

RÉFORME DE LA PROTECTION SOCIALE DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

16 PROPOSITIONS DE LA MNH DESTINÉES À MIEUX PROTÉGER LES HOSPITALIERS

Nous sommes hospitaliers

Cahier #2

MNH

Protéger les professionnels de la santé et du social, tout simplement

« PRENDRE SOIN
DE CEUX QUI PRENNENT
SOIN DE NOUS. »

Sommaire

« Notre ambition est de mettre notre expertise au service de la réforme », préface de Benoit Fraslín, Président de la MNH et de Gérard Vuidepot, Président de MNH Prévoyance..... 4

« La performance est-elle compatible avec la solidarité ? », par Médéric Monestier, Directeur général de la MNH 6

« Protéger les hospitaliers, notre vocation première », par Sophie Bury, Directrice générale adjointe de la MNH 8

LE FUTUR RÉGIME DE PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE DES HOSPITALIERS, SELON LA MNH

10 points d'attention, 16 propositions de la MNH destinées à mieux protéger les hospitaliers 09

UNE RÉFORME QUI INTERVIENT DANS UN CONTEXTE PARTICULIER 16

Une société traversée de tensions et confrontée à de multiples défis 17

- La transition climatique
- La transition démographique
- Le renouvellement démocratique
- Le défi de l'apaisement

Le mutualisme, incarne une partie de la réponse 21

- Le gigantisme du secteur de l'assurance
- Un ADN du mutualisme à réinvestir
- Résister au gigantisme, militer pour un mutualisme renouvelé

La solidarité intergénérationnelle, dépasser les apparences 24

- Une solidarité qui s'exerce en direction des jeunes
- Un accompagnement attentif tout au long de la vie
- Un soutien particulier pour les retraités

10 POINTS D'ATTENTION, 16 PROPOSITIONS PORTÉES PAR LA MNH 27

Point d'attention N°1 : La détermination des garanties sociales 28

Point d'attention N°2 : La définition des modalités contractuelles 32

Point d'attention N°3 : Le périmètre de mise en concurrence 34

Point d'attention N°4 : La solidarité intergénérationnelle et avec les plus fragiles 40

Point d'attention N°5 : La prévoyance, un élément essentiel des hospitaliers 44

Point d'attention N°6 : La portabilité des droits 48

Point d'attention N°7 : Les praticiens hospitaliers, une catégorie professionnelle à part 52

Point d'attention N°8 : Le délai de mise en œuvre de la réforme 54

Point d'attention N°9 : Le financement de la participation de l'employeur 56

Point d'attention N°10 : Préserver la fonction publique hospitalière d'un risque d'opportunisme commercial 58

En savoir plus sur la MNH 62

Nous contacter 62

Protection

Benoit Fraslin

► Président de la MNH

Gérard Vuidepot

► Président de MNH Prévoyance



« NOTRE AMBITION EST DE METTRE NOTRE EXPERTISE AU SERVICE DE LA RÉFORME . »

 La réforme de la protection sociale des agents publics est entrée dans une nouvelle phase de concrétisation, depuis la publication le 17 février 2021, par le Gouvernement, d'une ordonnance qui en trace les contours. Les partenaires sociaux de la Fonction Publique ont désormais la charge de la rendre opérante pour chacun des 3 versants et de faire en sorte qu'elle aboutisse à des avancées perceptibles pour les agents, actifs comme retraités, et les employeurs du service public. Néanmoins, de nombreux points restent à éclaircir voire à définir. Nous identifions dans ce nouveau numéro des « Décryptages de la Mutuelle Nationale des Hospitaliers », 10 sujets d'attention qui nous apparaissent particulièrement importants. Nous les complétons de 16 propositions concrètes, dont certaines sont déjà expérimentées et mises en œuvre par la MNH à travers son modèle mutualiste, affinitaire et solidaire, et sont donc immédiatement applicables dans le cadre de la réforme. L'enjeu de celle-ci est de permettre une amélioration perceptible pour les agents actifs et retraités de leur niveau de protection, tout en préservant leur pouvoir d'achat. Surtout, et il s'agit selon nous d'un point central, il est indispensable que les spécificités du service public et des hospitaliers soient soigneusement identifiées et prises en compte dans les offres de complémentaires auxquelles ils auront accès à l'issue de la réforme. Leur garantir la prise en compte de leurs besoins, leur assurer une équité de traitement, mettre en œuvre de véritables mécanismes de solidarité, notamment intergénérationnelle et avec les plus fragiles, agir mieux sur la prévention, tenir compte

de l'importance de la prévoyance pour les hospitaliers, sont quelques-unes des pistes essentielles qui devront être incluses dans la réforme.

Celle-ci intervient à un moment particulier, presque charnière, pour la fonction publique hospitalière. La crise sanitaire a en effet exacerbé les tensions. Elle a fortement exposé les professionnels de la santé, spécifiquement ceux du service public et elle a également mis en exergue certains dysfonctionnements.

Au-delà des hospitaliers, la société semble traversée de tensions multiples et en attente d'une nouvelle étape voire d'une nouvelle forme de protection, notamment sociale. Nous considérons que cette réforme constitue une opportunité pour mieux protéger les agents de notre système de santé public et relancer l'attractivité des métiers de l'hôpital.

Nous sommes enfin convaincus que l'approche mutualiste affinitaire, redistributrice, solidaire et démocratique que défend la MNH est porteuse de valeurs qui correspondent à bien des attentes nouvelles de la population en général, et des hospitaliers en particulier.

La recherche de gigantisme de certains opérateurs, qui aboutit systématiquement à un affadissement et à une banalisation de leurs offres, atteint ses limites.

Notre atout réside dans notre grande expertise de la fonction publique hospitalière, fondée sur plus de 60 années consacrées à la protection de ses agents. Nous saisissons donc, logiquement, cette réforme pour qu'elle permette de renforcer la protection sociale complémentaire des hospitaliers autour de nouvelles approches et valeurs, dont la fonction publique pourrait être l'élément fondateur. »

Solidarité

Médéric Monestier

► Directeur général de la MNH



« LA PERFORMANCE EST-ELLE COMPATIBLE AVEC LA SOLIDARITÉ ? »

La mise en place d'un nouveau modèle de protection sociale pour les agents publics pourrait relever du véritable défi pour une mutuelle affinitaire et historique de la fonction publique, voire susciter des craintes. Elle pourrait amener à intégrer un nouveau modèle, entraînant de facto des adaptations de nos méthodes de travail et de gestion internes, de nos approches contractuelles ou encore de nos relations avec nos adhérents. Certes, ces aspects doivent être pris en compte. Ils relèvent d'ailleurs de notre responsabilité opérationnelle quotidienne et pas seulement à l'heure de la réforme. C'est la raison pour laquelle notre mutuelle s'adapte en permanence. Nous veillons à proposer des offres en adéquation avec les attentes de nos adhérents et qui reposent sur une forte expertise de leurs besoins. Nous sommes en effet des hospitaliers, au service des hospitaliers. En ce qui concerne la gestion, nous ne craignons pas la comparaison avec d'autres acteurs, notamment du secteur assurantiel lucratif. En conséquence, nous considérons que la performance n'est pas un mot interdit, elle est même consubstantielle de la pérennité de notre entreprise sociale et solidaire. La solidarité n'est en revanche pas dans l'ADN de tous les acteurs du secteur de l'assurance. La concurrence, amplifiée par la recherche du profit financier, impose à certains d'entre eux une recherche d'efficacité financière qui est parfois incompatible avec certaines valeurs, propres à une mutuelle affinitaire. Le véritable défi que nous devons relever dans le cadre de cette réforme est donc un défi collectif. Il s'agit, avec ce futur régime de protection sociale complémentaire des agents publics, a fortiori hospitaliers, de rendre compatible la performance avec une approche solidaire. En effet, la réforme en cours ne pourra

se limiter à une approche financière et de recherche de toujours plus de croissance économique. Cette posture ne serait efficiente, ni pour les pouvoirs publics, ni pour les établissements employeurs, ni pour les acteurs de l'assurance complémentaire. Surtout, elle se révélerait rapidement délétère pour les agents hospitaliers.

Ces agents, nous les connaissons bien. Près d'un demi-million d'entre eux, actifs et retraités, adhèrent aujourd'hui à la MNH. En y ajoutant leurs familles, ce sont plus d'un million de personnes que nous protégeons. Nous savons à quel point leurs métiers recèlent des situations particulières, génèrent des modes de vie parfois très décalés de la majorité de nos concitoyens, et suscitent des besoins spécifiques.

La MNH est une mutuelle affinitaire. Un choix sans cesse confirmé par ses adhérents et sa gouvernance. Un choix clairement assumé. Un choix qui a pris un sens tout particulier avec la crise sanitaire. Les équipes de la MNH se sont mobilisées au cours de cette crise pour répondre aux besoins de nos adhérents, happés par leur mission au service des autres.

Nous avons veillé à anticiper certaines de ces attentes, car nous connaissons leurs spécificités. Grâce à l'expertise de nos équipes, à la richesse et à la profondeur de nos services, mais également à la mise en place de partenariats, nous avons été, à leurs côtés, au rendez-vous de la crise. Il s'agit désormais d'être au rendez-vous de la réforme de la protection sociale des agents hospitaliers. Notre connaissance du secteur hospitalier, unique, nous est précieuse. Notre ambition est de la partager plus.*

Notre souhait est d'accompagner la mise en place d'un régime disposant de véritables mécanismes de solidarité, avec les plus jeunes, avec les retraités mais également avec les plus fragiles.

Nous considérons que la performance est parfaitement compatible avec la solidarité.

Nous le démontrons depuis plus de 60 ans. »

* « Nous sommes hospitaliers » - Cahier#1
- Crise sanitaire - Covid 19 - 10 mesures concrètes de la MNH

« PROTÉGER LES HOSPITALIERS, NOTRE VOCATION PREMIÈRE. »



Sophie Bury

► Directrice générale adjointe de la MNH

Spécificités

« Une réforme d'ampleur comme celle de la protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique hospitalière est porteuse à la fois d'espérances et d'interrogations. Les espérances des agents, actifs et retraités hospitaliers, relèvent d'un souhait légitime de voir au moins une partie des coûts de leur complémentaire santé être prise en charge par leur employeur, à l'instar du régime des salariés du secteur privé. Mais considérer que leur approche serait strictement financière serait une erreur radicale. Ils évoluent au sein d'un monde spécifique, celui de la santé, le bien le plus précieux de chacun d'entre nous. Ils ont pour mission de prendre soin de nous, lorsque nous sommes affaiblis, parfois gravement. Ils ont fait le choix, loin d'être anodin, d'assurer cette mission au sein du service public hospitalier. Leurs interrogations, bien légitimes, portent

essentiellement sur la prise en compte de leurs réalités spécifiques. Ces réalités, nous les identifions dans cet ouvrage et tentons d'en dessiner les enjeux. Rien ne serait pire que de passer à côté des besoins réels des hospitaliers pour favoriser une approche strictement économique et tarifaire. Il ne s'agit pas ici de réaliser des économies, mais bien de protéger celles et ceux qui prennent soin de nous. Protéger les hospitaliers. C'est justement la vocation première de la MNH. En plus de 60 ans, nous avons développé une expertise quasi unique car elle s'appuie sur le million de personnes que nous protégeons, agents hospitaliers, actifs, étudiants, retraités, et leurs familles. Il nous apparaît normal de leur rester fidèles et de participer au débat public afin d'apporter notre contribution, experte, transparente et résolument bienveillante, afin qu'ils soient encore mieux protégés demain qu'aujourd'hui.

*Nous sommes
hospitaliers*

LE FUTUR RÉGIME DE PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE DES HOSPITALIERS, SELON LA MNH

10 POINTS D'ATTENTION
16 PROPOSITIONS DESTINÉES À MIEUX
PROTÉGER LES HOSPITALIERS



Protéger les professionnels de la santé
et du social, tout simplement

10 POINTS D'ATTENTION POUR RÉUSSIR LA RÉFORME DE LA PROTECTION SOCIALE DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

16 PROPOSITIONS DE LA MNH DESTINÉES À MIEUX PROTÉGER LES HOSPITALIERS

Une mise en concurrence au niveau national d'offres individuelles en nombre limité à adhésion facultative complétée et améliorée par une mise en concurrence au niveau local des offres collectives à adhésion facultative ou obligatoire.

- ▶ Nos points d'attention N°2 et N°3
- ▶ Nos propositions N°3, N°4 et N°5

Un régime plus protecteur pour les hospitaliers :

Qui apporte des garanties véritablement négociées par les partenaires sociaux, dont la prévoyance.

- ▶ Nos points d'attention N°1 et N°5
- ▶ Nos propositions N°1, N°2 et N°9

Qui impose des mécanismes concrets de solidarité intergénérationnelle et avec les plus fragiles.

- ▶ Notre point d'attention N°4
- ▶ Nos propositions N°6, N°7 et N°8

Qui assure la portabilité des droits pour les agents hospitaliers privés d'emploi.

- ▶ Notre point d'attention N°6
- ▶ Notre proposition N°10

Qui prévoit un volet spécifique pour le personnel médical.

- ▶ Notre point d'attention N°7
- ▶ Notre proposition N°11

Qui impose une véritable démarche d'évaluation de ses impacts sur la protection sociale des hospitaliers.

- ▶ Notre point d'attention N°8
- ▶ Nos propositions N°12, N°13

Qui compense l'impact financier par des crédits nouveaux dont l'ONDAM et via les dotations octroyées par collectivités dans le secteur médico-social.

- ▶ Notre point d'attention N°9
- ▶ Notre proposition N°14

Qui prescrit des règles de soutenabilité financière pour protéger les agents et les employeurs publics d'effets de dumping.

- ▶ Notre point d'attention N°10
- ▶ Nos propositions N°15 et N°16

Garantir

Point d'attention n°1

LA DÉTERMINATION DES GARANTIES SOCLES

L'ordonnance ne mentionne pas, dans les risques à prendre en considération pour la définition des offres socles, un certain nombre de besoins, pourtant essentiels pour les agents hospitaliers. Il s'agira d'un point d'attention dont il conviendra de tenir compte dans les travaux préparatoires avec les partenaires sociaux.

La prévoyance est un élément absolument incontournable pour les hospitaliers. (voir proposition N°9).

Proposition n°1

Faire confiance aux partenaires sociaux pour définir des garanties socles adaptées aux spécificités des agents hospitaliers

Les partenaires sociaux doivent jouer un rôle central et déterminant dans la définition des garanties socles. Ils seront les garants d'une réforme réussie car en adéquation avec les attentes des premiers concernés, les agents hospitaliers.

Proposition n°2

Définir des garanties socles dans le but de créer un bouclier de protection pour les agents hospitaliers, bien en amont de la prise en charge curative

Au regard des spécificités des besoins des agents hospitaliers, il est important de prendre en considération des actions de prévention. Or, cette posture est encore peu ancrée dans les démarches de protection sociale complémentaire qui se calquent, en général, sur une approche d'accompagnement curatif.

► Point d'attention et propositions développés en page 28



Point d'attention n°2

LA DÉFINITION DES MODALITÉS CONTRACTUELLES

Les agents hospitaliers gèrent aujourd'hui seuls leur adhésion à une protection complémentaire. La réforme va bousculer des habitudes, fortement ancrées, tant en ce qui concerne les agents que les établissements. Elle devra veiller, notamment, à ce que les offres soient facilement compréhensibles, mais également à ce que l'adhésion individuelle puisse être préservée comme cela est permis par l'ordonnance du 17 février 2021.

Proposition n°3

Permettre au dialogue social de moduler les conditions d'adhésion

La modalité d'adhésion individuelle doit être préservée, a minima dans le cadre d'un régime socle national (voir proposition N°4). Les partenaires sociaux devraient par ailleurs avoir la capacité de définir les modalités contractuelles d'adhésion en fonction des réalités locales et des attentes des agents.

► Point d'attention et propositions développés en page 32

Point d'attention n°3

LE PÉRIMÈTRE DE MISE EN CONCURRENCE

Nous préconisons deux niveaux de définition des offres. Au national, la charge de définir les offres socles essentielles et incontournables auxquelles les agents pourraient adhérer individuellement et directement, à travers un accord négocié au sein du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière. Au local la définition de garanties plus avantageuses à travers la mise en œuvre de contrats collectifs.

Proposition n°4

Des offres socles individuelles définies au plan national

Une place centrale serait d'abord donnée au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière qui serait chargé de la négociation et de la conclusion d'un accord majoritaire.

Sur la base de cet accord, un appel d'offres national serait réalisé par l'intermédiaire du Ministère des Solidarités et de la Santé, visant à retenir un nombre limité d'opérateurs (3 par exemple) pour proposer des offres individuelles à adhésion facultative à l'ensemble des agents hospitaliers.

Proposition n°5

Des offres collectives définies localement au sein de la structure qui porte le dialogue social

Une fois le régime socle défini au niveau national, rien ne doit empêcher le niveau local d'améliorer l'économie générale des couvertures complémentaires proposées à ses agents, si les partenaires sociaux le souhaitent.

Ce régime local devra être inévitablement issu du dialogue social. Il se concrétisera par l'instauration d'un contrat collectif, à adhésion facultative ou obligatoire. Lequel contrat se substituerait alors à l'offre socle nationale pour permettre aux agents de bénéficier de la participation de l'employeur.

► Point d'attention et propositions développés en page 34

Point d'attention n°4

LA SOLIDARITÉ INTERGÉNÉRATIONNELLE ET AVEC LES PLUS FRAGILES

Le risque est réel d'orienter les bénéficiaires de la réforme en direction des seuls actifs et de laisser de côté les retraités, à l'instar de la généralisation de la complémentaire santé pour les salariés du secteur privé. Une deuxième population exige par ailleurs une attention toute particulière à travers des mécanismes de solidarité dédiés : les agents fragiles au plan financier.

Proposition n°6

Exiger la mise en œuvre d'une véritable solidarité intergénérationnelle entre les agents actifs et retraités à travers des mécanismes de compensation financière

Nous proposons la mise en place d'une solidarité intergénérationnelle véritablement opérante entre les agents actifs et retraités de la fonction publique hospitalière. Une solidarité à laquelle devront obligatoirement participer toutes les complémentaires sélectionnées dans la fonction publique hospitalière pour les agents actifs, que leurs offres soient retenues au niveau national comme au niveau local.

Proposition n°7

Poursuivre l'accompagnement des agents hospitaliers tout au long de la vie

Un dispositif d'accompagnement particulier pourrait être imposé aux organismes complémentaires retenus au sein de la fonction publique hospitalière afin de proposer aux agents retraités des dispositifs en faveur de leur bien-être physique et mental, tout au long de leurs étapes de vie.

Proposition n°8

Imposer aux opérateurs des minorations de cotisation pour les publics fragiles financièrement

Des minorations de cotisations en fonction de la tranche de revenu et de la situation familiale de l'adhérent concerné pourraient être imposées à tous les opérateurs sélectionnés dans le cadre du futur régime. Cette obligation constituerait un apport bénéfique substantiel de la réforme au quotidien et au pouvoir d'achat des agents concernés.

► Point d'attention et propositions développés en page 40



Prévoir

Point d'attention n°5

LA PRÉVOYANCE, UN ÉLÉMENT ESSENTIEL POUR LES HOSPITALIERS

La prévoyance est un élément de protection essentiel pour les agents hospitaliers. Pourtant, l'ordonnance l'a rendu uniquement optionnelle. Il s'agit d'un point d'attention et d'inquiétude pour la MNH.

Là encore, nous sommes confrontés à des spécificités qui doivent être prises en compte afin de garantir la réussite de la réforme. Une suppression de l'aide sociale du CGOS ne nous semble ainsi ni envisageable, ni adaptée.

Proposition n°9

Proposer un dispositif de prévoyance complémentaire adapté à la fonction publique hospitalière

La prévoyance complémentaire pour les hospitaliers apparaît indispensable. Celle-ci devra s'inscrire dans un véritable continuum de prévoyance, comprenant l'aide au retour à l'emploi ainsi que de véritables actions de prévention des risques, à l'image des propositions que nous formulons par ailleurs en matière de santé.

Ce continuum devra tenir compte de la couverture statutaire des agents ainsi que de l'aide sociale aux agents en situation de maladie versée par le CGOS.

► Point d'attention et propositions développés en [page 44](#)

Point d'attention n°6

LA PORTABILITÉ DES DROITS POUR LES AGENTS HOSPITALIERS PRIVÉS D'EMPLOI

La part des contractuels est en nette augmentation au sein de la fonction publique hospitalière.

Ces contractuels sont plus exposés à l'insécurité de l'emploi et doivent faire face à des périodes au cours desquelles ils ne travaillent pas.

Les contours de la portabilité des droits des agents contractuels doivent permettre de leur assurer une protection de qualité, qui tienne compte de leurs éventuelles périodes sans emploi.

Proposition n°10

Assurer une portabilité des droits aux agents hospitaliers en cas de privation d'emploi

Les agents publics hospitaliers privés d'un emploi doivent pouvoir bénéficier d'une portabilité de leur complémentaire santé dans le cadre du futur régime de protection sociale complémentaire.

Cette portabilité pourrait être strictement calquée sur celle accordée aux salariés du secteur privé en termes de durée et de simplicité d'accès.

► Point d'attention et propositions développés en [page 48](#)

Préserver

Point d'attention n°7

LES PERSONNELS MÉDICAUX, UNE CATÉGORIE PROFESSIONNELLE À PART

Les personnels médicaux constituent une catégorie professionnelle à part de la fonction publique hospitalière, hors du régime statutaire des agents.

Cette catégorie professionnelle nécessite des garanties adaptées, négociées avec ses représentants et tenant compte des spécificités de l'exercice de leurs fonctions.

Proposition n°11

Instaurer un régime national à adhésion individuelle facultative pour le personnel médical

Au regard des spécificités du personnel médical, la mise en œuvre d'un régime national, commun à l'ensemble de cette catégorie professionnelle, semble la plus opportune. Celui-ci pourrait conduire à sélectionner un nombre limité d'opérateurs (3 par exemple) dont les offres, proposées aux personnels médicaux à titre individuel et avec une adhésion facultative, ouvriraient droit à la participation de l'employeur public. Le niveau et la nature des garanties, ou encore le niveau de participation de l'employeur, seraient définis grâce au dialogue social, au sein du Conseil supérieur des professions médicales.

► Point d'attention et propositions développés en page 52

Point d'attention n°8

LE DÉLAI DE MISE EN ŒUVRE DE LA RÉFORME

Les spécificités de la fonction publique hospitalière exigent une approche particulièrement rigoureuse dans la mise en œuvre de cette réforme.

Proposition n°12

Privilégier une négociation sereine du futur régime

Le temps offert d'ici au 1er janvier 2026 permet de bâtir une négociation au cours de laquelle l'ensemble des sujets pourront être abordés en dehors de toute pression.

Proposition n°13

Mesurer les impacts de la réforme

Le temps laissé à la mise en place de la réforme doit permettre de mettre en place de véritables études d'impact afin de déceler les apports réels des mesures envisagées, ou leurs effets non désirés éventuels.

► Point d'attention et propositions développés en page 54



Point d'attention n°9

LE FINANCEMENT DE LA PARTICIPATION DE L'EMPLOYEUR

La situation financière des établissements est devenue un point d'attention récurrent. L'hôpital public subit des déficits qui semblent s'être installés dans une temporalité durable. La réforme de la protection sociale complémentaire des hospitaliers intervient donc dans un contexte budgétaire extrêmement tendu pour les établissements, ce qui constitue un point d'attention particulier.

Proposition n°14

Le financement de la réforme devra être compensé budgétairement

La tension budgétaire subie par les hôpitaux publics pourrait être encore aggravée par les effets de la réforme, dont le coût pourrait avoisiner les 400M€ annuels. Il est indispensable que celle-ci soit intégralement compensée au travers d'une dotation complémentaire clairement identifiée et sanctuarisée dans l'ONDAM.

► Point d'attention et propositions développés en page 56

Point d'attention n°10

PRÉSERVER LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE D'UN RISQUE D'OPPORTUNISME COMMERCIAL

Cette réforme est d'ores-et-déjà une avancée pour les hospitaliers qui bénéficieront, à terme, d'une participation de leur employeur dans le financement de leur complémentaire santé, voire de leur prévoyance (voir proposition N°9). À ce titre, les 1,2 millions d'agents hospitaliers actifs et les 550 000 agents retraités aiguisent d'ores-et-déjà l'appétit de nombreux assureurs, privés lucratifs comme non lucratifs. Cette attente de nouvelle source de chiffre d'affaires est légitime de la part des assureurs complémentaires. Toutefois, nous devons être vigilants à ce que des méthodes, qui ont déjà été usitées lors de la généralisation de la complémentaire santé dans le secteur privé, ne se renouvellent pas.

Proposition n°15

Garantir une régulation des tarifs et un maintien des garanties des hospitaliers

Après la généralisation de la complémentaire santé pour les salariés du secteur privé, la présentation des premiers comptes de résultats a conduit bon nombre d'opérateurs complémentaires à une réévaluation tarifaire à la hausse, ou des niveaux de garantie à la baisse.

La mise en place de clause encadrant les réévaluations tarifaires dans le temps pourrait inciter les assureurs complémentaires à tarifier au plus juste leurs offres, évitant les effets de dumping et garantissant aux agents des niveaux de garantie cohérents de bout en bout de leur contrat.

Proposition n°16

Une charte de protection des hospitaliers

Nous proposons que les opérateurs candidats à la mise en place d'offres de complémentaires destinés aux agents de la fonction publique hospitalière signent une « Charte de protection des hospitaliers » qui contiendra des engagements formels tant sur le fond que sur la durée afin de garantir une protection efficace des agents et des retraités.

► Point d'attention et propositions développés en page 58

*Nous sommes
hospitaliers*

UNE RÉFORME QUI INTERVIENT DANS UN CONTEXTE PARTICULIER

UNE SOCIÉTÉ TRAVERSÉE DE TENSIONS ET CONFRONTÉE À DE MULTIPLES DÉFIS

Motre société est confrontée à de nombreux défis. L'un d'entre eux sera d'avoir la capacité de les relever ensemble. Outre les enjeux essentiels liés à la transition climatique, nous sommes confrontés à une transition démographique qui pourrait réellement bouleverser nos organisations. La préservation de notre solidarité nationale, ou encore le nécessaire renouvellement démocratique, s'ajoutent à ces enjeux cruciaux. La santé est le fil conducteur de ces défis collectifs. La crise sanitaire, qui s'est installée pour une durée encore indéterminée, ajoute à ces incertitudes qui troublent notre vision de l'avenir et ont un impact incontestable sur nos concitoyens. En tant que mutuelle affinitaire, actrice sociale et sociétale, la MNH considère qu'elle ne peut envisager son action sans tenir compte de ces enjeux collectifs. Elle est consciente qu'elle n'a pas de prise directe sur tous ces défis, mais elle se doit de les intégrer dans ses réflexions qui nourrissent ses propositions.

La transition climatique

Le rapport intermédiaire du GIEC publié le 9 août est sans appel. Nous devons changer. Nous sommes face à l'impérieuse obligation d'engager une véritable mutation de nos modes de production, de consommation mais également de vie. Ainsi, c'est l'ensemble de la société qui sera concerné par les mesures d'ampleur qui seront prises au cours des prochaines années. Elles impacteront, notamment, la vie quotidienne de nos concitoyens. Déjà, la loi dite Climat et Résilience et les annonces du plan de la Commission européenne « Re-fit 55 » préfigurent ces changements.



La transition démographique

Elle est beaucoup moins présente dans le débat public. Pourtant, la transition démographique qui touchera la France d'ici 2050 représente un défi de grande ampleur. Nous aurons à miser fortement sur la solidarité intergénérationnelle, à revoir nos conceptions sur le vieillissement de la population et à mettre en œuvre des solutions de prise en charge qui tiennent d'abord compte de la liberté de chacun à choisir sa vie. Notre population va vieillir, de nouvelles pathologies vont apparaître. L'allongement de la durée de vie est une très bonne nouvelle. Toutefois, elle implique des prises en charge adaptées. Nos concitoyens souhaitent vivre le plus longtemps possible au domicile. Ils ne veulent pas être pris en charge par des institutions, comme les Ehpad. Néanmoins, il faut l'admettre, certaines pathologies liées au vieillissement, impliquent l'intervention d'acteurs de santé, voire une prise en charge en institution. Encore faut-il que les outils mobilisés soient adaptés et, que la volonté de la personne soit scrupuleusement respectée.

Solidar

La solidarité nationale

Notre pays est l'un des plus redistributifs au monde. Pourtant, nous observons que les précarités s'installent et semblent se diffuser y compris au sein de populations parfaitement insérées. Des salariés et des agents publics rencontrent des difficultés pour se loger, parfois pour régler des frais de chauffage ou tout simplement pour « boucler les fins de mois ». Les difficultés du quotidien concernent de plus en plus de personnes et les mesures d'accompagnement et de solidarité nationale à mobiliser deviennent de plus en plus complexes à identifier et, en conséquence, à déployer.

Les hospitaliers plus exposés à des troubles de santé physiques ou moraux

77% des étudiants hospitaliers, **63%** des actifs hospitaliers et **59%** des décideurs hospitaliers déclarent avoir été exposés à un des troubles évoqués dans l'Observatoire de la santé MNH-IFOP. Des chiffres à comparer avec celui de l'ensemble des Français. Ceux-ci sont **42%** à dire avoir vécu l'un de ces troubles. Les hospitaliers ont donc été fortement exposés et l'impact sur leur santé est conséquent. Une tendance systématiquement constatée dans le détail de leurs réponses :

- **93%** des étudiants et **85%** des actifs hospitaliers ont été confrontés au stress, contre **60%** des Français ;
- **89%** des étudiants et **84%** des actifs hospitaliers ont été confrontés à l'épuisement, contre **57%** des Français ;
- **88%** des étudiants et **85%** des actifs hospitaliers ont été confrontés au manque d'énergie, contre **65%** des Français ;
- **78%** des étudiants et **77%** des actifs hospitaliers ont été confrontés à l'anxiété, contre **52%** des Français.



Le renouvellement démocratique

La participation aux rendez-vous électoraux est de plus en plus faible, les fausses informations se sont installées, notamment sur les réseaux sociaux, et l'on observe une forme de radicalisation de notre société. Certes, les mouvements qui, week-end après week-end, agitent les rues des grandes villes de France semblent concerner une minorité de Français, mais il apparaît évident que ces tensions traversent la société. Celle-ci semble éruptive. Un travail en profondeur sur une plus grande association des citoyens, des acteurs sociaux aux décisions collectives mais également à notre fonctionnement démocratique semble inéluctable. Le diagnostic et les solutions à proposer sont extrêmement complexes à poser.

ité



La crise sanitaire s'installe dans la durée

La crise sanitaire a entraîné une crise économique et sociale sans précédent. C'est en quelque sorte le coût, collectivement accepté, pour sauver des vies, face à un virus quasi incontrôlable et qui a mis nos organisations à rude épreuve. Des décisions audacieuses ont été prises. Les confinements, les arrêts d'activités économiques ont été accompagnés de mesures de soutien de la part de l'État de très grande ampleur, également sans précédent. Cette crise a pourtant fortement amplifié les difficultés déjà rencontrées par certaines populations. Les personnes précaires, les étudiants et les jeunes, les professionnels particulièrement exposés, dont les soignants, les personnes âgées, les actifs placés au chômage partiel ou encore les petits entrepreneurs, nombreux sont ceux qui ont vu leur vie basculer. Des fragilités, présentes avant la crise, se sont transformées en véritables situations de détresse. En outre, les mesures de gestion du virus ont créé de véritables schismes entre les citoyens, vaccinés ou non, exposés ou non, qui traduisent une tension sous-jacente très forte.

Apaisement

LE DÉFI DE L'APAISEMENT

La société Française est donc sous tension. Les mois à venir seront vraisemblablement déterminants pour apporter des réponses aux interrogations, parfois à la défiance qui l'irriguent et pourrait la déstabiliser. Il n'existe pas de solution miracle, au même titre que chercher un responsable de cette tension relève de la chimère. En revanche, il apparaît que la société est en recherche d'un apaisement collectif après ces mois de tensions et d'incertitudes. Nous observons, depuis le premier confinement, une recherche de nouvelles valeurs de la part de certains de nos concitoyens. Ils se tournent vers une consommation plus responsable et locale, plus artisanale, voire « faite-maison », tissent de nouvelles formes de solidarités, cherchent de nouvelles formes d'engagement. Ils se vaccinent en masse dans une démarche souvent altruiste. Plus globalement, nos concitoyens respectent les impératifs liés à la crise sanitaire et se prennent en charge. Le mutualisme est le reflet de ces valeurs que semblent se réapproprier les Français. Alors, interrogeons-nous : et s'il était une partie de la réponse ?

Jeunes



Les jeunes hospitaliers sont fortement impactés par la crise sanitaire

L'Observatoire de la santé MNH-IFOP¹ révèle que la santé des jeunes hospitaliers, notamment des étudiants, a été fortement affectée par la période de tensions particulières causée par la crise sanitaire.

Ainsi, ils sont une minorité à se considérer en bonne santé (47% en bonne santé psychologique et 45% en bonne santé physique). Cette enquête nous éclaire, en outre, sur un mal-être plus profond et plus récurrent des jeunes hospitaliers. Ils sont bien plus nombreux que le reste des Français à se déclarer en « ni bonne, ni mauvaise santé » (respectivement +14% et +16% versus l'ensemble des Français). À noter que les 18-24 ans évaluent leur santé de la même façon que le reste de la population. Les jeunes hospitaliers sont donc dans une situation spécifique avec une santé fortement affectée.

Au plan global, les professionnels hospitaliers sont près de la moitié à considérer que d'un point de vue professionnel, la crise Covid-19 les a affaiblis moralement (55% des étudiants, 46% des actifs et 42% des décideurs).

¹ Enquêtes IFOP pour la MNH, réalisées du 22 au 23 juin 2021 pour l'ensemble des Français et du 21 au 28 juin pour les professionnels de santé (Intégralité des résultats et détails méthodologiques disponibles sur demande).

L'hôpital sous tension permanente

Il est malheureusement devenu commun de dire que l'hôpital est en crise. L'hôpital public et ses professionnels sont néanmoins toujours au rendez-vous, en toute période, et notamment dans la lutte contre le virus. Ils restent à ce titre sous tension permanente depuis plus de 18 mois. Ainsi les hospitaliers ont su dépasser les difficultés pour rester au service de leurs concitoyens, sans jamais remettre en question leur mobilisation. Pourtant, ils ont été, et sont encore, mis à très rude épreuve, tant sur le plan professionnel que personnel. Ils ont dû affronter de nombreuses difficultés qui ont pu prendre une ampleur particulière en raison de la situation de crise². Des mesures de soutien ont été mises en place, notamment dans le cadre du Ségur de la Santé. Toutefois, des fragilités persistent et peinent à trouver des réponses. La crise sanitaire ajoute une pression supplémentaire sur le quotidien des hospitaliers.

² Voir notre Cahier#1 « Crise sanitaire – Covid19 – 10 mesures concrètes de la Mutuelle Nationale des Hospitaliers »

LE MUTUALISME, INCARNE UNE PARTIE DE LA RÉPONSE



Mutualisme

Nous sommes donc confrontés à des défis inédits. Inédits par leur multiplicité, par leur ampleur et par leur impact sur les organisations et la vie quotidienne de nos concitoyens. Ils nous imposent une mobilisation collective, bienveillante et éloignée d'approches dogmatiques. Ces défis rendent l'avenir incertain alors qu'ils constituent vraisemblablement autant d'opportunités. Il importe, dès lors, d'avoir la capacité de saisir cette nouvelle étape qui s'ouvre pour remettre en question certaines méthodes qui n'apparaissent pas ou plus en mesure de répondre à la situation.

Le mutualisme est peut-être, parfois considéré comme une ambition un peu surannée. C'est fondamentalement faux. Le mutualisme repose sur des valeurs fortes. L'humanisme, la solidarité, le partage et la redistribution, la gestion collective et démocratique pour des ambitions partagées. Dans cette période de tensions et d'incertitudes, le mutualisme rappelle qu'une autre voie est possible. Il montre un chemin différent, sans doute exigeant, qui privilégie la personne humaine avant tout.

Le mutualisme affinitaire, que nous défendons au sein de la MNH, ajoute une dimension supplémentaire. Nous ne prétendons pas détenir « la » réponse face à une société très complexe. Nous sommes en revanche convaincus de proposer une approche originale, fondée sur l'expertise et l'expérience. Une approche nuancée, irriguée par une profonde conviction humaniste.

Une quête de sens et de valeurs

La situation est paradoxale. Si une partie de la société semble se laisser séduire par une forme de radicalité dans ses prises de position et dans son expression, une autre, semble-t-il majoritaire, préfère afficher une recherche de sens et un retour à certaines valeurs. Le confinement de mars 2020 a marqué un tournant. Des évolutions de consommation ont été observées et une recherche d'espace et de liberté s'est affirmée, notamment dans le choix du lieu de vie de nos concitoyens. Majoritairement, les Français ont adhéré aux mesures difficiles prises par leurs gouvernants. Ils ont accepté le vaccin et les précautions sanitaires, qu'ils ont appliquées avec une rigueur bien réelle pour se protéger, mais aussi et surtout pour protéger les autres.



Résister au gigantisme, militer pour un mutualisme renouvelé

Loin d'être figé, le mutualisme s'adapte en permanence. Il évolue en fonction des besoins de ses adhérents qu'il connaît bien. Le mutualisme affinitaire présente l'avantage d'être piloté par celles et ceux qu'il a pour mission de protéger. Cela n'en fait pas un outil parfait mais lui permet d'être en concordance permanente avec les besoins réels des professionnels qu'il protège. Le secteur assurantiel, confronté à une concurrence de plus en plus forte, est en recherche de relais de croissance grâce notamment à des opérations de concentration régulières. Il est fréquent qu'il banalise ses offres dont l'attractivité repose essentiellement sur une politique de prix bas. Cette méthode permet de conquérir des parts de marchés mais ne résiste quasiment jamais

un rattrapage tarifaire ou à une minoration du niveau de protection des assurés, phénomènes déjà observés lors de la généralisation de la complémentaire santé et de la participation employeur dans le secteur privé. Le gigantisme des assureurs, qui touche d'ailleurs tous les statuts, peut-être une réponse concurrentielle, mais il ne permet pas de répondre aux enjeux spécifiques de certaines professions tout à fait particulières, comme celle des hospitaliers. Il faut le reconnaître, le mutualisme affinitaire comporte une dimension de solidarité et un accompagnement personnalisé qui sont irremplaçables.

Une forte attente d'apaisement et de protection

Si des tensions existent, si une forme d'exaspération peut parfois s'exprimer, nos concitoyens aspirent majoritairement à un apaisement qu'ils trouvent au sein de leur foyer et auprès de leurs proches. Ils attendent certes de l'État une protection mais ne souhaitent pas que celle-ci soit invasive. De fait, ils posent des limites. Ils attendent que des réponses soient apportées à leurs difficultés du quotidien. Ils souhaitent des réponses plus adaptées à leurs spécificités, qui prennent en compte la réalité de leur vie personnelle et professionnelle. Cette attente, forte, exige des approches attentives aux particularités des métiers, des moments de la vie, voire parfois des lieux d'habitation. Les besoins sont forcément différenciés en fonction de ces facteurs.

Un ADN du mutualisme à réaffirmer

L'offre mutualiste est parfois confondue avec les offres du secteur assurantiel privé. Si chacun remplit une mission et répond à une demande, le mutualisme ne doit pas être confondu avec le secteur assurantiel privé lucratif, dont les missions ne sont par essence pas les mêmes. Au-delà du statut, c'est une ambition qui marque la différence. L'approche mutualiste affinitaire instaure, par nature, une relation particulière avec les personnes protégées. Celles-ci ne sont pas de simples clientes, elles sont les membres actifs d'une communauté professionnelle et assurantielle qui ambitionne d'être solidaire. Cette différence est plus qu'essentielle. Au sein de la MNH, nous avons, et cela relève de notre entière responsabilité, trop souvent hésité à revendiquer cette différence. Le temps est venu de réaffirmer les valeurs du mutualisme affinitaire, ses apports irremplaçables et la solidarité indéfectible entre ses membres.

Un secteur hospitalier fragilisé

Les hospitaliers ont été très exposés depuis le début de la crise sanitaire. Ils ont fait preuve d'une abnégation remarquable et remarquée. Alors que la sortie de crise n'est pas encore en vue, ils sont éprouvés. L'annonce d'un futur régime de protection sociale complémentaire les concernant ne peut qu'être une bonne nouvelle.

Mais au-delà de l'annonce et du travail de co-construction avec les partenaires sociaux de l'hôpital public qui est désormais engagé, il s'agit de ne pas décevoir dans la concrétisation de cette réforme. Les agents, actifs comme retraités, seront attentifs à une équité de traitement, une prise en compte de leurs spécificités, une solidarité, notamment intergénérationnelle, maintenue voire renforcée, ainsi qu'un maintien des dispositifs de prévoyance.



LA SOLIDARITÉ INTERGÉNÉRATIONNELLE, DÉPASSER LES APPARENCES

La solidarité intergénérationnelle n'est pas un slogan, notamment en ce qui concerne la fonction publique hospitalière. Il s'agit d'un socle inamovible du modèle de protection sociale complémentaire dont bénéficient aujourd'hui les hospitaliers grâce à leurs mutuelles affinitaires. Un socle qui ne saurait être remis en question au risque de créer un véritable choc pour les agents retraités, dont une majorité ne dispose que d'une faible pension de retraite. Elle est d'ailleurs obligatoire et inscrite dans le marbre de l'ordonnance du 17 février 2021. Enfin, la notion de solidarité s'exerce aussi avec les plus fragiles. La fonction publique hospitalière se caractérise par une part importante d'agents qui perçoivent de faibles traitements. Pour eux, cette solidarité est essentielle.



Une solidarité qui s'exerce en direction des jeunes et des plus fragiles

Soutenir les agents lors des incidents de la vie, les accompagner pour les passages importants, comme l'arrivée d'un nouvel enfant, par exemple, c'est le rôle quotidien qu'assume une mutuelle affinitaire. La MNH accompagne, depuis 60 ans, ses adhérents, tous hospitaliers, et leurs familles, qu'elle protège bien au-delà des engagements purement contractuels d'un assureur. Elle

connait bien les agents de l'hôpital public puisqu'elle a été fondée et qu'elle est dirigée par eux.

Elle prend en compte les importantes disparités de salaires qui existent entre les différentes catégories professionnelles, tout autant que les pertes de revenus lors du passage à la retraite. Ces réalités doivent être véritablement prises en considération.

OK Boomers!

👁️ OK Boomers, un terme inconnu du mutualisme

Notre époque apprécie les slogans. Elle s'attache également à désigner des boucs émissaires. La « formule » OK Boomers est ainsi apparue il y a déjà quelques années. Elle est sensée désigner les Boomers, nés entre 1945 et 1965. Une génération réputée « dorée », qui n'aurait connu aucune des difficultés de notre époque. Une génération pour laquelle joie de vivre, facilités pour trouver un emploi, pour financer ses projets auraient été le quotidien. Une génération qui nous narguerait du haut de son bonheur et de sa légèreté. Car derrière OK Boomers, se nichent les reproches à l'égard de nos parents ou grands-parents qui auraient dû s'emparer plus tôt des grands défis qui sont les nôtres et qui auraient dû se montrer plus prévoyants. Ils sont également réputés ne pas avoir conscience de ces enjeux collectifs, voire de les nier. OK Boomers est devenue la signature réhivitoire à leur encontre, un marqueur de leur interdiction de donner leur opinion, car ils seraient responsables de tous nos maux ou au moins, de l'essentiel d'entre eux.

OK Boomers est le symbole de notre époque. Face à une société complexe, on recherche la facilité, on désigne des coupables, on affuble certains d'entre nous d'adjectifs qui les déclassent de fait. Le problème est que cette injonction est entrée dans le débat public. Certains acteurs de celui-ci s'en sont emparés pour désigner nos aînés, les montrer du doigt, les décrédibiliser pour mieux les diaboliser. OK Boomers s'impose finalement comme un bon terme pour illustrer ce que n'est pas le mutualisme.

Un accompagnement attentif tout au long de la vie

La force d'une mutuelle affinitaire réside dans sa capacité permanente d'adaptation aux différentes situations qui peuvent intervenir. Lors de la crise Covid, la MNH a par exemple déployé une série d'actions concrètes de soutien aux hospitaliers, qu'ils soient étudiants, actifs ou retraités, afin de prendre en compte la situation exceptionnelle qu'ils traversaient. S'adapter ainsi, en permanence, est l'une des missions essentielles d'une mutuelle affinitaire, en prise directe et permanente avec les enjeux et les problématiques des personnes qu'elle protège. C'est dans les moments importants, parfois difficiles, qu'elle se doit d'être au rendez-vous. Être là lorsque l'on a besoin d'elle est un atout essentiel.



« La fonction publique hospitalière compte 556393 retraités qui perçoivent, comparativement, de plus faibles pensions que dans les autres régimes. »

Un soutien particulier pour les retraités

La fonction publique hospitalière compte 556 393 retraités¹ qui perçoivent, comparativement, de plus faibles pensions que dans les autres régimes. Une situation due à une décote de revenus de l'ordre de 25 à 30 % lors de leur départ à la retraite, en raison de la place importante que prennent les primes dans le traitement des agents actifs. Leurs pensions sont ainsi, en moyenne, de 1304,80 € contre 1504 €², tous régimes confondus. Il est à noter qu'une majorité d'entre eux sont en catégorie C au moment de leur entrée en retraite (53,4 % en 2018). En outre, 8 % des agents prennent leur retraite pour raison d'invalidité. Ces derniers perçoivent des pensions particulièrement faibles, en moyenne de 1194,4 €. Dès lors, il est impensable de mettre en place un nouveau régime de protection sociale complémentaire pour la fonction publique hospitalière qui serait calqué sur celui des salariés du secteur privé et centré sur les seuls actifs. Actuellement, les plus de 200 000 retraités hospitaliers qui adhèrent à la MNH bénéficient de mécanismes de solidarité qui les préservent d'une inflation de leur cotisation à une complémentaire santé qui leur serait insupportable.

1 Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, édition 2019
2 Panorama « les retraités et les retraites », DREES, édition 2020

L'inclusion plutôt que l'exclusion

Un bruit de fond irrigue le débat public depuis quelques mois. Certains considèrent que la crise sanitaire a été gérée de façon à préserver les séniors, plus exposés aux risques du virus. En conséquence, ils appellent à se montrer désormais attentifs aux plus jeunes, qui auraient subi de plein fouet la crise. Ils ont raison. Les jeunes ont été fortement exposés, certains plus que d'autres, comme le révèle l'Observatoire de la santé MNH-IFOP (voir page 20).

Mais, l'ensemble de la société a eu à faire face à cette crise.

Il s'agit donc de prendre en considération les spécificités de chacun, les difficultés des uns et des autres. Il s'agit de mobiliser les mesures les plus adaptées pour répondre à ces situations. Pourquoi opposer sans cesse, les « jeunes » aux « vieux », les actifs aux retraités, les ruraux aux métropolitains ? Quel est donc ce ressort qui nous fait rebondir d'un sujet à l'autre, d'une priorité à une nouvelle urgence ? Nos sociétés complexes génèrent sans cesse des problématiques nouvelles et difficiles. Elles devraient nous imposer de l'humilité et une réflexion en profondeur plutôt que ce recours facile aux slogans et aux appels radicaux.

L'inclusion est plus difficile que l'exclusion. Elle fait appel à l'intelligence collective et à l'impérieuse obligation d'emporter l'adhésion. Elle permet d'accepter que l'on puisse, à la fois, prendre soin des plus âgés et des plus jeunes, des actifs et des retraités et prendre en compte les spécificités des métropolitains sans mettre en difficultés les ruraux.

Retraite

*Nous sommes
hospitaliers*

10 POINTS D'ATTENTION,
16 PROPOSITIONS
PORTÉES PAR LA MNH

Point d'attention n°1

LA DÉTERMINATION DES GARANTIES SOCLES

L'ordonnance ne mentionne pas, dans les risques à prendre en considération pour la définition des offres socles, un certain nombre de besoins, pourtant essentiels pour les agents hospitaliers. Il s'agira d'un point d'attention dont il conviendra de tenir compte dans les travaux préparatoires avec les partenaires sociaux.

« Les partenaires sociaux doivent jouer un rôle central et déterminant dans la définition des garanties socles. »

La définition des garanties socles est un sujet sensible qu'il est essentiel d'aborder à la fois en transparence et en tenant compte de sa complexité. La MNH est la mutuelle affinitaire historique des agents hospitaliers. À ce titre, nous disposons d'une expertise unique quant à leurs besoins réels et à leurs habitudes d'adhésion à une complémentaire en fonction de leurs spécificités. Celles-ci se traduisent dans les risques particuliers auxquels les hospitaliers sont exposés et qui ne sauraient être ignorés. Elles s'identifient également par l'évolution de leurs garanties au fil de la vie personnelle et professionnelle mais aussi dans les dispositifs

de solidarité mis en place. L'ordonnance ne mentionne pas, dans les risques à prendre en considération pour la définition des offres socles, un certain nombre de besoins, pourtant essentiels pour les agents hospitaliers. Il s'agira d'un point d'attention dont il conviendra de tenir compte dans les travaux préparatoires avec les partenaires sociaux. Enfin, et ce point d'attention fera l'objet d'une thématique particulière (voir page 40), la prévoyance est un élément absolument incontournable pour les hospitaliers. Là encore, l'ordonnance ne prend pas position sur ce sujet en donnant à la couverture des agents une nature optionnelle.

Les agents hospitaliers sont exposés à des risques particuliers

Les hospitaliers sont exposés à des risques particuliers et connus :

- Troubles musculosquelettiques liés à l'activité physique et aux risques de chute
- Grossesses pathologiques
- Risques biologiques et notamment d'accident exposant au sang
- Exposition à des produits chimiques et CMR
- Rayonnements ionisants
- Risques psycho-sociaux

Il apparaît évident que ces risques connus devraient être pris en compte dans la définition des garanties socles mises en place. Toutefois, c'est bien aux partenaires sociaux de le définir, avec l'appui d'une mutuelle affinitaire comme la MNH s'ils le souhaitent.

Proposition n°1

Faire confiance aux partenaires sociaux pour définir des garanties socles adaptées aux spécificités des agents hospitaliers

Les partenaires sociaux doivent jouer un rôle central et déterminant dans la définition des garanties socles. Ils connaissent les agents, les spécificités en termes médical et sociaux de leurs métiers. Ils seront les garants d'une réforme réussie car en adéquation avec les attentes des premiers concernés. Pour ce faire, ils pourront s'appuyer sur l'expertise d'une mutuelle affinitaire comme la MNH, capable d'objectiver des éléments utiles à la compréhension des enjeux en matière de protection sociale complémentaire des agents hospitaliers : souscription à des garanties spécifiques, consommations de soins, comportements par catégorie professionnelle et/ou zone géographique, etc.

Point d'attention n°1

Proposition n°2

Définir des garanties socles dans le but de créer un bouclier de protection pour les agents hospitaliers, bien en amont de la prise en charge curative

Au regard des spécificités des besoins des agents hospitaliers, il est, par exemple, important de prendre en considération des actions de prévention. Or, cette posture est encore peu ancrée dans les démarches de protection sociale complémentaire qui se calquent, en général, sur une approche d'accompagnement curatif.

Il s'agit d'un point crucial puisqu'une bonne prévention peut permettre d'éviter tant certaines maladies chroniques que des accidents du travail, et lutter efficacement

contre l'absentéisme qu'ils entraînent. Ainsi, il s'agit d'un bénéfice à la fois pour les agents et pour leur employeur public, au service de la qualité de vie au travail de l'ensemble des agents.

Là encore, la réussite de la réforme dépendra fortement de ses apports réels dans la vie quotidienne des agents et l'amélioration globale de leur santé. Une simple prise en charge financière d'une partie de leur complémentaire par leur employeur ne saurait être à la hauteur des enjeux qui les concernent.



Protéger

POUR MIEUX LES PROTÉGER, PRENDRE EN COMPTE LES SOUSCRIPTIONS ACTUELLES DES HOSPITALIERS

Les hospitaliers sont une population particulière. Ils ne sauraient être considérés comme des salariés d'un secteur moins exposés aux risques. Seule une expertise fine et spécifique de leurs besoins peut permettre de répondre à leurs attentes. Proposer une offre généraliste dont la seule valeur serait le prix attractif pourrait créer de grandes déceptions.

Ainsi, il ressort des expertises de la MNH que 85% de nos adhérents se font assurer pour les risques d'ostéopathie-chiropraxie et d'ostéodensitométrie en réponse à leur exposition aux troubles musculosquelettiques. Ils choisissent dans les mêmes proportions de recourir à une couverture des frais de contraception. Alors que 78% des agents hospitaliers sont des femmes, cette couverture complémentaire est un besoin clairement identifié. Sur les 9 premiers mois de 2021, 750 000 € ont été remboursés par la MNH au titre de la prise en charge des consultations psychologues, dans une période où 85% des agents hospitaliers se disent anxieux*.

Ces exemples montrent toute la nécessité de bien définir les besoins d'une population si particulière. Une approche généraliste, déconnectée de ces attentes fortes aurait des répercussions quant à la perception de l'intérêt de la réforme.

* Enquête « la santé psychologique des professionnels de santé post-covid » MNH-IFOP

« Une simple prise en charge financière d'une partie de leur complémentaire par leur employeur ne saurait être à la hauteur des enjeux qui les concernent. »

L'enjeu de la souffrance psychologique des hospitaliers



Les soignants sont particulièrement exposés aux risques psychosociaux. La MNH a mis en place un accompagnement spécifique dans ce domaine avec, notamment, le remboursement des soins prodigués par des psychologues. Sur la seule période de juin à septembre 2021, 19 641 demandes de remboursement ont été adressées par les adhérents pour des consultations en psychologie. On notera la jeunesse des bénéficiaires qui doit interpeller. Les adhérents qui bénéficient d'un remboursement sont âgés, en moyenne, de 31 ans et demi.

Point d'attention n°2

LA DÉFINITION DES MODALITÉS CONTRACTUELLES

Les agents hospitaliers gèrent aujourd'hui seuls leur adhésion à une protection complémentaire. La réforme va bousculer des habitudes, fortement ancrées, tant en ce qui concerne les agents que les établissements. Elle devra veiller, notamment, à ce que les offres soient facilement compréhensibles, mais également à ce que l'adhésion individuelle puisse être préservée comme cela est permis par l'ordonnance du 17 février 2021.

« La réforme va bousculer des habitudes, fortement ancrées, tant en ce qui concerne les agents que les établissements. »

Les agents hospitaliers gèrent aujourd'hui seuls leur adhésion à une protection complémentaire. Contrairement aux fonctions publiques d'État, dès 2007, et territoriale depuis 2011, la fonction publique hospitalière n'a jamais connu de réforme de sa protection sociale complémentaire. En outre, si la FPH dans son ensemble porte de nombreuses revendications, celle d'une réforme portant sur la protection sociale complémentaire n'apparaissait jusqu'à présent jamais dans ses priorités*. Cette absence de demande forte de réforme pourrait peser dans les attentes des agents hospitaliers quant aux contours

de celle-ci, et aux réalités des participations de l'employeur public. Une réforme aux résultats déceptifs, voire qui aboutirait à une protection globalement amoindrie, pourrait donc avoir de lourdes conséquences.

La réforme va bousculer des habitudes, fortement ancrées, tant en ce qui concerne les agents que les établissements. Elle devra donc tenir compte de cette histoire particulière, en veillant, notamment, à ce que les offres soient facilement compréhensibles, mais également à ce que l'adhésion individuelle puisse être préservée comme cela est permis par l'ordonnance du 17 février 2021.

Proposition n°3

Permettre au dialogue social de moduler les conditions d'adhésion

L'adhésion individuelle est fortement ancrée dans les habitudes. Elle confère une liberté de choix aux agents en ce qui concerne la profondeur de leur protection sociale complémentaire qu'ils peuvent définir en fonction de leur situation personnelle et de leurs besoins. Dans ce contexte, cette modalité d'adhésion doit être préservée, a minima dans le cadre d'un régime socle national (cf. proposition n°4). Les partenaires sociaux devraient par ailleurs avoir la capacité de définir les modalités contractuelles d'adhésion en fonction des réalités locales et des attentes des agents. L'employeur public pourrait alors être en mesure de proposer des contrats collectifs à adhésion obligatoire ou facultative, en fonction des besoins spécifiques identifiés sur leur territoire.

Dialogue



Point d'attention n°3

LE PÉRIMÈTRE DE MISE EN CONCURRENCE

Nous préconisons deux niveaux de définition des offres. Au national, la charge de définir les offres socles essentielles et incontournables auxquelles les agents pourraient adhérer individuellement et directement, à travers un accord négocié au sein du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière. Au local la définition de garanties plus avantageuses à travers la mise en œuvre de contrats collectifs.

Diversité

10 POINTS D'ATTENTION,
16 PROPOSITIONS PORTÉES
PAR LA MNH

« Les 4500 établissements employeurs qui composent la fonction publique hospitalière ne sont pas homogènes les uns par rapport aux autres : la réalité et les moyens d'un CHU ne sont évidemment pas ceux d'un EHPAD. »

Le périmètre de mise en concurrence est un élément central de la réforme qui pourrait fortement l'orienter vers le succès ou l'échec. Les 4-500 établissements employeurs¹ qui composent la fonction publique hospitalière ne sont pas homogènes les uns par rapport aux autres : la réalité et les moyens d'un CHU ne sont évidemment pas ceux d'un EHPAD. Aussi, selon que l'on place le curseur de la mise en concurrence au niveau national ou au niveau de l'établissement lui-même, les effets de la réforme pourraient être considérablement différents. Dans ce contexte, des différences de traitements pourraient être multiples et cumulatives. Elles pourraient s'immiscer dans les niveaux de garanties, la nature de celles-ci et dans le montant de la participation de l'employeur. Il s'agit d'un point d'attention sensible, alors que les agents hospitaliers sont en droit d'attendre une équité de traitement dans la mise en œuvre de cette réforme, au regard du principe à valeur constitutionnelle d'égalité de traitement des agents d'un même corps consacré par le Conseil Constitutionnel² et par le Conseil d'État³.

C'est la raison pour laquelle nous préconisons deux niveaux de définition des offres, dans une logique cohérente et adaptée à la fonction publique hospitalière. Au national, la charge de définir les offres socles essentielles et incontournables auxquelles les agents pourraient adhérer directement, à travers un accord négocié au sein du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière. Au local la définition de garanties plus avantageuses, y compris à travers des contrats collectifs, après négociation et accord majoritaire entre l'employeur et les organisations syndicales représentatives, au sein du comité social d'établissement. L'adoption de ce schéma, clair et transparent, permettrait d'éviter les inégalités entre agents tout en préservant une approche individuelle et une liberté d'action au plan local afin, le cas échéant, de renforcer les offres. Autre avantage non négligeable, un processus de gestion plus simple pour l'ensemble des employeurs hospitaliers. Ainsi, à défaut d'un accord majoritaire local au sein de leur établissement, les agents bénéficieraient d'une visibilité claire des offres socles, identiques pour tous, quel que soit leur établissement, quel que soit leur territoire, et dont la charge serait largement mutualisée à l'échelle de la fonction publique hospitalière.

¹ Source : Ministère des Solidarités et de la Santé
² Conseil Constitutionnel, DC n° 76-67 du 15 juillet 1976, Loi modifiant l'ordonnance n° 59-244 du 4 février 1959 relative au statut général des fonctionnaires
³ Conseil d'État, Ass. 6 mars 1959, Syndicat général de l'administration centrale du ministère des finances, rec. P. 193

« Ce régime socle constitue un élément crucial de réussite de la réforme. »

Proposition n°4

Des offres socles individuelles définies au plan national

Au regard des enjeux d'équité de traitement des agents hospitaliers, de la nécessité de proposer un régime de protection sociale complémentaire simple et lisible, tout autant que des réalités organisationnelles de l'hôpital public, la mise en œuvre d'un régime socle à l'échelle nationale semble particulièrement judicieux.

Comment celui-ci serait organisé ?

Une place centrale serait d'abord donnée au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière, qui serait chargé par la négociation et la conclusion d'un accord majoritaire de définir les niveaux et nature de garantie dudit régime socle afin d'adapter le panier de soins aux spécificités de la fonction publique hospitalière. La négociation pouvant porter au-delà de ses éléments sur le niveau de participation de l'employeur, comme sur l'amélioration des mécanismes de solidarité entre les agents, entre autres.

Sur la base de cet accord, un appel d'offres national serait réalisé par l'intermédiaire du Ministère des solidarités et de la santé, visant à retenir un nombre limité d'opérateurs (3 par exemple) pour proposer des offres individuelles à adhésion facultative à l'ensemble des agents hospitaliers. Ce nombre limité favoriserait une plus forte mutualisation des risques et garantirait une plus grande efficacité du régime. Lesquelles offres retenues ouvriraient droit à la participation financière de leur employeur, sur simple présentation par

l'agent d'une attestation d'affiliation.

Cette solution offre des avantages indéniables à la fonction publique hospitalière. Elle permettrait d'abord d'aplanir les différences entre établissements et de placer l'ensemble des agents sur un pied d'équité quant à l'accès aux offres, contrairement à un régime qui serait mis en œuvre à l'échelle de chacun des 4 500 établissements employeurs. Elle créerait une véritable transparence et une lisibilité sur le contenu des offres socles, qui seront essentielles pour de nombreux agents, notamment les plus jeunes. Elle simplifie la gestion du dispositif et en limite les coûts, tout en facilitant la mobilité des agents. Enfin, elle permet d'organiser une solidarité et une mutualisation efficaces afin de préserver la prise en compte des spécificités des agents de la fonction publique hospitalière.

Dans ce cadre, les établissements ne disposant pas d'un accord collectif à l'échelle locale ne seraient pas entravés dans la mise en œuvre de la réforme. Leurs agents resteraient libres de choisir parmi ces offres socles nationales et auraient accès automatiquement à la participation de leur employeur. Et pour les établissements qui souhaiteraient mettre en œuvre une couverture complémentaire plus avantageuse, liberté leur serait laissée d'ouvrir une négociation locale sur le sujet (voir proposition n°5).

Ce régime socle constitue dès lors un élément crucial de réussite de la réforme.

Proposition n°5

Des offres collectives définies localement au sein de la structure qui porte le dialogue social

Une fois le régime socle défini au niveau national, pour une plus grande équité de traitement et une meilleure mutualisation des risques, rien ne doit empêcher le niveau local d'améliorer l'économie générale des couvertures complémentaires proposées à ses agents, si les partenaires sociaux le souhaitent. Là-encore, la définition de ce régime local devra être inévitablement issue du dialogue social. Portée par la structure juridique dotée d'un comité social d'établissement, seule habilité à négocier et signer un accord collectif, elle se situerait donc aujourd'hui au niveau des établissements.

Cette amélioration de l'économie générale du régime complémentaire pourrait alors conduire à augmenter le niveau des garanties par rapport aux garanties socles du niveau national, à augmenter le niveau de participation de l'employeur ou encore à proposer des natures de garanties supplémentaires, notamment en prévoyance. Elle serait permise par l'instauration d'un contrat collectif, à adhésion facultative ou obligatoire selon les termes de l'accord majoritaire conclu par les partenaires sociaux. Lequel contrat se substituerait alors à l'offre socle nationale pour permettre aux agents de bénéficier de la participation de l'employeur.



LE RISQUE DE DÉRAPAGE DES COÛTS

L'approche budgétaire de cette réforme ne doit pas être sous-estimée. Un éclatement du nouveau dispositif engendrerait, en plus des risques d'iniquité, une envolée des coûts de gestion. Les établissements sont déjà sous pression budgétaire et sous tension en ressources humaines. Dans le cas où seul le niveau local serait responsable de la mise en œuvre de la réforme, il est probable que les employeurs hospitaliers recourent majoritairement à une externalisation de la gestion des sélections des opérateurs, y compris pour les offres individuelles. Or, on peut raisonnablement estimer qu'une prestation externalisée d'AMO sur le sujet de la PSC pour le seul risque santé et sur l'ensemble de la procédure (accompagnement sur la négociation collective, la mise en concurrence et la sélection des offres) représenterait un coût d'environ 12 K€ par établissement, soit un coût semblable à celui constaté en matière d'AMO pour les risques assuranciers.

Ainsi, dans le cas où la moitié seulement des 4 500 établissements employeurs de la FPH devaient recourir à un accompagnement externe pour mettre en œuvre le nouveau régime de protection sociale complémentaire de leurs agents, cela représenterait un coût de 27 M€, lequel se répèterait inévitablement à chaque renouvellement de contrat. Cette nouvelle charge ne prend pas en compte les ressources humaines internes à mobiliser, alors que les tensions en moyens humains sont déjà réelles au sein de nombreux établissements.

Collective

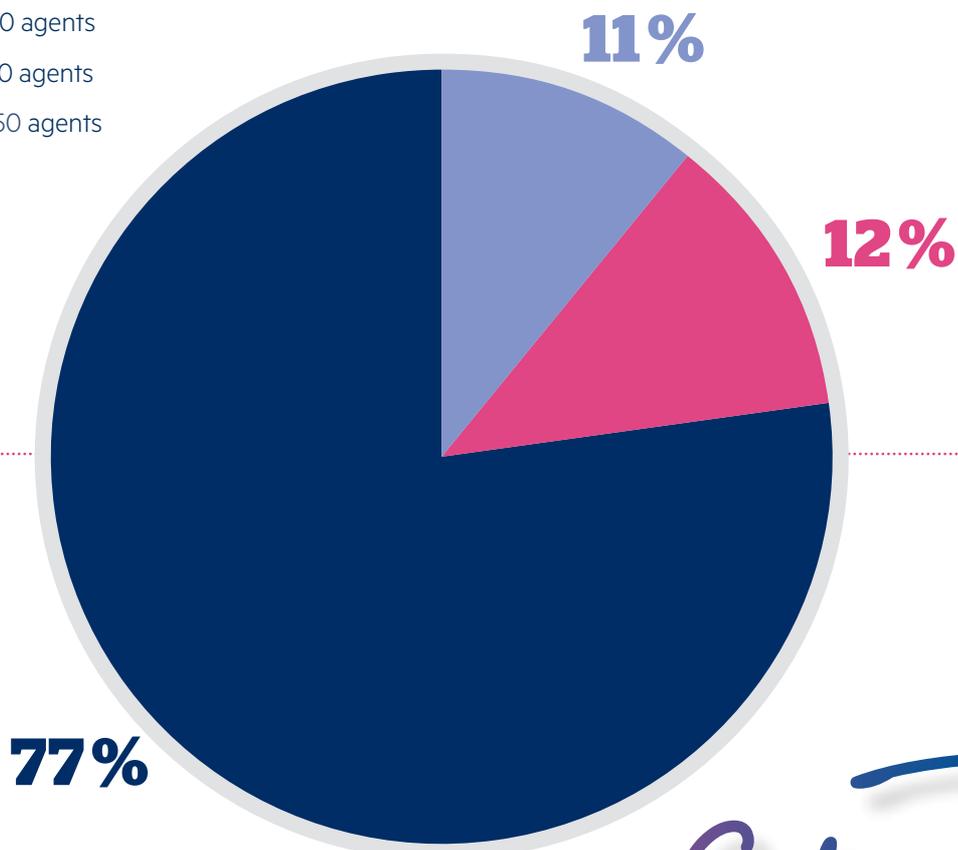
👁️ Des établissements aux moyens très disparates

La fonction publique hospitalière est une organisation multiple et diverse. Elle est composée de plusieurs milliers d'établissements répartis sur l'ensemble du territoire. Leur taille, leurs activités et leurs moyens sont en réalité très disparates. Entre un CHU qui emploie des milliers d'agents et doté d'un budget de plusieurs millions d'euros, et un Ehpad qui ne compte que quelques dizaines d'agents avec un budget plus restreint, les différences sont évidentes. La direction des ressources humaines du premier aura évidemment les capacités humaines, administratives et techniques d'assumer la procédure liée à la mise en place de la protection sociale complémentaire, quand le second sera confronté à des difficultés organisationnelles qui pourraient empêcher sa mise en œuvre.

Or, malgré ces contrastes, ces établissements, bien que dotés de l'autonomie administrative et financière, sont tous soumis aux mêmes dispositions statutaires de la fonction publique hospitalière.

RÉPARTITION DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ PAR NOMBRE D'AGENTS

- Plus de 250 agents
- De 51 à 250 agents
- Moins de 50 agents



Source : DREES, bases SAE et Finess (sanitaires) et Scan santé (médico-social)



Point d'attention n° 4

LA SOLIDARITÉ INTERGÉNÉRATIONNELLE ET AVEC LES PLUS FRAGILES

Le risque est réel d'orienter les bénéfices de la réforme en direction des seuls actifs et de laisser de côté les retraités, à l'instar de la généralisation de la complémentaire santé pour les salariés du secteur privé. Une deuxième population exige par ailleurs une attention toute particulière à travers des mécanismes de solidarité dédiés : les agents fragiles au plan financier.

« Une réforme qui ne concernerait que les seuls actifs, sans aucun mécanisme de solidarité intergénérationnelle, aurait pour conséquence une augmentation significative des cotisations des agents retraités »

Le risque est réel d'orienter les bénéfices de la réforme en direction des seuls actifs, à l'instar de la généralisation de la complémentaire santé pour les salariés du secteur privé. Ainsi, les retraités de la fonction publique hospitalière seraient laissés au bord de la route. Or, leur situation est là encore spécifique par rapport aux autres retraités. En effet, les primes constituent une part non négligeable du traitement des agents hospitaliers, mais nombre d'entre elles ne rentrent pas en compte dans le calcul de leurs pensions de retraite.

Dès lors, les retraités hospitaliers peuvent subir une décote de leurs revenus de l'ordre de 20 à 30 % par rapport à leur période d'activité professionnelle.

Une réforme qui ne concernerait que les seuls actifs, sans aucun mécanisme de solidarité

intergénérationnelle, aurait pour conséquence une augmentation significative des cotisations des agents retraités, qui bénéficient jusqu'à présent d'une mutualisation des risques organisée par les mutuelles affinitaires telles que la MNH.

Une deuxième population exige une attention toute particulière à travers des mécanismes de solidarité dédiés. Il s'agit des agents fragiles au plan financier. Les agents de catégorie C ainsi que les agents contractuels hors personnels médicaux perçoivent des salaires qui se situent dans des fourchettes basses, y compris au regard du reste de la population et ce malgré les avancées salariales permises dans le cadre du Ségur de la santé. Ils requièrent donc une approche de solidarité spécifique dont la réforme doit s'emparer.

Proposition n°6

Exiger la mise en œuvre d'une véritable solidarité intergénérationnelle entre les agents actifs et retraités à travers des mécanismes de compensation financière

Nous proposons la mise en place d'une solidarité intergénérationnelle véritablement opérante entre les agents actifs et retraités de la fonction publique hospitalière. Une solidarité construite au bénéfice des agents retraités et à laquelle devront obligatoirement participer toutes les complémentaires sélectionnées dans la FPH pour les agents actifs, que leurs offres soient retenues au niveau national comme au niveau local. Les fonds collectés devront être

orientés en toute transparence de manière à assurer une véritable compensation financière aux agents retraités pour leur adhésion à une complémentaire santé. Ces mécanismes de compensation devront être organisés de manière à tenir compte du statut des agents hospitaliers retraités, qui ne sont plus rattachés à leur établissement employeur mais à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL).

Proposition n°7

Poursuivre l'accompagnement des agents hospitaliers tout au long de la vie

Si la question de l'accès financier à la couverture complémentaire des agents hospitaliers retraités est centrale, celle de leur accompagnement lors de leur changement de statut et tout au long de leur retraite l'est tout autant.

Un dispositif d'accompagnement particulier pourrait ainsi être imposé aux organismes complémentaires retenus au sein de la fonction publique hospitalière afin de proposer aux agents retraités des dispositifs en faveur de leur bien-être physique et mental, tout au long de leurs étapes de vie.

👁 La MNH permet l'accès à une complémentaire aux agents fragilisés financièrement

La MNH a d'ores-et-déjà mis en œuvre des dispositifs de solidarité destinés à permettre aux hospitaliers concernés par des difficultés financières d'accéder à une complémentaire de qualité.

Ceux-ci correspondent notamment à des minoration de cotisation de 5, 15 et 25 % en fonction de la tranche de revenu et de la situation familiale de l'adhérent concerné. Quelques 33 000 adhérents bénéficient de ces dispositifs de minoration de cotisation à la MNH. Nous proposons que ce dispositif soit rendu obligatoire à tous les opérateurs, dans le cadre de la réforme de la protection sociale complémentaire de la FPH (voir proposition N°8).

🔍 UNE PART SIGNIFICATIVE DES RETRAITÉS HOSPITALIERS DISPOSE DE FAIBLES PENSIONS

La situation des 556 393 retraités hospitaliers de droit direct¹ est particulière dans la fonction publique et plus généralement en France. Une majorité d'entre eux sont issus de la catégorie C (53,4 % en 2018) et perçoivent donc de faibles pensions moyennes (1 304,8 € contre 1 504 €² tous régimes confondus). En outre, 8 % des nouveaux retraités prennent leur retraite pour raison d'invalidité avec des pensions particulièrement faibles (1 194,4 €). Tous subissent une perte de 25 à

30 %³ de revenus, au départ à la retraite, en raison d'un fort taux de primes dans le traitement. Cette nouvelle charge ne prend au demeurant pas en compte les ressources humaines internes à mobiliser, alors que les tensions en moyens humains sont déjà réelles au sein de nombreux établissements.

¹ Source : rapport annuel sur l'état de la fonction publique, édition 2019

² Source : DREES, Panorama les retraités et les retraites, édition 2020

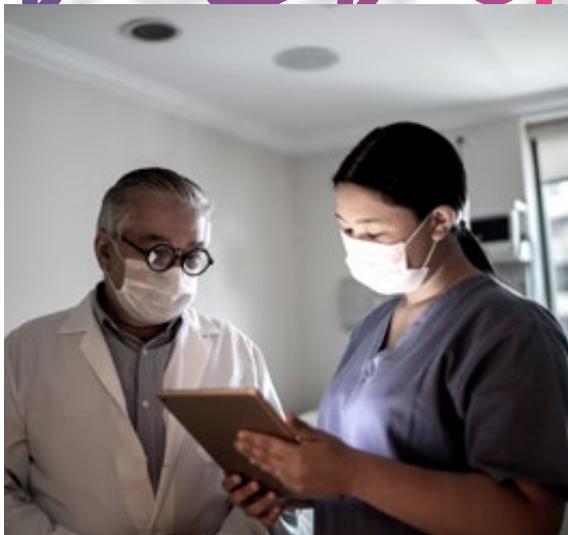
³ Source : CGOS, Complémentaire retraite des hospitaliers

Proposition n°8

Imposer aux opérateurs des minora- tions de cotisation pour les publics fragiles financièrement

Des minora-
tions de cotisations en fonction
de la tranche de revenu et de la situation
familiale de l'adhérent concerné, pourraient être
imposées à tous les opérateurs sélectionnés
dans le cadre du futur régime. À la MNH, ces
minora-
tions, décidées par les hospitaliers eux-
mêmes, s'échelonnent entre 5 et 25 %.
Ce dispositif permettrait de garantir un accès
encore facilité à une couverture complémentaire
répondant aux besoins des agents, y compris
lorsqu'ils connaissent des fragilités financières
et en sus de la participation de l'employeur
public. Ces fragilités ne doivent pas constituer
un frein à l'accès à une PSC de qualité.
Cette obligation constituerait un apport
bénéfique substantiel de la réforme au quotidien
et au pouvoir d'achat des agents concernés.

ement



👁 Une part importante d'agents hospitaliers avec de faibles ressources

La FPH est marquée par une part importante
d'agents avec de bas salaires.

La moyenne des rémunérations nettes s'éta-
blit à 2308 €¹ en équivalent temps plein mais
cette moyenne ne reflète pas d'importantes
disparités. À titre de comparaison, la rémuné-
ration nette moyenne se situe à 2369 €² pour
les salariés du privé, tous secteurs confondus.
Les fonctionnaires de catégorie C (37,4 %
des effectifs) dont la rémunération nette
moyenne s'élève à 1 830 € en équivalent
temps plein, ainsi que les agents contractuels
hors personnels médicaux (20,1% des effec-
tifs), dont la rémunération mensuelle s'élève à
1 658 € en équivalent temps plein requièrent
une attention particulière.

Ces niveaux de rémunération subissent éga-
lement un décalage entre les évolutions sala-
riales et l'inflation. L'INSEE notait qu'en 2018,
le salaire net moyen des agents de la FPH
reculait de 1,2% en euros constants.

À l'intérieur même de la FPH, on note d'im-
portantes disparités en fonction des struc-
tures de rattachement. Le salaire net moyen
se situe à 2 373 € dans les hôpitaux quand il se
situe à 1 858 € dans les établissements médi-
co-sociaux.

Des bas salaires accentués par un taux
important de temps partiels à l'hôpital public
(21,2% des agents) avec de fortes disparités
entre les femmes (28,7% à temps partiel) et
les hommes (7,5%).

Ces temps partiels étant principalement
situés sur les catégories socioprofessionnelles
concernées par des rémunérations moindres.
Si le Ségur de la santé a permis d'accorder
d'importantes réévaluations salariales aux
agents de la fonction publique hospitalière,
la fragilité de leur situation perdue et mérite
encore une attention toute particulière.

1 Source : INSEE, salaires nets dans la fonction publique
hospitalière en 2018)

2 Source : INSEE, salaires nets dans le secteur privé en 2018

Point d'attention n°5

LA PRÉVOYANCE, UN ÉLÉMENT ESSENTIEL POUR LES HOSPITALIERS

La prévoyance est un élément de protection essentiel pour les agents hospitaliers. Pourtant, l'ordonnance l'a rendu uniquement optionnelle. Il s'agit d'un point d'attention et d'inquiétude pour la MNH. Là encore, nous sommes confrontés à des spécificités qui doivent être prises en compte afin de garantir la réussite de la réforme. Une suppression de l'aide sociale du CGOS ne nous semble ainsi ni envisageable, ni adaptée.

« Nous sommes confrontés à des spécificités qui doivent être prises en compte afin de garantir la réussite de la réforme. »

La prévoyance est un élément de protection essentiel pour les agents hospitaliers. Pourtant, l'ordonnance l'a rendu uniquement optionnelle. À contrario, elle l'a rendu obligatoire pour la fonction publique territoriale, qui certes présente une sinistralité élevée mais en réalité en deçà de celle de la fonction publique hospitalière. Il s'agit d'un point d'attention et d'inquiétude pour la MNH. En effet, notre expérience démontre que la prévoyance est incontournable pour les hospitaliers, qui d'eux-mêmes ont bâti sur cette nature de risques des protections spécifiques, comme l'aide sociale aux agents en situation de maladie versée par le CGOS, auparavant dénommée prestation maladie. Nous proposons ici quelques

éléments d'analyse et de mise en perspective qui le démontre.

La prévoyance complémentaire constitue une sécurisation pour les agents en arrêt longue durée et permet de couvrir les risques de paupérisation. En effet, elle prend le relai lorsque la couverture statutaire et l'aide sociale du CGOS ne les couvrent plus. Or, les chiffres mettent en exergue l'importance des arrêts longue durée chez les hospitaliers.

Là encore, nous sommes confrontés à des spécificités qui doivent être prises en compte afin de garantir la réussite de la réforme. Et là encore, les solutions simples qui reviendraient à envisager une suppression de l'aide sociale du CGOS, ne nous semblent ni envisageables, ni adaptées.

Proposition n°9

Proposer un dispositif de prévoyance complémentaire adapté à la fonction publique hospitalière

La prévoyance complémentaire pour les hospitaliers apparaît indispensable. Celle-ci devra s'inscrire dans un véritable continuum de prévoyance, comprenant l'aide au retour à l'emploi ainsi que de véritables actions de prévention des risques, à l'image des propositions que nous formulons par ailleurs en matière de santé.

Ce continuum devra tenir compte de la couverture statutaire des agents ainsi que de l'aide sociale aux agents en situation de maladie versée par le CGOS. Pour les agents ne bénéficiant pas de l'aide sociale du CGOS

(comme à l'AP-HP par exemple), la couverture complémentaire prévoyance devra intervenir dès la fin de la couverture statutaire, afin de garantir des conditions de protection équivalentes et ainsi assurer une équité de traitement entre l'ensemble des agents de la fonction publique hospitalière.

Bien qu'optionnelle dans la loi, les employeurs hospitaliers doivent être placés en capacité de mettre en place cette couverture complémentaire essentielle, particulièrement sur les enjeux préventifs, de retour à l'emploi et plus largement de résilience professionnelle.

révoyance



Des chiffres d'absence pour raison de santé éloquentes

Les chiffres des absences pour raison de santé montrent bien à quel point la fonction publique hospitalière est la plus exposée :

- **5,1%** des agents de la FPH sont absents au moins un jour au cours d'une semaine donnée pour raison de santé (c'est **2,7%** dans la FPE, **4,6%** dans la FPT et **3,9%** dans le privé) ;
- En moyenne, les agents de la FPH sont absents **11,4** jours par an pour raison de santé (c'est **5,7** jours dans la FPE, **10,7** dans la FPT et **9** dans le privé) ;
- **38%** des agents ont eu au moins **1** arrêt maladie dans l'année (**34%** dans la FPE et **37%** dans la FPT, **30%** dans le privé).

En outre, l'accidentologie et la durée des arrêts de travail sont particulièrement élevés au sein de la FPH :

- **31%** des agents qui ont eu un arrêt maladie ont été arrêtés pour une durée de **30** jours et plus (c'est **18%** dans la FPE, **23%** dans la FPT et **23%** dans le privé) ;
- **12,9%** des agents de la FPH ont eu au moins un accident de travail dans l'année (c'est **7,8%** dans la FPE, **9,7%** dans la FPT et **10,4%** dans le privé), dont **3%** ont eu **2** accidents ou plus (**1,2%** dans la FPE, **1,4%** dans la FPT et **2,4%** dans le privé).

L'hôpital public protège les agents en arrêt prolongé

L'hôpital public s'est organisé pour combler les périodes de demi-traitement et protéger ainsi les agents en arrêt prolongé.

Cette aide sociale est aujourd'hui pilotée par le CGOS dans une logique paritaire.

Le CGOS y dédie des montants en hausse continue (45 M€ en 2000, 96 M€ en 2018¹, 106 M€ en 2019, 130 M€ en 2020)

pour 66 000 bénéficiaires environ², soit 7% environ des agents éligibles selon les chiffres publiés par le CGOS lui-même (ils étaient 62 470 bénéficiaires en 2018³).

La durée moyenne de versement était en 2018 de 81 jours en maladie ordinaire⁴, pour un plafond fixé à 150 jours par an.

Un besoin qui semble confirmé dans le cadre des discussions sur le renouvellement de l'agrément du CGOS et de son aide sociale pour les prochaines années.

¹ Source : rapport IGAS-IGF relatif à la protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique hospitalière, juillet 2019

² Source : CGOS

³ Source : rapport IGAS-IGF relatif à la protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique hospitalière, juillet 2019

⁴ Source : rapport IGAS-IGF relatif à la protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique hospitalière, juillet 2019

La nécessité d'une prévoyance en relai des dispositifs en place

L'aide sociale proposée par le CGOS ne couvre pas les agents en incapacité de travail après épuisement de leurs droits statutaires, ni les agents mis à la retraite pour invalidité. De même, elle ne couvre pas les agents dont l'établissement employeur cotise à un autre organisme que le CGOS. C'est notamment le cas des agents de l'AP-HP, laquelle cotise à l'Association pour la gestion des œuvres sociales des administrations parisiennes (AGOSPAP) qui ne propose pas d'aide sociale équivalente au CGOS. La MNH apporte un complément à l'aide sociale versée par le CGOS dans les périodes non prises en charge par ce dernier. Elle couvre à ce titre plus de 230 000 agents hospitaliers.

Montant et durée de l'indemnisation prise en charge par le risque statutaire

POUR LES FONCTIONNAIRES TITULAIRES OU STAGIAIRES :

- **Maladie ordinaire (12 mois) :**
plein traitement pendant 3 mois,
puis ½ traitement pendant 9 mois ;
- **Longue maladie (36 mois) :**
plein traitement pendant 12 mois,
puis ½ traitement pendant 24 mois ;
- **Congé longue durée (60 mois) :**
plein traitement pendant 36 mois
puis ½ traitement pendant 24 mois ;
- **Congé longue durée si maladie contractée dans le service (96 mois) :**
plein traitement pendant 60 mois
puis ½ traitement pendant 36 mois.

POUR LES CONTRACTUELS :

- **Maladie ordinaire (6 mois) :**
plein traitement pendant 1 mois
puis ½ traitement pendant 3 mois ;
- **Grave maladie (36 mois) :**
plein traitement pendant 12 mois
puis ½ traitement pendant 24 mois.

UNE PART IMPORTANTE D'AGENTS EN DEMI-TRAITEMENT

Lors d'une enquête réalisée par l'IGAS et l'IGF auprès de 43 établissements hospitaliers, il apparaît que la part d'agents mis en demi-traitement en 2018 était de :

- Pour maladie ordinaire : 5,17% des fonctionnaires, 1,54% des contractuels ;
- Pour longue maladie ou grave maladie : 0,66% des fonctionnaires et 0,16% des contractuels ;
- Pour longue durée : 0,44% des fonctionnaires.

Point d'attention n° 6

LA PORTABILITÉ DES DROITS POUR LES AGENTS HOSPITALIERS PRIVÉS D'EMPLOI

La part des contractuels est en nette augmentation au sein de la fonction publique hospitalière. Ces contractuels sont plus exposés à l'insécurité de l'emploi et doivent faire face à des périodes au cours desquelles ils ne travaillent pas. Les contours de la portabilité des droits des agents contractuels doivent permettre de leur assurer une protection de qualité, qui tienne compte de leurs éventuelles périodes sans emploi.

« Ces contractuels sont plus exposés à l'insécurité de l'emploi que les agents fonctionnaires et doivent faire face à des périodes au cours desquelles ils ne travaillent pas. »

La part des contractuels est en constante augmentation depuis plusieurs années au sein de la fonction publique hospitalière. Elle est ainsi passée de 16,9% en 2011, à 20,8% en 2019, ce qui représente 54 400 personnes sous contrats en plus. Ces contractuels sont plus exposés à l'insécurité de l'emploi que les agents fonctionnaires et doivent faire face à des périodes au cours

desquelles ils ne travaillent pas.

Cette situation, qui touche l'ensemble de la fonction publique, mais tout particulièrement son versant hospitalier, appelle une attention singulière. Les contours de la portabilité des droits des agents contractuels doivent permettre de leur assurer une protection de qualité, qui tienne compte de leurs éventuelles périodes sans emploi.

Proposition n°10

Assurer une portabilité des droits aux agents hospitaliers en cas de privation d'emploi

Les agents publics hospitaliers privés d'un emploi doivent pouvoir bénéficier d'une portabilité de leur complémentaire santé dans le cadre du futur régime de protection sociale complémentaire. Celle-ci a vocation à assurer aux agents concernés un maintien de garanties et une véritable protection dans ces périodes difficiles. Cette portabilité pourrait être strictement calquée sur celle accordée aux salariés du secteur privé en termes de durée et de simplicité d'accès. Elle serait accordée à tous les agents hospitaliers privés d'emploi bénéficiant de l'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE), à la condition qu'ils aient adhéré lors de leur période d'emploi à une complémentaire santé ouvrant droit à la participation de leur employeur, selon les modalités proposées plus avant (voir point d'attention N°3).



Assurer

👁️ La part des agents hospitaliers contractuels en constante progression

Le tableau d'évolutions de la structure des agents de la fonction publique hospitalière éclaire sur la part croissante occupée par les contractuels. Cette catégorie constitue même le socle de la progression du nombre d'agents. C'est dire si elle est essentielle au fonctionnement des établissements. En conséquence, il est crucial de prévoir une portabilité des droits protectrice. Celle-ci permettra de maintenir l'attractivité du secteur public hospitalier pour ces agents.



Les agents dans la fonction publique hospitalière (en milliers)*

Années	Fonctionnaires	Agents contractuels (hors contrats aidés)	Autres Catégories	Ensemble	Pourcentage de contractuels
2011	824,8	193,6	126,8	1145,2	16,9%
2012	829,6	192,8	139,8	1153,2	16,7%
2013	836,0	198,7	137,8	1172,6	16,9%
2014	838,4	202,8	142,4	1183,6	17,1%
2015	838,4	205,3	144,9	1186,6	17,3%
2016	832,9	212,6	141,4	1187,0	17,9%
2017	826,5	225,1	136,0	1187,7	19,0%
2018	816,6	238,9	130,4	1185,9	20,1%
2019	810,5	248,0	131,0	1189,5	20,8%

* Sources Insee : « En 2019, l'emploi augmente dans les trois versants de la fonction publique »
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5232488#titre-bloc-18> - « Effectifs dans la fonction publique par versant et par ministère »
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2493501>



Point d'attention n°7

LES PERSONNELS MÉDICAUX, UNE CATÉGORIE PROFESSIONNELLE À PART

Les personnels médicaux constituent une catégorie professionnelle à part de la fonction publique hospitalière, hors du régime statutaire des agents. Cette catégorie professionnelle nécessite des garanties adaptées, négociées avec ses représentants et tenant compte des spécificités de l'exercice de leurs fonctions.

« Cette catégorie professionnelle nécessite des garanties adaptées. »

Les personnels médicaux constituent une catégorie professionnelle à part de la fonction publique hospitalière, hors du régime statutaire des agents. Ils disposent d'une représentation distincte des autres personnels au sein du Conseil supérieur des professions médicales, indépendante du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière. Cette catégorie professionnelle nécessite des garanties adaptées, négociées avec ses

représentants et tenant compte des spécificités de l'exercice de leurs fonctions.

Ces garanties doivent être envisagées distinctement des autres agents hospitaliers. Ces spécificités ont été entendues par le ministère de la Transformation et de la Fonction Publique puisque la feuille de route de la réforme de la PSC prévoit la mise en place d'un groupe de travail dédié aux praticiens hospitaliers.

Proposition n°11

Instaurer un régime national à adhésion individuelle facultative pour le personnel médical

Au regard des spécificités du personnel médical, la mise en œuvre d'un régime national, commun à l'ensemble de cette catégorie professionnelle, semble la plus opportune. À l'identique du régime socle proposé pour l'ensemble des autres agents (voir proposition N°4), celui-ci pourrait conduire à sélectionner un nombre limité d'opérateurs (3 par exemple) dont les offres, proposées aux personnels médicaux à titre individuel et avec une adhésion facultative, ouvriraient droit à la participation de l'employeur public. Le niveau et la nature des garanties, ou encore le niveau de participation de l'employeur, seraient là encore définis grâce au dialogue social, au sein du Conseil supérieur des professions médicales.

Une situation très différente des autres agents hospitaliers

Il leur est notamment possible de cumuler les activités hospitalières et libérales. Ces dernières demandent aux praticiens de s'assurer à titre professionnel (RCP), assurance souvent couplée à une offre de complémentaire santé et/ou de prévoyance.

En outre, les personnels médicaux affichent une rémunération moyenne nette de 5 654 € en équivalent temps plein*.

Ils disposent d'ores-et-déjà d'un régime de prévoyance statutaire mais qui exclut une partie de leur rémunération, notamment les indemnités liées à la permanence des soins.

Le praticien bénéficie en cas d'arrêt de travail d'un maintien de 100% de ses émoluments hospitaliers (hors gardes et astreintes) pendant 3 mois, puis 50% jusqu'à 12 mois, puis 50% du salaire journalier de base jusqu'à la retraite.

Les praticiens hospitaliers sont en leur sein décomposés en plusieurs sous-catégories particulièrement disparates (internes, assistants des hôpitaux, praticiens attachés, praticiens hospitaliers, professeurs des universités-praticiens hospitaliers, etc.).

* Source : INSEE, salaires nets dans la fonction publique hospitalière en 2018

Adapté

Point d'attention n° 8

LE DÉLAI DE MISE EN ŒUVRE DE LA RÉFORME

Les spécificités de la fonction publique hospitalière exigent une approche particulièrement rigoureuse dans la mise en œuvre de cette réforme.

« La réussite de la réforme se mesurera par les avancées concrètes et objectivables. »

Les spécificités de la fonction publique hospitalière exigent une approche particulièrement rigoureuse. L'ordonnance relative à la mise en œuvre de la réforme prévoit un déploiement du nouveau régime au 1^{er} janvier 2026 pour les établissements relevant de la

fonction publique hospitalière. Le temps qui nous sépare de cette date doit être considéré comme une opportunité d'éviter les écueils de la précipitation. La place qui sera laissée à la négociation et à l'évaluation du nouveau dispositif nous semble à ce titre cruciale.



Proposition n°12

Privilégier une négociation sereine du futur régime

Le temps offert d'ici au 1^{er} janvier 2026 permet de bâtir une négociation au cours de laquelle l'ensemble des sujets pourront être abordés en dehors de toute pression. Une négociation sereine entre le ministère des solidarités et de la santé et les partenaires sociaux représentant les agents hospitaliers et leurs employeurs, est l'une des conditions de la réussite de la réforme. Elle permettra de se déconnecter d'enjeux immédiats et de tensions éventuelles, comme celles suscitées par la crise sanitaire par exemple.

Proposition n°13

Mesurer les impacts de la réforme

La réussite de la réforme se mesurera par les avancées concrètes et objectivables qu'elle apportera tant aux agents qu'aux employeurs hospitaliers. Là encore, le temps est essentiel. Il doit permettre d'envisager de véritables études d'impact afin de déceler les apports réels des mesures envisagées ou leurs effets non désirés éventuels. Le tout dans l'objectif de réajuster le futur régime si cela s'avère nécessaire, à travers des négociations à échéances régulières, tous les 4 à 6 ans par exemple, permettant d'évaluer correctement la mise en œuvre du régime, tout en préparant des améliorations à ses écueils.

Point d'attention n°9

LE FINANCEMENT DE LA PARTICIPATION DE L'EMPLOYEUR

La situation financière des établissements est devenue un point d'attention récurrent. L'hôpital public subit des déficits qui semblent s'être installés dans une temporalité durable. La réforme de la protection sociale complémentaire des hospitaliers intervient donc dans un contexte budgétaire extrêmement tendu pour les établissements, ce qui constitue un point d'attention particulier.

« Le risque est de mener une réforme contreproductive, centrée sur les seuls coûts et non sur la protection réelle des agents hospitaliers. »

La situation financière des établissements est devenue un point d'attention récurrent, et parfois criant. L'hôpital public subit des déficits qui semblent s'être installés dans une temporalité durable. À fin 2018, selon la DREES, les hôpitaux publics cumulaient 29,5 Md€ de dettes, soit 36,8 % de leurs recettes.

Si l'État a assuré une reprise de cette même dette à hauteur de 13Md€ dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, il n'en demeure pas moins que l'hôpital public se trouve toujours dans une situation de déficit structurel. La crise Covid de 2020, son prolongement en 2021, voire peut-être en 2022, n'arrangera probablement pas cette situation, malgré les dispositifs de garantie

de financement accordés, à juste titre, par le Gouvernement aux établissements de santé pendant la crise.

La réforme de la PSC des hospitaliers intervient donc dans un contexte budgétaire extrêmement tendu pour les établissements, ce qui constitue un point d'attention particulier. Sur le seul périmètre de la réforme actuellement envisagé, c'est-à-dire sur la seule santé, sans la prévoyance, on peut évaluer le poids annuel de la prise en charge par l'employeur public d'une partie de la complémentaire de ses agents entre 360 et 432 M€¹.

Pour rappel, et à titre de comparaison, le déficit des hôpitaux publics s'élevait à 569 M€ en 2018².

Proposition n°14

Le financement de la réforme devra être compensé budgétairement

La tension budgétaire subie par les hôpitaux publics pourrait être encore aggravée par les effets de la réforme, dont le coût pourrait avoisiner les 400M€ annuels. Il est indispensable que celle-ci soit intégralement compensée au travers d'une dotation complémentaire clairement identifiée et sanctuarisée dans l'ONDAM.

À défaut, le risque est de mener une réforme contreproductive, centrée sur les seuls coûts et non sur la protection réelle des agents hospitaliers.

¹ En prenant en compte un panier de soins santé évalué entre 50 et 60 € par Amélie DE MONTCHALIN, Ministre de la transformation et de la fonction publiques, lors d'une interview à l'AFP en décembre 2020

² Fiche DREES – La situation économique et financière des hôpitaux publics en 2018

³ Chiffre de 2018, source IGAS, Rapport sur l'évaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise – avril 2020

1,2 million

👁 1,2 millions d'agents à protéger

Si l'on considère le périmètre global des agents hospitaliers à protéger, intégrant les personnels médicaux, le coût annuel de la réforme serait compris entre 360 et 432M€ selon les chiffres communiqués par la Ministre de la transformation et de la fonction publiques. Dans le cas où le montant de la participation serait limité à 15€ par mois et par agent, comme dans la période transitoire 2022-2024 dans la fonction publique d'État, le coût s'élèverait à 216M€.

Dans un contexte où 42% des établissements publics hospitaliers sont en situation de surendettement³ et soumis à autorisation préalable pour leurs emprunts, cette charge ne sera pas tenable à ressources constantes.

Point d'attention n°10

PRÉSERVER LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE D'UN RISQUE D'OPPORTUNISME COMMERCIAL

Les 1,2 millions d'agents hospitaliers actifs et les 550 000 agents retraités aiguisent d'ores-et-déjà l'appétit de nombreux assureurs, privés lucratifs comme non lucratifs. Cette attente de nouvelle source de chiffre d'affaires est légitime de la part des assureurs complémentaires. Toutefois, nous devons être vigilants à ce que des méthodes, qui ont déjà été usitées lors de la généralisation de la complémentaire santé dans le secteur privé, ne se renouvellent pas.

« Dans un contexte concurrentiel de plus en plus tendu, le secteur assurantiel identifie en effet la fonction publique comme un relai de croissance potentiel. »

Cette réforme est d'ores et déjà une avancée pour les hospitaliers qui bénéficieront, à terme, d'une participation de leur employeur dans le financement de leur complémentaire santé, voire prévoyance (voir proposition N°9). À ce titre, les 1,2 millions d'agents hospitaliers actifs et les 550 000 agents retraités aiguïssent d'ores-et-déjà l'appétit de nombreux assureurs, privés lucratifs comme non lucratifs. Il en est de même pour les deux autres versants, de l'État et de la territoriale. Au total, ce sont près de 10 millions d'assurés concernés par la réforme (5,5 millions d'agents actifs, 4,5 millions d'agents retraités). Dans un contexte concurrentiel de plus en plus tendu, le secteur assurantiel identifie en effet la fonction publique comme un relai de croissance potentiel.

Cette attente de nouvelle source de chiffre d'affaires est légitime de la part des assureurs complémentaires. Toutefois, nous devons être vigilants à ce que des méthodes, qui ont déjà été usitées lors de la généralisation de la complémentaire santé dans le secteur privé, ne se renouvellent pas.

À l'époque, des offres collectives séduisantes et avantageuses en termes de tarifs avaient été proposées par certains opérateurs afin de conquérir rapidement des parts de marché. Quelques années plus tard, la désillusion est au rendez-vous avec des hausses tarifaires conséquentes ou des diminutions de niveaux de garanties qui ont suivies, parfois les deux, pour un service pas toujours adapté aux besoins.

De plus, cette course à la croissance a eu tendance ces dernières années à engager de vastes mouvements de regroupements des acteurs de l'assurance complémentaire. Le secteur mutualiste n'échappe d'ailleurs pas à

ces concentrations. Si du point de vue de la rentabilité, celles-ci sont parfois bénéfiques en permettant des mutualisations de moyens qui sont sources d'économie d'échelle, leurs apports pour les assurés sont parfois plus difficiles à percevoir.

La fonction publique bénéficie historiquement de la protection de mutuelles affinitaires, particulièrement expertes des spécificités des agents publics. La MNH a souhaité rester l'une d'entre elles, afin de maintenir son positionnement originel et original de mutuelle fondée par des hospitaliers, pour des hospitaliers.

Des hospitaliers qui sont spécifiques à bien des égards, comme nous le démontrons tout au long de cet ouvrage. Ces particularités ne peuvent être sous estimées dans la mise en œuvre du futur régime de protection sociale complémentaire, au risque d'entraver l'efficacité et la perception des bénéfices de la réforme engagée.



Proposition n°15

Garantir une régulation des tarifs et un maintien des garanties des hospitaliers

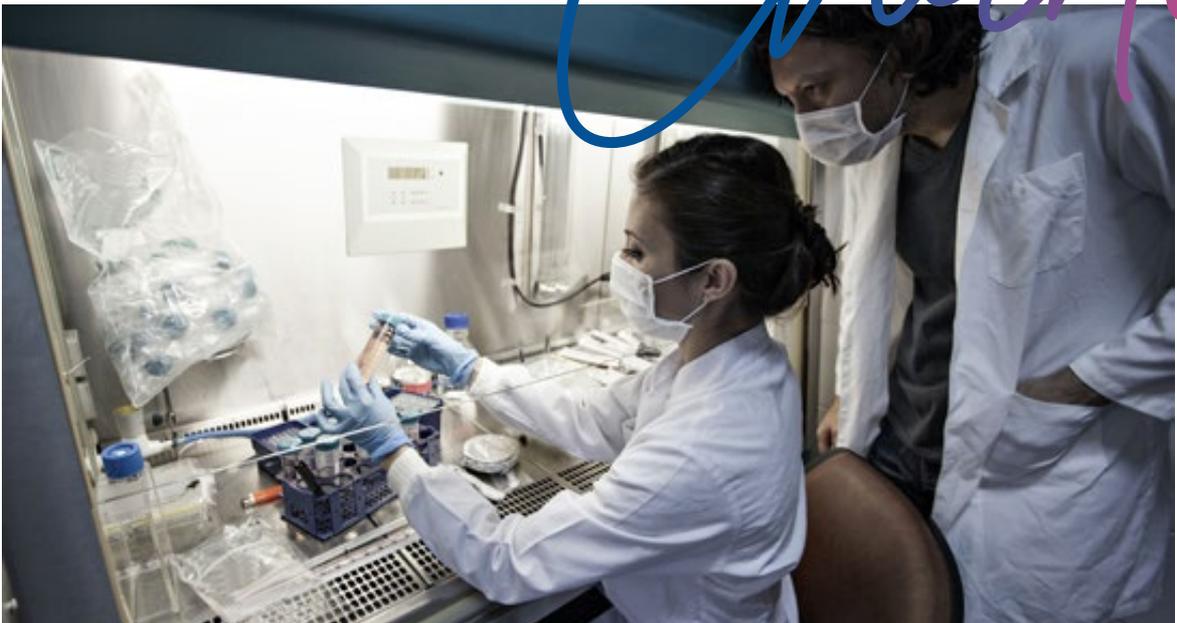
Cette réforme est l'occasion de capitaliser sur les écueils constatés lors de la généralisation de la complémentaire santé pour les salariés du secteur privé. L'un d'entre eux, bien évident aux yeux de nombreux employeurs et salariés, a été celui de la réévaluation tarifaire à la hausse, ou des niveaux de garantie à la baisse, lors de la présentation des premiers comptes de résultats. La raison ? Une tarification très agressive des organismes complémentaires pour conquérir des parts de marché, qui déséquilibrait alors le ratio sinistres sur primes et rendait de fait les contrats déficitaires. La mise en place de clause encadrant les réévaluations tarifaires dans le temps pourrait ainsi inciter les assureurs complémentaires à tarifier au plus juste leurs offres, évitant les effets de dumping et garantissant aux agents des niveaux de garantie cohérents de bout en bout de leur contrat.

Proposition n°16

Une charte de protection des hospitaliers

Nous proposons que les opérateurs candidats à la mise en place d'offres de complémentaires destinés aux agents de la fonction publique hospitalière signent une « Charte de protection des hospitaliers » qui contiendra des engagements formels tant sur le fond que sur la durée afin de garantir une protection efficace des agents et des retraités. Le contenu de cette Charte sera déterminé par les partenaires sociaux. Elle sera co-signée par eux ainsi que par le ministère des solidarités et de la santé qui en sera le garant. Un dispositif d'évaluation pluriannuel pourra y être associé afin d'en mesurer les effets.

Charte



NOUS SOMMES HOSPITALIERS

LES DÉCRYPTAGES DE LA MUTUELLE NATIONALE DES HOSPITALIERS

« *Nous sommes hospitaliers* » est une collection qui propose régulièrement de faire le point sur un sujet lié aux enjeux de santé et plus particulièrement aux sujets qui concernent directement les hospitaliers. Il s'agit d'une prise de parole inédite pour la MNH, la mutuelle affinitaire du monde hospitalier, des professionnels de santé, du médico-social et du social. Elle souhaite ainsi faire partager ses approches, singulières sur bien des sujets, fondées sur son positionnement original.

Résistante aux tendances à la concentration dénuée de sens du secteur de l'assurance, militante par nature, la MNH porte une voix résolument différente. Une voix qui fait écho aux attentes d'une société où la tension et le repli sur soi ont malheureusement tendance à prendre le pas sur une vision collective et humaniste de l'avenir.

*Nous sommes
hospitaliers*

DÉJÀ PARU

Ce premier numéro de « *Nous Sommes Hospitaliers* » est consacré à un retour d'expérience de la crise Covid et à l'engagement de la MNH auprès des hospitaliers tout au long de la crise sanitaire. En creux, on perçoit dans ces actions qu'une vision plus solidaire de la société, tournée vers l'humain, est encore possible, pour peu que l'on fasse confiance aux acteurs comme la MNH, farouchement ancrés dans les valeurs fondatrices du mutualisme et de l'économie sociale et solidaire.



i Ce numéro est encore disponible en version papier ou digitale.

Pour plus d'informations : Violaine Prudhomme - violaine.prudhomme@groupe-nehs.com

Informations

EN SAVOIR PLUS SUR LA MNH



La MNH, ce sont des hospitaliers qui protègent les hospitaliers depuis plus de 60 ans, avec la performance d'un assureur, accentuée par les valeurs éthiques d'une mutuelle, renforcée par l'expertise d'un acteur affinitaire ».

Benoit Fraxlin

► Président de la MNH

La Mutuelle Nationale des Hospitaliers et des professionnels de la santé, du médico-social et du social a été fondée le 1^{er} février 1960, par des hospitaliers qui avaient l'ambition de couvrir solidairement leurs besoins de protection en santé. La MNH est la mutuelle affinitaire de référence du monde de la santé et du social, spécialiste de la couverture complémentaire santé et de la prévoyance des hospitaliers. La mutuelle a construit son action sur l'efficacité et la détermination à défendre, sans compromis, le pouvoir d'achat et le bien-être des

hospitaliers. Elle agit pour améliorer les conditions et les parcours de vie de ses adhérents, en protégeant l'enfance, la famille, les personnes âgées, handicapées ou en situation de vulnérabilité. En 2013, la Mutuelle Nationale des Hospitaliers a engagé une transformation unique dans le secteur des mutuelles et a créé, en 2018, le groupe MNH, qui développe une offre globale de services totalement dédiée aux professionnels de santé et à leurs établissements. La Mutuelle Nationale des Hospitaliers compte 1 million de bénéficiaires en santé et prévoyance.

Nous contacter

Robin Mor, Directeur adjoint en charge des relations publiques : robin.mor@groupe-nehs.com

 **06 45 51 72 05**

Tous sommes
hospitaliers

MUTUELLE NATIONALE DES HOSPITALIERS ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE ET DU SOCIAL – 45213 Montargis Cedex – La MNH et MNH Prévoyance sont deux mutuelles régies par les dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculées au Répertoire SIREN sous les numéros SIREN 775 606 361 pour la MNH et 484 436 811 pour MNH Prévoyance

Nous sommes hospitaliers

Depuis la rentrée 2021, la MNH propose ses cahiers de décryptage des grands enjeux auxquels l'hôpital public est confronté. Au fil des mois, elle publiera ses analyses et propositions fondées sur son expertise de l'hôpital public et de ses agents. En tant que mutuelle affinitaire de référence des hospitaliers, elle se doit de participer au débat public autour des enjeux de santé, en fidélité avec son positionnement d'acteur majeur dans la protection sociale des agents de l'hôpital public. Ses contributions ambitionnent d'être toujours positives, appuyées sur des éclairages qui se construisent à partir des réalités de la fonction publique hospitalière.

Ce deuxième numéro de « *Nous sommes hospitaliers* » est consacré aux enjeux de la réforme de la protection sociale de la fonction publique hospitalière. Il met en exergue des points d'attention dont certains apparaissent cruciaux pour la réussite de cette réforme qui constitue une avancée sociale majeure pour les hospitaliers. Pour autant, il convient que leurs spécificités soient pleinement prises en compte. C'est dans cet esprit de protection des hospitaliers que la MNH porte 16 propositions, concrètes, opérationnelles, fondées sur les réalités du terrain. Elle souhaite s'inscrire dans une démarche résolument constructive et positive, avec pour seule ambition de faire réussir cette réforme, au bénéfice des hospitaliers et de l'hôpital public.

Nous sommes hospitaliers

Depuis la rentrée 2021, la MNH propose ses cahiers de décryptage des grands enjeux auxquels l'hôpital public est confronté. Au fil des mois, elle publiera ses analyses et propositions fondées sur son expertise de l'hôpital public et de ses agents. En tant que mutuelle affinitaire de référence des hospitaliers, elle se doit de participer au débat public autour des enjeux de santé, en fidélité avec son positionnement d'acteur majeur dans la protection sociale des agents de l'hôpital public. Ses contributions ambitionnent d'être toujours positives, appuyées sur des éclairages qui se construisent à partir des réalités de la fonction publique hospitalière.

Ce deuxième numéro de « *Nous sommes hospitaliers* » est consacré aux enjeux de la réforme de la protection sociale de la fonction publique hospitalière. Il met en exergue des points d'attention dont certains apparaissent cruciaux pour la réussite de cette réforme qui constitue une avancée sociale majeure pour les hospitaliers. Pour autant, il convient que leurs spécificités soient pleinement prises en compte. C'est dans cet esprit de protection des hospitaliers que la MNH porte 16 propositions, concrètes, opérationnelles, fondées sur les réalités du terrain. Elle souhaite s'inscrire dans une démarche résolument constructive et positive, avec pour seule ambition de faire réussir cette réforme, au bénéfice des hospitaliers et de l'hôpital public.