

Comprendre la PSC

Protection Sociale Complémentaire
Avec la fédération des Finances - FO



Le point de départ



Historique

C'est en **2021**, que la ministre de la Transformation et de la Fonction Publique a lancé le chantier de la **protection sociale complémentaire dans la Fonction publique**.

Sa volonté était, à l'instar du secteur privé, de mettre en place une **participation financière de l'employeur public** pour la prise en charge d'une complémentaire santé.

Malgré le caractère obligatoire dénoncé par l'organisation, la **Fédération Générale des Fonctionnaires Force Ouvrière (FGF-FO)**, **première organisation syndicale de la Fonction publique de l'État**, a signé le 26 janvier 2022, l'accord interministériel relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'État.

Par contre **FGF-FO** n'a pas signé l'accord interministériel le 20 octobre 2023, qui combine des garanties employeur « statutaires » améliorées et une couverture complémentaire « prévoyance », car cet accord ne s'applique pas aux trois versants de la fonction publique. De plus, il est incomplet car il concerne essentiellement les congés longue maladie.

En bref

La PSC vise à compléter en partie, ce que la sécurité sociale ne rembourse pas.

Aussi, l'**ordonnance n°2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire (PSC)** dans la fonction publique vient rebattre les cartes afin de favoriser et d'améliorer la couverture sociale complémentaire des agents de la fonction publique.

Elle s'articule en deux volets :

- ◀ **Les risques « santé »** correspondant 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 droits en cas de décès de l'agent.

L'accord interministériel du 26 janvier 2022 et le décret n°2022-633 du 22 avril 2022 rendent obligatoire l'adhésion à la couverture de protection sociale complémentaire santé. Cette obligation d'adhésion a été combattue par FO Fonction Publique.

Il existe des cas de dérogation (Les agents concernés devront formuler leur demande accompagnée des justificatifs nécessaires) :

- Les agents bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ;
- Les agents couverts par un contrat individuel en complémentaire santé, jusqu'à la date d'échéance de ce contrat dans la limite de douze mois ;
- Les agents en contrat à durée déterminée (CDD) s'ils bénéficient d'une couverture individuelle ;
- Les agents bénéficiaires, y compris en tant qu'ayants droits, d'un dispositif de couverture collective à adhésion obligatoire mis en place dans une entreprise de droit privé, que l'adhésion des ayants droits au dit dispositif soit obligatoire ou facultative ;
- Les agents bénéficiaires du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières ;
- Les agents bénéficiaires d'une couverture collective dans la fonction publique territoriale ou hospitalière.

Dans notre ministère, ce nouveau régime sera mis en place au **1er janvier 2026**, succédant d'une part, au dispositif temporaire de remboursement forfaitaire de 15 € et, d'autre part, au dispositif de participation au financement de la protection sociale complémentaire, via le « référencement » de la MGEFI.

L'ensemble des fédérations a signé le 21 juin 2024, l'**accord relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident et en matière de prévoyance (incapacité de travail, invalidité, décès) aux ministères économiques et financiers**.

La phase de marché se déroule selon une procédure de marché public formalisée avec deux étapes :

- la phase de candidature
- la phase de recueil des offres et de négociation

Les titulaires des lots du marché seront connus en juin 2025.

Le volet santé



Concernant le volet "santé", **pris en charge à hauteur de 50% par l'État** : L'adhésion au régime mis en place est **obligatoire** et s'impose à tous les agents actifs du périmètre concerné, sauf dérogations (page 03).

Un panier de soin minimal inter ministériel a été négocié par les fédérations de fonctionnaires

Il correspond à une **prise en charge partagée entre l'assurance maladie et la complémentaire**.

Afin de proposer des **garanties adaptées aux besoins des agents**, des **garanties optionnelles** pourront être souscrites par ces derniers.

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

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

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

Les cotisations des options des enfants sont diminuées de 50% par rapport à leur coût réel afin de favoriser la solidarité au bénéfice des familles.

Le financement de ce mécanisme de solidarité est assuré par les agents actifs, les retraités et leurs conjoints.

Il est progressif selon le niveau des rémunérations et des pensions.

Concernant le volet santé, le socle de base correspond à un panier de soin de base, et deux options facultatives possibles :

Tableau des garanties en santé

		Panier de soins	Futur dispositif	Futur dispositif
Poste de soins	Part SS	Remboursement	Option 1	Option 2
HOSPITALISATION				
Honoraires				
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	80 % ou 100 %	150 %	180 %	200 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	80 % ou 100 %	130 %	160 %	180 %
Forfait hospitalier et frais de séjour				
Forfait actes lourds	Frais réels, hors participation forfaitaire de 24 €			
Frais de séjour	80 % ou 100 %	100 %	125 %	150 %
Chambre particulière (sans limitation de durée)				
Court séjour et maternité		50 €/nuit	55 €/nuit	60 €/nuit
Soins de suite		40 €/nuit	40 €/nuit	45 €/nuit
Psychiatrie		45 €/nuit	50 €/nuit	55 €/nuit
Ambulatoire		25 €/jour	25 €/jour	30 €/jour
Frais d'accompagnant				
Etablissement conventionné		38,50 €/nuit	38,50 €/nuit	38,50 €/nuit
Etablissement non conventionné		25 €/nuit	25 €/nuit	25 €/nuit

		Panier de soins	Futur dispositif	Futur dispositif
Poste de soins	Part SS	Remboursement	Option 1	Option 2
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Consultations généralistes				
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	70 %	100 %	150 %	180 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	70 %	100 %	130 %	160 %
Consultations spécialistes				
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	70 %	150 %	180 %	200 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	70 %	130 %	160 %	180 %
Actes d'imagerie médicale				
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	70 %	130 %	150 %	150 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	70 %	100 %	130 %	130 %
Honoraires paramédicaux				
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	60 %	100 %	120 %	130 %
Masseurs-kinésithérapeutes	60 %	130 %	130 %	130 %
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses et examens de laboratoire	60 %	100 %	100 %	100 %
Analyses non remboursées				50 €/an
Médicaments				
Médicaments remboursés à 65 %	65 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments remboursés à 30 %	30 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments remboursés à 15 %	15 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie prescrite non remboursée		70 €/an	70 €	70 €
Frais de transport en véhicule sanitaire				
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	65 %	100 %	100 %	100 %
DENTAIRE				
Soins et prothèses 100 % Santé (2)				
Soins et prothèses 100 % Santé	60 %	Remboursement total de la dépense engagée		
Soins (hors 100 % Santé)				
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie (acceptée SS)	60 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses (hors 100 % Santé)				
Panier Maîtrisé				
Prothèses fixes et amovibles	60 %	375 %	400 %	430 %
Prothèses provisoires	60 %	375 %	500 %	600 %
Inlay Core	60 %	375 %	375 %	375 %
Inlays onlays d'obturation	60 %	150 %	200 %	220 %
Panier Libre				
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	60 %	Dent visible : 300 %	400 %	430 %
Prothèses amovibles	60 %	Dent non visible : 250 %	300 %	430 %
Prothèses provisoires	60 %	300 %	500 %	600 %
Inlay Core	60 %	200 %	200 %	220 %
Inlays onlays d'obturation	60 %	150 %	200 %	220 %
Implantologie				
Implants (limite 2 implants/an)		500 €/implant	1000 €/implant	1200 €/implant
Couronne sur implant (limite 2 couronnes/2 ans)		200 €/couronne	300 €/couronne	375€/couronne
Orthodontie				
Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)	100 %	250 %	350 %	350 %
Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale)		400 €/semestre	400 €/semestre	500 €/semestre
AIDES AUDITIVES				
Equipements 100 % Santé				
Equipements 100 % Santé	60 %	Remboursement total de la dépense engagée		
Equipements à tarif libre				
Equipements à tarif libre pour les plus de 20 ans	60 %	800 €	900 €	1 300 €
Equipements à tarif libre pour les 20 ans et moins ou atteint de cécité	60 %	1 400 €	1 600 €	1 600 €
Frais d'entretien et réparation				
Piles, écouteurs, microphones et embouts remboursés par la Sécurité sociale	60 %	100 %	125 %	125 %
Frais d'entretien et réparation non remboursés par la Sécurité sociale			50€/an	50€/an

		Panier de soins	Futur dispositif	Futur dispositif
Poste de soins	Part SS	Remboursement	Option 1	Option 2
OPTIQUE				
Equipements 100 % Santé				
Equipements 100 % Santé	60 %	Remboursement total de la dépense engagée		
Equipements à tarif libre				
Monture	60 %	50 €	100 €	100 €
Autres prestations optique				
Lentilles prescrites, y compris jetables	60 %	100 €/an	130€/an	150 €/an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)		400 €/an	400 €/an	500 €/an
Grille optique (remboursement par verre)				
Verre uni focal				
Verre simple	60 %	60 €	100 €	150 €
Verre complexe	60 %	110 €	200 €	250 €
Verre multifocal ou progressif				
Verre complexe	60 %	150 €	200 €	250 €
Verre très complexe	60 %	200 €	250 €	300 €
AUTRES POSTES				
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale				
Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	65 %	100 %	100 %	100 % + 100€
Médecines additionnelles et de prévention				
Médecine douce				
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étio­pathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue		2 séances/an (limite 40 €/séance)	5 séances/an (limite 45 €/séance)	5 séances/an (limite 50 €/séance)
Psychologue				
Psychologues conventionnés, pris en charge par la Sécurité sociale dans la limite de 8 séances par an	60 %	40 € pour la 1 ^{ère} séance 30 € pour les 7 séances restantes	40 € pour la 1 ^{ère} séance 30 € pour les 7 séances restantes	40 € pour la 1 ^{ère} séance 30 € pour les 7 séances restantes
Psychologue		4 séances/an (limite 30 €/séance)	6 séances/an limite 40€/séance	6 séances/an limite 40€/séance
Actes refusés par la sécurité Sociale				
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique		80 €/an	80 €/an	80 €/an
Contraception, tests de grossesse		80 €/an	90 €/an	100 €/an
Dépistage (surdité enfant, trouble du langage, hyperactivité, ...)			50 €/an	50 €/an
Prévention				
Amniocentèse, Dépistage Prénatal		183 €/acte	183 €/acte	183 €/acte
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	Variable	100 %	100 %	100 %

Le volet prévoyance



Concernant le volet “prévoyance”, ce régime complémentaire est également **obligatoire et s'applique aux agents dits « actifs »** qui sont employés et rémunérés par les ministères financiers et les employeurs rattachés.

Remarque : Le volet prévoyance est obligatoire pour maximiser la protection des agents. Une prévoyance obligatoire sera nécessairement moins chère, puisque l'opérateur sélectionné sait qu'il aura un large marché lui permettant de baisser les prix.

Le contrat collectif obligatoire de prévoyance, comme celui sur la PSC rentrera en vigueur à partir du **1er janvier 2026**, avec une **prise en charge par l'employeur à hauteur de 7 € par mois et par agent**, sur les garanties socles (plus larges que les garanties statutaires) pour compléter la prise en charge en congé longue maladie, en invalidité et en cas de décès. En tant que fonctionnaires le volet prévoyance est particulièrement important. En effet, ces garanties permettent de faire face aux pertes de revenus liées aux incapacités de travail, inaptitude ou invalidité.

Les agents pourront adhérer à deux niveaux de garanties additionnelles définies dans la négociation ministérielle.

La couverture du jour de carence applicable aux congés pour raisons de santé des agents fonctionnaires et contractuels sera exclue des garanties.

Ces garanties additionnelles porteront sur :

- **L'option 1 : couverture pour le congé ordinaire de maladie - CMO et le congé longue durée - CLD pour le TIB : c'est le complément du demi traitement.**
- L'option 2 : Prise en charge des primes à hauteur de 70% .

Tableau des garanties en prévoyance

		Statutaire		Socle		Option 1		Option 2		Global	
		TIB+NBI	Primes	TIB+NBI	Primes	TIB+NBI	Primes	TIB+NBI	Primes	TIB+NBI	Primes
Capital Décès		100 %	100 %	100 %	100 %					200 %	200 %
Rente éducation	0-18 ans	5 % PMSS								5 % PMSS	
	19-36 ans	15 % PMSS								15 % PMSS	
Congé maladie ordinaire	Plein traitement	90 %	90 %			0 %	0 %	0 %	0 %	90 %	90 %
	Demi traitement	50 %	50 %			50 %	0 %	50 %	20 %	100 %	A1 : 50 % A2 : 70 %
Congé longue maladie	Plein traitement	100 %	33 %	0 %	66 %					100 %	100 %
	Demi traitement	60 %	60 %	20 %	20 %					80 %	80 %
Congé longue durée	Plein traitement	100 %	0 %			0 %	10 %	0 %	70 %	100 %	A1 : 10 % A2 : 70 %
	Demi traitement	50 %	0 %			50 %	10 %	50 %	70 %	100 %	A1 : 10 % A2 : 70 %
Retraite pour invalidité		50 à 75 %	0 %	5 à 30 %	80 %					80 %	80 %
Pension d'invalidité titulaire	Catégorie 1	40 %	40 %	10 %	10 %					50 %	50 %
	Catégorie 2&3	70 %	70 %	10 %	10 %					80 %	80 %
Pension d'invalidité contractuel	Catégorie 1	30 %	30 %	20 %	20 %					50 %	50 %
	Catégorie 2&3	50 %	50 %	30 %	30 %					80 %	80 %

Les évolutions statutaires

Capital décès

Capital décès de 100 % de la RAB, sans condition d'âge ni de durée de services
Sous conditions exceptionnelles (ex : attentat), triplement du capital décès (300 % de la RAB)

Rente éducation / handicap

Création d'une rente éducation à hauteur de :
5 % du PMSS jusqu'à 17 ans
15 % du PMSS jusqu'à 26 ans et sous conditions de poursuite d'études
Création d'une rente viagère pour les enfants en situation de handicap
Socle complémentaire Interministériel
Le dispositif « complémentaire interministériel » (article 18) prévoit le versement d'un capital décès additionnel de 100 % de la RAB

Incapacité

Renforcement de la couverture statutaire

Amélioration de la prise en charge du Congé Longue Maladie (CLM) des titulaires à travers l'actualisation de la liste des pathologies concernées et par une meilleure indemnisation via la prise en compte des primes,
Alignement des niveaux de prise en charge des contractuels avec les titulaires au titre du Congé Maladie Ordinaire (CMO) l'ancienneté requise pour pouvoir bénéficier du statutaire est désormais de 4 mois,
Alignement des niveaux de prise en charge du Congé Grave Maladie (CGM) des contractuels avec le Congé Longue Maladie (CLM) des titulaires l'ancienneté requise pour pouvoir bénéficier du statutaire est désormais de 4 mois,

CLM/CGM

Au titre du CLM et du CGM, le dispositif « complémentaire interministériel » (article 18) prévoit des maintiens de rémunération avec le statutaire, à hauteur de 100 % de la RAB la première année et de 80 % de la RAB les deux années suivantes.

CMO/CLD

Pour les titulaires, le Congé Maladie Ordinaire (CMO) ainsi que le Congé Longue Durée (CLD) ne font pas l'objet d'évolution.
Possible fusion du CLD avec le CLM dans les prochaines années.

Invalidité

Titulaires

Mise en place d'une pension d'invalidité similaire à celle de la CPAM pour les contractuels, mais avec une couverture renforcée
Suppression de la mise en retraite pour invalidité et du principe de radiation des cadres
Acquisition de droits à la retraite pendant la phase d'invalidité
Adaptation de la disponibilité pour raisons de santé sans limitation de durée et qui concerna désormais les fonctionnaires invalides dans l'incapacité de reprendre une activité
Proposer un âge de départ à la retraite anticipé (âge légal diminué de deux années)

Contractuels

Les contractuels bénéficient de la pension d'invalidité de la CPAM

Garanties complémentaires

Aussi bien pour les titulaires que pour les contractuels, le dispositif « complémentaire interministériel » (article 18) prévoit des maintiens de rémunération avec le statutaire, à hauteur de:
➢ 50 % de la RAB en 1^{ère} catégorie
➢ 80 % de la RAB en 2^{ème} et 3^{ème} catégories



Construire les victoires de demain !