment l'article L 827-7 duquel résulte l'obligation pour les CDG de mettre en place des conventions de participation portant sur la protection sociale complémentaire des agents pour le compte des collectivités et de leurs établissements publics.

Vu l'ordonnance n°2021-174 du 17 février 2021 relative à la négociation et aux accords collectifs

Vu l'ordonnance n°2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique

Vu le décret n°2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement

Vu l'accord de méthode national du 12 juillet 2022 établi par les partenaires sociaux

Vu l'accord collectif national du 11 juillet 2023, portant réforme de la protection sociale complémentaire dans la fonction publique territoriale

Vu l'accord de méthode départemental établi par les partenaires sociaux le 16/05/2024

ENTRE LES SOUSSIGNÉES

Les collectivités et établissements publics, représenté au présent accord en vertu d'un mandat par le Président du CDG48,

Et

Les organisations syndicales représentatives (FO, CFDT, CGT), mandatées

Est convenu ce qui suit :

La réforme de la protection sociale complémentaire, qui introduit notamment l'obligation de participation des employeurs publics à la mise en place d'une complémentaire santé au profit de leurs agents, représente l'opportunité d'une avancée sociale majeure au bénéfice des agents de la fonction publique territoriale.

En ce qu'elle participe des conditions de travail des agents ainsi que du maintien de leur niveau de vie et de leur santé, elle constitue également un élément d'attractivité et d'engagement pour le service public.

L'ordonnance n°2021-175 du 17 février 2021 pose le cadre de cette réforme. Le décret n°2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de PSC et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement précise aussi bien les garanties minimales que le niveau minimal de participation des employeurs.

Les employeurs territoriaux et les organisations syndicales ont souhaité, au-delà de ces textes, se saisir de cette avancée sociale en poursuivant et en approfondissant l'ambition de cette réforme par la négociation collective, à laquelle l'ordonnance n°2021-174 du 17 février 2021 relative à la négociation et aux accords collectifs dans la fonction publique vise à donner un élan.

La poursuite de cette ambition implique, au-delà du décret précité :

- en premier lieu, de réaffirmer les garanties « socles » au bénéfice des agents qui constitueront la base des futures négociations locales ;
- en second lieu, de poser le cadre des dispositions nationales encadrant les pratiques contractuelles et les différents régimes de participation ;
- en troisième lieu, de définir les conditions de pilotage et de portage social des dispositifs de participation.

Au nom de cette ambition, la coordination des employeurs avec les partenaires sociaux au niveau national ont conclu, le 12 juillet 2022, un accord de méthode dans l'optique d'engager un processus national de négociation collective qui vise l'ensemble de ces finalités et qui constitue en lui-même une démarche de dialogue social inédite pour le versant territorial de la fonction publique.

Par ailleurs conformément à l'article L 827-7 du code général de la fonction publique les centres de gestion concluent, pour le compte des collectivités territoriales et de leurs établissements publics et afin de couvrir pour leurs agents, au titre de la protection sociale complémentaire, les risques mentionnés à l'article L. 827-1, des conventions de participation avec les organismes mentionnés à l'article L. 827-5 dans les conditions prévues à l'article L. 827-4.

Ces conventions peuvent être conclues à un niveau régional ou interrégional selon les modalités déterminées par le schéma régional ou interrégional de coordination, de mutualisation et de spécialisation mentionné à l'article L. 452-11.

C'est la raison pour laquelle, depuis 2012, le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Lozère (CDG48) propose des conventions de participation afin de mettre en œuvre la protection sociale complémentaire sur le territoire. Fort de cette expérience et de son expertise, le CDG48 souhaite instaurer de nouveaux dispositifs de protection sociale complémentaire en invitant les parties prenantes à prendre part à une négociation collective au niveau local.

Cette ambition partagée entre les représentants des collectivités et les représentants du personnel a donné lieu à la signature d'un accord de méthode le 16 mai 2024. La signature de cet accord a notamment permis de définir le cadre de la négociation collective. Ainsi, Le dit accord inscrit le dialogue social au cœur de la mise en place des dispositifs de protection sociale complémentaire sur le territoire de la Lozère (48).

Les organisations syndicales représentatives du personnel et les représentants des collectivités sous la coordination du CDG48 se sont réunies afin de définir les modalités de la protection sociale complémentaire dont peuvent bénéficier les agents du territoire en matière de garanties collectives de remboursement de « frais de santé ».

L'objectif de ces travaux a été :

- d'assurer une mutualisation du risque à travers une convention d'assurance collective unique ;
- de rechercher le meilleur rapport garantie/coût possible, tout en assurant un bon équilibre à long terme du régime ;
- de permettre la mise en place d'un régime collectif de protection sociale complémentaire - remboursement de « frais de santé » ;
- de donner le choix aux collectivités de souscrire à un contrat d'assurance à adhésion obligatoire ou à un contrat d'assurance à adhésion facultative conformément aux dispositions législatives et réglementaire en vigueur ;
- D'inscrire le dialogue social dans un véritable processus de négociation souhaité par le CDG48 ;
- de répondre à la volonté du CDG48 de jouer un rôle de mutualisateur et de référent en matière d'action sociale.

ARTICLE 1 : Objet

Dans le cadre de la réforme de la Protection Sociale Complémentaire (PSC) dans la fonction publique territoriale et suite à la signature de l'accord collectif national du 11 juillet 2023, les parties conviennent d'établir un accord collectif local au sens de l'article L222-3 du Code Général de la Fonction Publique (CGFP), visant à mettre en place un régime d'assurance complémentaire frais de santé des agents de la fonction publique territoriale à adhésion obligatoire ou facultative suivant le choix de la collectivité

La mise en place du présent régime concerne l'ensemble des agents, des collectivités territoriales et leurs établissements publics du département de la Lozère ayant donné mandat au CDG48 (les collectivités et

établissements affiliés dont le CST est placé auprès du CDG48, les collectivités et établissements affiliés disposant de leur propre CST et les collectivités et établissements non affiliés,

ARTICLE 2 : Durée – Révision- Dénonciation

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Toutefois, il peut à tout moment être modifié ou dénoncé par les parties signataires, en respectant la procédure prévue aux articles L.227-1 à L227-4 du Code Général de la Fonction Publique.

Ainsi, les parties signataires du présent accord ont la faculté de le **modifier** par des accords conclus dans le respect des conditions de majorité déterminée à l'article L223-1 du Code Général de la Fonction Publique.

Les parties signataires du présent accord ont également la possibilité de **dénoncer** tout ou partie de l'accord moyennant un préavis de 8 mois.

La dénonciation par l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception au CDG48 qui en informe les autres signataires.

Lorsque la dénonciation émane des organisations syndicales qui répondent aux conditions de majorité prévues à l'article L223-1 du Code Général de la Fonction Publique, l'accord majoritaire est rendu caduque.

L'accord portant révision doit faire l'objet d'un dépôt dans les mêmes conditions que l'accord initial.

ARTICLE 3 : Caractère obligatoire ou facultatif de l'adhésion

Les collectivités peuvent au choix souscrire un contrat d'assurance à adhésion obligatoire ou un contrat d'assurance à adhésion facultative pour leurs agents conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Toutefois, que l'adhésion soit rendue obligatoire ou facultative par la collectivité, sa participation telle que définie par l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique et l'article 6 du décret n°2022-581 du 20 avril 2022, a elle, un caractère obligatoire.

3.1 Adhésion facultative

En cas d'adhésion facultative, l'agent souhaitant ne pas adhérer ne pourra pas bénéficier de la participation de sa collectivité sauf dispositions réglementaires contraires.

3.2 Adhésion obligatoire

L'agent choisit un des niveaux de garantie proposés au contrat. La participation employeur s'applique quel que soit le niveau choisi et il n'y a aucun délai de carence pour l'agent.

3.3 Niveau de garanties offertes

Que l'adhésion soit facultative ou obligatoire, l'agent a le choix entre trois niveaux de garanties (de base, intermédiaires et supérieures).

La participation de la collectivité s'applique sur le niveau de garanties retenu par l'agent dans les conditions définies à l'article 7.1.

La participation obligatoire de la collectivité ne s'applique pas aux agents disponibilité, aux agents en congé parental et aux agents en détachement sortant quel que soit le niveau de garanties retenu.

ARTICLE 4 : Les bénéficiaires

Article 4.1. Agents bénéficiaires

Les dispositions du présent accord, au titre des garanties frais de santé, s'appliquent à l'ensemble des agents relevant de l'effectif de l'employeur public, soit au titre d'une adhésion à titre obligatoire, soit d'une adhésion à titre facultative.

- Les agents fonctionnaires, titulaire ou stagiaire quel que soit leur temps de travail, y compris :
 - o Les fonctionnaires momentanément privés d'emploi (FMPE) ;
 - o Les fonctionnaires accueillis par détachement ;
 - o Les agents mis à disposition, selon les termes de la convention prévue à cet effet ;
 - o Les agents en congé spécial ;
- Les contractuels de droit public et de droit privé y compris en contrat aidé qui justifie d'une ancienneté d'au moins 6 mois pour un contrat à adhésion facultative et 3 mois pour un contrat à adhésion obligatoire ;
- Les apprentis ;
- Les retraités.

Article 4.2. Les ayants-droits :

Les agents bénéficiaires ont la faculté de souscrire au régime « frais de santé » pour leurs ayants-droits.

Pour l'application du présent régime les ayants droit sont définis comme suit :

4.2.1 Le conjoint :

- Personne liée au bénéficiaire par les liens du mariage (article 143 du Code civil), non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée exerçant ou non une activité professionnelle ;
- Le cocontractant d'un PACS (le « pacsé ») : personne ayant conclu avec le bénéficiaire un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du Code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- Le concubin : personne vivant avec le bénéficiaire en concubinage au sens de l'article 515-8 du Code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un PACS ; la preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus.

4.2.2 Les enfants à charge du bénéficiaire, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :

- Agés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du bénéficiaire, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
- Agés de moins de 26 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de Sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ;
- Agés de moins de 26 ans, se trouvant sous contrat d'alternance ou aidé aux conditions prévues par le Code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
- Quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'Allocation pour Adulte Handicapé – AAH – (article L. 821-1 du Code de la Sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
- Les enfants du bénéficiaire nés « viables » moins de 300 jours après le décès de l'agent ;
- Les ascendants à charge : les personnes ascendantes du bénéficiaire à condition d'être à la charge du participant au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

ARTICLE 5 : Les cas de dispenses d'adhésion du dispositif frais de santé à adhésion obligatoire

En cas d'adhésion obligatoire, il est prévu des dispenses de droit et des dispenses issues de la négociation collective.

Par exception aux dispositions de l'article 4.1 du présent accord, il est prévu une faculté, au choix de l'agent, de dispense d'adhésion au dispositif frais de santé pour certaines catégories d'agent, quelle que soit leur date d'embauche, sans que cela ne remette en cause le caractère obligatoire du dispositif.

5.1. Les dispenses « de droit »

Cette possibilité de dispense d'adhésion concernera les agents qui relèvent de l'une des situations définies ci-après et qui en font la demande expresse écrite auprès de l'employeur en apportant, le cas échéant, les justificatifs nécessaires. La dispense doit être formulée à l'embauche ou à la date de prise d'effet de la couverture dont l'agent bénéficie par ailleurs ou en cas de changement de situation familiale à l'aide d'un formulaire prévu à cet effet et transmis dans un délai de 20 jours maximum après la survenance de l'événement :

- Les agents sous contrat à durée déterminée qui justifient bénéficier d'une couverture santé « responsable » conforme à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale ;
- Les agents qui bénéficient, par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un des dispositifs ci-dessous :
 - un dispositif de frais de santé complémentaire remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la Sécurité sociale (couverture collective obligatoire souscrite par l'employeur) ;

- le régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la Sécurité sociale (Alsace Moselle) ;
- le régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 (IEG) ;
- les mutuelles des fonctions publiques d'État et des collectivités territoriales relevant des décrets n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
- les contrats d'assurance de groupe relevant de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle (contrats dits « Madelin ») ;
- Les agents bénéficiant d'une couverture santé individuelle au moment de la mise en place ou de l'embauche si elle est postérieure, jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
 - Les agents bénéficiant à l'embauche ou, si elle est postérieure, à la date de mise en place du régime, ou à la date de prise d'effet d'une des couvertures ci-dessous jusqu'au terme de l'attribution de ces aides :
 - d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la Sécurité sociale (CMU-C) ;
 - de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du code de la Sécurité sociale (ACS).
 - Les agents à temps non complet dont la durée de travail est inférieure ou égale à 90 % d'un temps plein et dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

5.2 Les autres dispenses

Les parties conviennent des facultés de dispense suivantes qui, pour être exercées par les agents, devront être expressément stipulées, en tout ou partie, dans l'accord collectif local conclu, sous peine de remise en cause du caractère obligatoire du contrat, et par conséquent du régime social de faveur inhérent :

- au bénéfice des apprentis à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- au bénéfice des agents à temps partiel, dont la quotité de travail est inférieure ou égale à 90 %, et aux apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

Les agents remplissant les conditions d'une des dérogations ci-dessus doivent en faire la demande par écrit, accompagnée des justificatifs nécessaires ou à défaut d'une déclaration sur l'honneur de l'agent, auprès de l'employeur qui conservera les demandes de dispenses et les justificatifs ou déclarations y afférents à l'aide d'un formulaire prévu à cet effet et transmis dans un délai de 20 jours maximum après la survenance de l'événement :

Les demandes de dispense devront comporter la mention selon laquelle l'agent a été préalablement informé des conséquences de son choix, en particulier s'agissant de la perte du bénéfice de la participation de l'employeur. Le maintien des dérogations est subordonné à la fourniture annuelle des justificatifs ou déclarations sur l'honneur de l'agent à l'employeur : à défaut, les agents concernés seront immédiatement affiliés au régime.

ARTICLE 6 : Prestations

Le présent régime couvre à titre obligatoire l'agent seul. Toutes les garanties «frais de santé » du présent accord sont exprimées :

- en % de la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale dont relève l'agent visé à l'article 4.1 du présent accord ou du Ticket Modérateur (TM) ;
- en % de la Base de Remboursement reconstituée (BRR) pour certains actes d'orthodontie ;
- en % du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) ou forfaitairement ;
- En frais réel (FR).

Les partenaires signataires du présent accord décident d'établir un tableau de garanties frais de santé composé de trois niveaux de garanties (base, intermédiaire et supérieure) laissés au choix de l'agent (annexe I).

Les prestations décrites dans le document annexé au présent accord ne constituent en aucun cas un engagement pour la collectivité, qui n'est tenue, à l'égard de ses agents, qu'au seul paiement des cotisations et au versement de la participation afférente au niveau de garantie choisi par l'agent.

Par conséquent, les prestations figurant en annexe relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur, au même titre que les modalités, limitations et exclusions de garanties.

Les décisions de l'État ou toutes causes exogènes non-prévisibles à ce jour qui engendreraient une évolution du niveau des garanties (déremboursement de frais de soins, de santé...) devront faire l'objet d'une proposition par le prestataire de l'évolution/du maintien du niveau de couverture.

ARTICLE 7 : Cotisation

7.1 Fixation

La cotisation servant au financement du contrat d'assurance remboursement de « frais de santé » est fixée selon le niveau de garanties choisi par l'agent.

En cas d'adhésion obligatoire les agents concernés ne peuvent s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations hors statut particulier.

L'agent devra par ailleurs, en cas d'adhésion facultative de ses ayants droit, s'acquitter en plus de la cotisation afférente.

Les ayants-droit de l'agent tels que définis à l'article 4.2 bénéficient obligatoirement du même niveau de garanties souscrites par l'agent qui doit s'acquitter de la cotisation correspondante.

7.2 Répartition

La participation employeur s'applique sur la cotisation dûe par l'agent bénéficiaire, y ouvrant droit, quel que soit le niveau de garantie choisi et que l'adhésion soit obligatoire ou facultative.

Elle ne peut être inférieure à 50 % de la cotisation correspondant au socle de garanties minimales dit « panier de soins » (offre de base) évaluée à 30 euros soit une participation minimale de 15 euros par mois et par agent bénéficiaire y ouvrant droit.

Chaque collectivité pourra délibérer, après avis du CST, dans un sens plus favorable à cette participation sans toutefois pouvoir excéder la cotisation totale due par l'agent.

L'employeur peut participer en sus à la cotisation des enfants à charge de l'agent.

La participation de la collectivité pourra être exprimée en % ou en numéraire sur l'offre choisie par l'agent. A tout moment après avis du CST et délibération, la collectivité pourra revoir sa participation à la hausse.

7.3 Evolution de la cotisation

Les éventuelles évolutions futures des cotisations, à la hausse ou à la baisse, seront réparties à minima entre la collectivité et l'agent de façon égalitaire.

Toutefois au choix de la collectivité en cas d'augmentation, la prise en charge pourra être supérieure 50 %.

Les décisions de l'État ou toutes causes exogènes non-prévisibles à ce jour qui engendreraient une évolution de la cotisation (déremboursement de frais de soins, de santé...) devront faire l'objet d'une proposition par le prestataire de l'évolution de la cotisation à la hausse ou à la baisse.

L'évolution de la cotisation sera dans tous les cas plafonnée à 25 % sur une période de 5 ans.

7.4 Assiette des cotisations

Pour les contrats collectifs à adhésion facultative ou obligatoire, résultant de conventions de participation, le régime fiscale sera appliqué au regard de la législation en vigueur et évoluera selon les dispositions législatives et réglementaires tout le long du contrat.

Toutefois, l'accord collectif national fait état des éléments suivants :

- Le montant maximum des contributions employeurs aux régimes « frais de santé » et « prévoyance », exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale pour chaque agent ne doit pas excéder la somme de 6% PASS (2 639,52 € en 2023) et 1,5 % de la rémunération soumise à cotisation de sécurité sociale. Le total ainsi obtenu ne peut excéder 12% du PASS (5 279,04 € en 2023) ;
- Les cotisations des agents, affiliés aux contrats collectifs « frais de santé » de leur employeur, sont déductibles de leur revenu imposable dans une limite globale de la somme de 5% du PASS (soit 2 199,60 € en 2023) et 2 % de la rémunération soumise à cotisation de sécurité sociale. Le total ainsi obtenu ne peut excéder 2% de 8 PASS (soit 7 038,72€ en 2023) ;
- d'un assujettissement dès le 1er euro à la CSG et à la CRDS sans abattement, des contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de prévoyance et/ou de frais de santé, selon les modalités suivantes selon la situation des agents.

ARTICLE 8 : Comité de pilotage

Un comité de pilotage et de suivi paritaire, composé dans le respect des règles déontologiques et de prévention des conflits d'intérêts est institué afin de pouvoir assurer un suivi régulier, au travers de points d'étape, sur les conditions d'application de l'accord au regard des objectifs assignés.

Le compte de résultats et les éléments statistiques seront annuellement portés à la connaissance dudit comité.

Il est composé :

- des représentants des organisations syndicales signataires sur le périmètre de l'accord ;
- de représentants des employeurs désignés par le président du CDG48.

Les représentants du personnel ne peuvent être membres du comité que sur désignation expresse de leur organisation syndicale départementale.

Ce comité pourra être ouvert aux collectivités qui ont leur propre CST et celles non affiliées.

Un règlement intérieur sera négocié et adopté. Il fixera des éléments tels que : présidence, fréquence des réunions, modalités de saisine, secrétariat, suivi et mise en œuvre des décisions, etc.).

Les missions du comité de pilotage et de suivi (notamment en matière d'évaluation, de pilotage de la prévention et d'appréciation des évolutions tarifaires) feront l'objet de recommandations dans le cadre de la mise en œuvre du présent accord.

ARTICLE 9 : Convention d'accompagnement

Les collectivités ou établissements affiliées et non-affiliées ayant fait le choix de souscrire à l'un ou l'autre des contrats seront engagés dans une convention d'accompagnement avec le CDG, relative à la mise en place et au pilotage du contrat pendant la durée du marché.

La rémunération de ces missions, telle que prévue à l'article L452-30 dudit code, sera facturée individuellement à chaque collectivité et établissement public adhérent et s'exprimera en pourcentage de la masse salariale servant de base à l'assiette de cotisation.

Aucun contrat ne pourra être proposé par le prestataire sans convention entre le Centre de gestion et la collectivité ou l'établissement.

ARTICLE 10 : Contrat « solidaire » et « responsable »

Le présent dispositif frais de santé est conforme aux exigences des contrats dits « solidaires » et « responsables ».

Ainsi le présent dispositif frais de santé prévoit :

- que les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé du bénéficiaire ou de ses ayants droits, aucune information médicale ni questionnaire de santé ne pourra être recueillie à cette fin ;
- que le rapport entre la cotisation minimum et la cotisation maximum ne peut être supérieur à 2 ;
- qu'il n'y a pas d'âge maximal d'adhésion ;
- Qu'aucune majoration de la cotisation en cas d'adhésion tardive n'est due ;
- que les retraités bénéficient des mêmes garanties que celles des agents en activité ;
- qu'il respecte des critères du contrat « responsable » au sens du code de la sécurité sociale (non couverture de la participation de 1 euro forfaitaire, passage par le médecin traitant...);

- que l'indexation des cotisations ou primes en fonction de la nature de l'emploi ou de son sexe est interdite ;

- que les tarifs pour les familles comportant plus de 3 enfants sont plafonnés à ceux applicable à une famille comprenant 3 enfants.

ARTICLE 11 : Portabilité du contrat de « frais de santé »

Si le régime de remboursement « de frais de santé » applicable dans la collectivité ne peut être maintenu. Le fonctionnaire et le contractuel en CDI peuvent demander à bénéficier de la portabilité de leur contrat.

Par ailleurs dans le cadre des dispositions de l'article 4 de Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite « Loi Evin », et sous condition d'avoir bénéficié effectivement du dispositif frais de santé du présent accord, l'organisme assureur maintient cette couverture à titre individuel avec des garanties identiques à celles des agents actifs, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaires médicaux, au profit des agents (notamment bénéficiaires d'une pension de retraite, privés d'emploi, congé parental, détachement, disponibilité ou suite à un CDD), sortant si la collectivité d'accueil ne propose pas de dispositif frais de santé, sous réserve que les intéressés en fassent la demande.

Cette adhésion est purement facultative. Elle est à la charge du seul bénéficiaire et n'emporte aucune obligation pour la collectivité en matière de cotisations, de prestations ou de participation.

ARTICLE 12 : Information

12.1 Information individuelle

En sa qualité de souscripteur, l'employeur public remet à chaque agent concerné et à tout nouvel agent bénéficiaire du régime une notice d'information détaillée établie par l'organisme assureur, résumant les principales dispositions du contrat d'assurance. Il en sera de même à chaque modification ultérieure de ce contrat.

12.2 Information collective

Conformément à l'accord de méthode, le comité local PSC sera informé par le CDG48 et consulté préalablement à toute modification des garanties de « frais de santé ».

ARTICLE 13 : Formation

Un dispositif de formation dédié à destination à la fois des représentants syndicaux, des employeurs et des agents, en particulier en charge des ressources humaines, sur le pilotage et de gestion de la protection sociale complémentaire, sera mis en place.

Les employeurs et organisations syndicales auront vocation à participer à des formations communes, dans une optique d'acculturation partagée. La construction du dispositif de formation entre employeurs et organisations syndicales devra consacrer une partie de son programme aux questions fondamentales de déontologie.

ARTICLE 14 : Fonds national de solidarité

Cet article ne sera applicable que lors de l'entrée en vigueur du fonds national de prévention.

Un fonds national de solidarité sera instauré au bénéfice des agents territoriaux actifs ou retraités. Il sera financé par un prélèvement de 2 % sur les cotisations nettes de taxes acquittées dans le cadre des contrats de complémentaire santé individuels et collectifs faisant l'objet d'un subventionnement par les employeurs publics territoriaux.

ARTICLE 15 : Clause de revoyure

Le présent accord a été établi au regard de la réglementation applicable au jour de sa signature. Ce dernier pourra être revu par les parties afin de le mettre en conformité avec les évolutions du cadre réglementaire.

ARTICLE 16 : Entrée en vigueur – Dépôt – Publicité

L'accord entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Le CDG48 transmet copie de l'accord majoritaire au conseil supérieur compétent pour la fonction publique concernée conformément aux dispositions de l'article L226-1 du Code Général de la Fonction Publique.

Cette formalité est notamment assortie par une liste des collectivités auxquels le présent accord s'applique.

En outre, un exemplaire sera établi pour chaque partie.

La même formalité est applicable à toutes éventuelles modifications.

Le présent accord est notifié à l'ensemble des organisations syndicales représentatives et non signataires des collectivités ayant leur propre CST ou du CST rattaché au CDG.

Enfin, le présent accord est transmis à chaque collectivité à fin de communication aux agents.

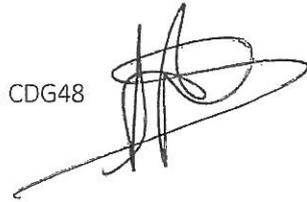
A Mende , le 10/07/2024

Fait en 2 exemplaires originaux, dont un pour la formalité de publication.

Pour les collectivités et établissements publics relevant du CST du CDG48 désignés par son président pour conduire la négociation collective :

Pour le CDG 48 dûment désignés :

Monsieur ITIER Jean Paul, en sa qualité de 1^{er} vice président du CDG48



Madame GAILLAC Josette, en sa qualité de de 3^{ème} vice présidente du CDG48

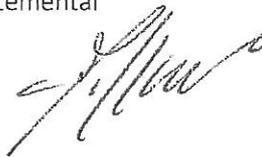


Monsieur BERGOGNE Francis, en sa qualité de membre du CA du CDG48



Pour les organisations syndicales représentatives, dûment mandatés:

- Le syndicat Force Ouvrière (FO) représenté par monsieur JAFFUEL Jérôme, en sa qualité de représentant départemental



- Le syndicat Confédération Française Démocratique du travail (CFDT) représenté par madame BENA Camille en sa qualité de représentante départementale,



- Le syndicat Confédération générale du travail (CGT) représenté par madame BONNEFILLE Patricia en sa qualité de représentante départementale