

GT 30 – REFERENCEMENT MUTUELLE

Le protocole 2016-2019 prévoit la mise en place d'un dispositif de référencement (santé et prévoyance), selon des textes réglementaires établis par la Fonction publique depuis 2007. Le budget global qui couvre la période protocolaire est de 800 000€, en complément du budget de l'action sociale.

Objet du référencement mutuelle

Des textes Fonction publique permettent de mettre en place un système de « référencement » afin de proposer des formules de référencement (mutuelle santé et prévoyance) facultative pour les agents. La DGAC prendra à sa charge une partie du montant des cotisations.

Jusqu'en 2016, un « référencement » ministériel au MEEM existait, mais peu d'agents y adhéraient. Le référencement permettra à la DGAC de faire un avis d'appel à la concurrence, afin de sélectionner un opérateur mutualiste publique ou privé (assureurs) qui répondra à des critères de mutuelle santé et de prévoyance. Ce type de procédure « référencement » ne permet pas une participation directe de la DGAC, et **oblige à définir une offre couplée** : domaines de la mutuelle santé et de la prévoyance (arrêt de travail, invalidité, décès).

Les OS ont signalé que les contrats de prévoyance ATC (ICNA) ou PAM (autres corps), gérés par Harmonie Fonction Publique, sont des contrats qui permettent de couvrir les pertes de salaire (primes comprises) lors du passage à demi-traitement et que les agents adhérant à ces types de contrats sont très attachés à cette couverture de risque.

Pour FO, les formules que la DGAC prévoit d'élaborer dans le cas des nouvelles offres santé et prévoyance doivent au minimum inclure ce type de couverture « perte de salaire ».
Si ce risque n'était pas couvert, beaucoup d'agents pourraient choisir de garder leurs contrats actuels.

Planning des travaux de mise en œuvre

Un expert en référencement mutuelle a été choisi par la DGAC et viendra en soutien au service de l'action sociale (SDP5) afin de préparer l'appel d'offres.

Les dates clés de la démarche globale sont :

- mars à juin 2017 : élaboration du cahier des charges des couvertures santé et prévoyance, défini par la DGAC.
- 13 juillet 2017 : lancement de l'avis d'appel à la concurrence.
- 15 septembre 2017 : analyse des offres reçues par la DGAC, de la part des opérateurs ayant répondu à l'appel d'offres.
- 15 octobre 2017 : choix du ou des opérateurs référencés.
- 31 octobre 2017, au plus tard : signature de la convention avec le ou les opérateurs retenus.
- 1^{er} janvier 2018 : début de la mise en application des nouveaux contrats pour les agents DGAC.

La DGAC versera, en fonction des adhésions, les montants correspondants à l'opérateur de mutuelle qui sera retenu.

La période de référencement devrait courir sur une période de 7 ans (cette durée est habituellement fixée sur les autres types de contrats de référencement dans les autres ministères : justice, éducation nationale, intérieur, etc.).

La prochaine réunion de ce GT, fixée au 7 avril, permettra de travailler sur les différentes options que la DGAC devra inclure dans le cahier des charges (mutuelle santé et prévoyance).

