



Référencement

Réunion avec les Organisations Syndicales

Ministère de la Transition écologique et solidaire

Ministère de la Cohésion des territoires

Réunions des 05 et 17 juillet 2018



*Nicolas Le Quellec, Adrien Granger,
Premium Consulting*



Sommaire

- I. Liste des points ouverts à la négociation
- II. Définition du périmètre (agents concernés et liste des EP)
- III. Choix du nombre d'opérateurs
- IV. Garanties santé et structure de cotisation
- V. Garanties prévoyance
- VI. Modalités de couplage
- VII. Risque dépendance, prévention, assistance, action sociale
- VIII. Qualité de service
- IX. Critères de notation
- X. Comité de suivi
- XI. Calendrier



Liste des points ouverts à la négociation

Dans le cadre du process de référencement d'un ou plusieurs organismes de protection sociale complémentaire pour les agents des ministères de la Transition Ecologique et Solidaire et de la Cohésion des Territoires, **les ministères ont transmis un document d'orientation qui propose une méthode, un calendrier et une liste de points ouverts à la négociation** en vue de la rédaction du cahier des charges.

- La définition du périmètre du référencement**
- Le choix du nombre d'organismes référencés**
- Les garanties santé et la structure de cotisation**
- Les garanties prévoyance**
- Les modalités de couplage**
- Le risque dépendance proposé à titre facultatif**
- La qualité de service**
- Les critères de notation et leur pondération**
- Le comité de suivi mis en place sur la durée du référencement**



Sommaire

- I. Liste des points ouverts à la négociation
- II. Définition du périmètre (agents concernés et liste des EP)**
- III. Choix du nombre d'opérateurs
- IV. Garanties santé et structure de cotisation
- V. Garanties prévoyance
- VI. Modalités de couplage
- VII. Risque dépendance, prévention, assistance, action sociale
- VIII. Qualité de service
- IX. Critères de notation
- X. Comité de suivi
- XI. Calendrier



Définition du périmètre

❑ Rappel du cadre réglementaire

La circulaire de 2016 précise qu'il « appartient à l'employeur public de déterminer la liste des services et des personnels publics entrant dans le champ du référencement (notamment les situations des agents mis à disposition, en détachement, en disponibilité, en congé sans salaire, en congé parental) »

Proposition de l'administration sur les services concernés

❑ Le MTES et le MCT

❑ Les établissements suivants

- Agence nationale de l'habitat (ANAH)
- Agence nationale de contrôle du logement social (ANCOLS)
- Centre d'étude et d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement (CEREMA)
- Caisse de Garantie du Logement Locatif Social (CGLLS)
- Institut national de l'information géographique et forestière (IGN)
- Météo France
- Office national de la chasse et de la faune sauvage (ONCFS)
- Voies Navigables de France
- Ecole Nationale des Travaux Publics de l'Etat (ENTPE)
- 6 Agences de l'eau
- 8 Parcs nationaux
- 2 Autorités administratives indépendantes [Commission de régulation de l'énergie (CRE) et Autorité de contrôle des nuisances aéroportuaires (ACNUSA)]



Définition du périmètre

Proposition de l'administration s'agissant des agents et des bénéficiaires :

Agents concernés (env. 55 000 agents actifs)

En tant que membre participant ou qu'assuré principal :

- les agents titulaires payés par les ministères et les opérateurs participants,
- les agents contractuels payés par le ministère et les opérateurs participants,
- les agents en congé formation,
- les fonctionnaires stagiaires et élèves payés par les ministères et les opérateurs participants ,
- les agents en congé parental ou en disponibilité,
- les agents des corps gérés par les ministères ou les opérateurs participants, en position de détachement,
- les agents d'autres administrations en PNA au sein des MTES MCT ou des opérateurs participants,
- les agents des MTES/MCT en PNA dans les autres administrations, dont les agents en situation de décroisement,
- les agents démissionnaires, licenciés ou en fin de contrat (hors cadre du référencement),
- les retraités ayant précédemment relevé d'une des catégories précédentes et ayant été affectés dans l'une des entités relevant historiquement des ministères.

Une expertise est en cours s'agissant des agents mis à disposition.

Bénéficiaires concernés

En tant qu'ayants droit :

- Les conjoints, concubins, partenaires de PACS
- les enfants à charge des adhérents ainsi que ceux des conjoints, concubins et partenaires de PACS. Les enfants ainsi définis doivent être :
 - âgés de moins de 18 ans,
 - âgés de plus de 18 ans et de moins de 28 ans s'ils poursuivent leurs études, s'ils sont sous contrat d'apprentissage ou à la recherche d'un emploi et inscrits à ce titre à Pôle emploi
 - quel que soit leur âge, s'ils sont handicapés et titulaires de la carte d'invalidité.



Sommaire

- I. Liste des points ouverts à la négociation
- II. Définition du périmètre (agents concernés et liste des EP)
- III. Choix du nombre d'opérateurs**
- IV. Garanties santé et structure de cotisation
- V. Garanties prévoyance
- VI. Modalités de couplage
- VII. Risque dépendance, prévention, assistance, action sociale
- VIII. Qualité de service
- IX. Critères de notation
- X. Comité de suivi
- XI. Calendrier



Choix du nombre d'opérateurs

❑ Rappel du cadre réglementaire

L'article 6 du Décret 2007-1373 prévoit que l'avis d'appel public à la concurrence précise « si l'employeur entend désigner un ou plusieurs organismes de référence ».

❑ Caractéristiques des mono référencement

- Choix du meilleur prestataire
- Attractivité plus forte de la consultation pour les candidats au référencement qui calibreront leur tarif pour être le seul opérateur référencé (plus forte concurrence à l'entrée)
- Simplicité du pilotage du dispositif et du suivi des transferts
- Lisibilité de l'offre retenue (Une offre = un tarif)

❑ Caractéristiques des multi référencements

- Choix plus ouvert pour les agents (Une offre = plusieurs tarifs)
- Suivi plus complexe des transferts de solidarité (pour partager la participation entre les organismes)
- Concurrence entre les acteurs pendant la vie du dispositif (tarif, gestion, évolution du dispositif...)
- Risque qu'un opérateur ne vende pas son offre (ou diffuse d'autres offres)

Proposition de l'administration : Référencer un seul organisme



Sommaire

- I. Liste des points ouverts à la négociation
- II. Définition du périmètre (agents concernés et liste des EP)
- III. Choix du nombre d'opérateurs
- IV. Garanties santé et structure de cotisation**
- V. Garanties prévoyance
- VI. Modalités de couplage
- VII. Risque dépendance, prévention, assistance, action sociale
- VIII. Qualité de service
- IX. Critères de notation
- X. Comité de suivi
- XI. Calendrier



Garanties Santé

Rappel du cadre réglementaire

Le Décret de 2007 impose que les offres santé respectent les critères des contrats responsables (prise en charge du ticket modérateur et du ticket modérateur...)

Les tarifs des familles les plus nombreuses ne peuvent excéder ceux prévus pour les familles comprenant trois enfants.

Le rapport entre la cotisation ou la prime due par le souscripteur ou l'adhérent âgé de plus de trente ans acquittant le montant le plus élevé et la cotisation ou la prime due par le souscripteur ou l'adhérent âgé de plus de trente ans acquittant le montant le moins élevé ne peut être supérieur à trois, à charge de famille et catégorie statutaire identiques et pour une option de garanties comparable.

La circulaire de 2016 préconise de retenir trois options pour couvrir les besoins différents de la population

Proposition de l'administration sur les garanties santé

- Définir un cahier des charges avec trois options de garanties santé, formule la plus classique
- Définir un cahier des charges avec deux options de garanties santé, en réponse aux demandes des OS



Garanties Santé - formule à 3 niveaux

Proposition à trois niveaux:

Définir précisément trois formules santé adaptées aux besoins des agents

<i>Y compris remboursement Sécurité Sociale</i>	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
SOINS COURANTS			
Consultations généralistes - OPTAM	100% BR	180% BR	250% BR
Consultations généralistes - Non OPTAM	100% BR	150% BR	200% BR
Consultations spécialistes - OPTAM	100% BR	200% BR	300% BR
Consultations spécialistes - Non OPTAM	100% BR	170% BR	200% BR
Actes techniques médicaux, Radiologie - OPTAM	100% BR	150% BR	200% BR
Actes techniques médicaux, Radiologie - Non OPTAM	100% BR	130% BR	180% BR
Analyses, Auxiliaires médicaux		100% BR	200% BR
Transport		100% BR	130% BR
PHARMACIE			
Pharmacie à 65%	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie à 30%	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie à 15%	100% BR	100% BR	100% BR
Substituts nicotique		RSS + 50 €/an	RSS + 75 €/an
Contraception refusée	RSS + 50 €/an	50 €/an	75 €/an
Vaccins refusés		50 €/an	75 €/an
HOSPITALISATION			
Frais de séjour	100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires - OPTAM	100% BR	200% BR	300% BR
Honoraires - Non OPTAM	100% BR	170% BR	200% BR
Forfait journalier	100% FR	100% FR	100% FR
Franchise actes lourds	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière - avec nuité (/jour)	Néant	25 €	50 €
Chambre particulière - ambulatoire (/jour)	Néant	15 €	25 €
Frais accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	Néant	15 €	25 €



Garanties Santé - formule à 3 niveaux

Proposition à trois niveaux:

Définir précisément trois formules santé adaptées aux besoins des agents

<i>Y compris remboursement Sécurité Sociale</i>	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
DENTAIRE			
Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR
Inlay-Onlay	100% BR	250% BR	350% BR
Prothèse dentaire remboursée	150% BR	300% BR	500% BR
Orthodontie remboursée	150% BR	300% BR	500% BR
Orthodontie non remboursée	Néant	150 €/an	300 €/an
Implant (/implant limité à 2 implants/an)	Néant	400 €	800 €
Parodontologie (acceptée ou refusée)	100% BR ⁽¹⁾	100%BR ⁽¹⁾ + 150€/an ⁽²⁾	100%BR ⁽¹⁾ + 300€/an ⁽²⁾
OPTIQUE (en complément SS)			
Monture	30 €	90 €	130 €
Verre unifocal simple	30 €	110 €	150 €
Verre unifocal complexe ou hypercomplexe	65 €	140 €	180 €
Verre multifocal complexe	85 €	160 €	200 €
Verre multifocal hypercomplexe	100 €	180 €	220 €
Lentilles acceptées	TM	TM + 100€/an	TM + 200€/an
Lentilles refusées	50 €/an	100 €/an	200 €/an
Chirurgie réfractive	Néant	300 €/œil	600 €/œil
APPAREILLAGE			
Petit et grand appareillage (hors prothèses auditives)	100% BR	150% BR	200% BR
Prothèse auditive	100% BR	100%BR + 400€/oreille	100%BR + 600€/oreille
Entretien, fournitures et accessoires de prothèse auditive	100% BR	100% BR + 30€/an	100% BR + 60€/an
AUTRES			
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, étioopathie, diététicien	25 €/séance (limité à 2 séances)	25 €/séance (limité à 3 séances)	40 €/séance (limité à 3 séances)
Psychologue	50€/an	100 €/an	200 €/an
Allocation naissance (ou adoption)	Néant	5% PMSS	10% PMSS
Cure thermale acceptée	100% BR	100% BR + 50€/an	100% BR + 150€/an
FRAIS D'OBSEQUES			
	1 000 €	1 500 €	2 000 €

(1) : parodontologie acceptée

(2) : parodontologie acceptée ou refusée



Structure de cotisation santé

Rappel du cadre réglementaire

La circulaire de 2016 précise que « l'intégration du niveau de rémunération dans la détermination du niveau de cotisation permet d'assurer une solidarité entre les revenus ».

Proposition de l'administration :

Exprimer les cotisations santé des agents actifs :

- En pourcentage du revenu net fiscal
- A définir : En fonction de l'âge (par tranche d'âge de cinq ans)

Exprimer les cotisations santé des agents retraités :

- En pourcentage du revenu net fiscal
- Sans critère d'âge

Exprimer les cotisations santé des ayants droit (conjoint et des enfants) :

- En forfaits en euros
- A définir : En fonction de l'âge, par tranche d'âge de cinq ans pour les conjoints



Structure de cotisation santé - formule à 3 niveaux

Exemple de cotisation des agents actifs (Cotisations en % du revenu net fiscal)

Taux uniformes

- Niveau 1:
 - Taux de cotisation fixe
fourchette comprise entre 1,75% et 2,25%
- Niveau 2:
 - Taux de cotisation fixe
fourchette comprise entre 2,75% et 3,25%
- Niveau 3:
 - Taux de cotisation fixe
fourchette comprise entre 3,75% et 4,25%

Taux variables selon l'âge

Tranche d'âge	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Moins de 20	[0.92% - 1.42%]	[1.75% - 2.25%]	[2.68% - 3.18%]
20-25	[1.07% - 1.57%]	[1.90% - 2.40%]	[2.83% - 3.33%]
25-30	[1.22% - 1.72%]	[2.05% - 2.55%]	[2.98% - 3.48%]
30-35	[1.37% - 1.87%]	[2.20% - 2.70%]	[3.13% - 3.63%]
35-40	[1.52% - 2.02%]	[2.35% - 2.85%]	[3.28% - 3.78%]
40-45	[1.67% - 2.17%]	[2.50% - 3.00%]	[3.43% - 3.93%]
45-50	[1.82% - 2.32%]	[2.65% - 3.15%]	[3.58% - 4.08%]
50-55	[1.97% - 2.47%]	[2.80% - 3.30%]	[3.73% - 4.23%]
55-60	[2.12% - 2.62%]	[2.95% - 3.45%]	[3.88% - 4.38%]
60-65	[2.27% - 2.77%]	[3.10% - 3.60%]	[4.03% - 4.53%]
65 et plus	[2.42% - 2.92%]	[3.25% - 3.75%]	[4.18% - 4.68%]

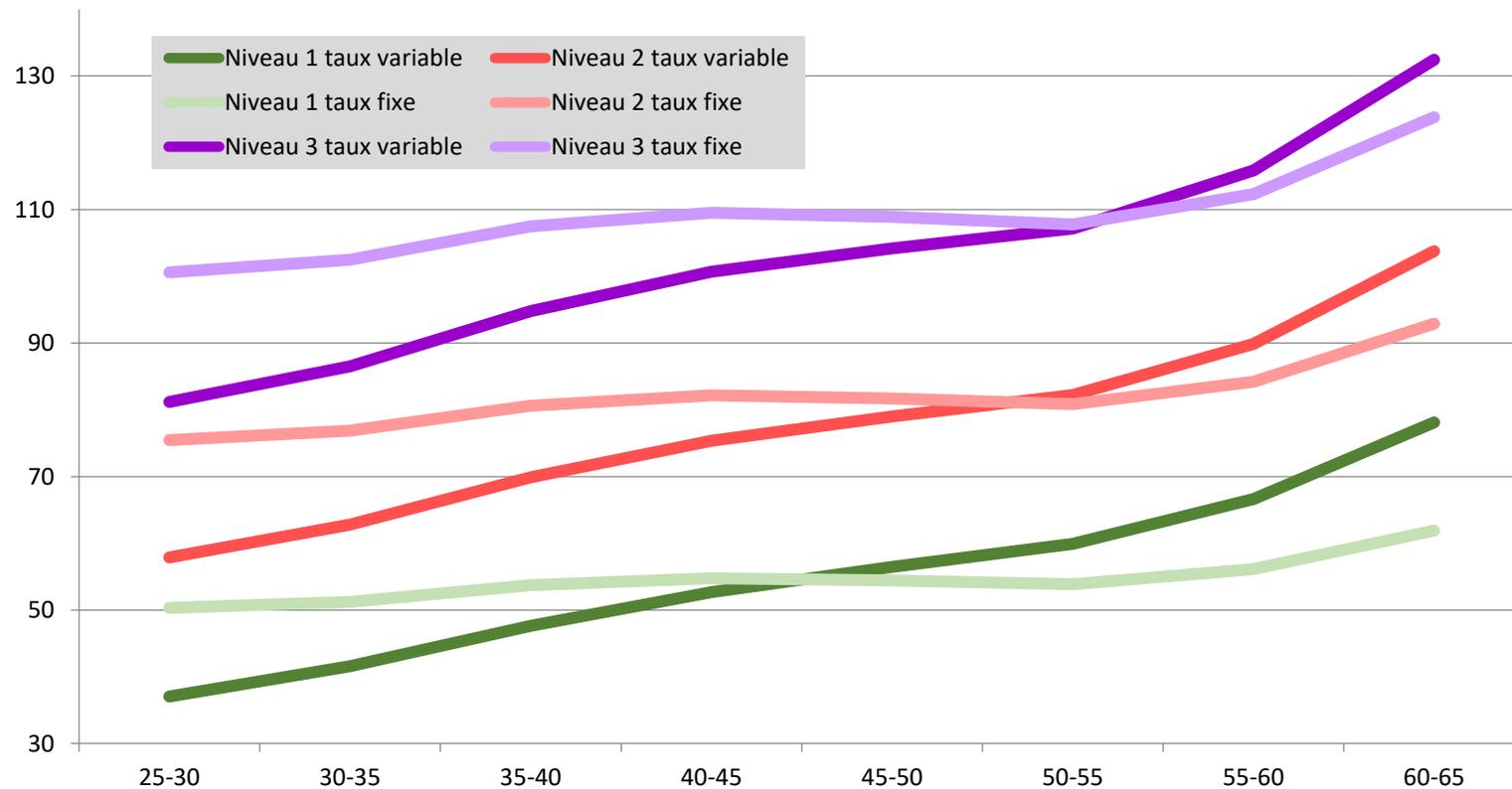
Les montants devant respecter un ratio de 1 à 3 entre la cotisation la plus faible et la cotisation la plus élevée pour les adhérents de plus de 30 ans à situation statutaire et maritale identique, l'organisme référencé devra définir des cotisations planchers et plafonds.



Structure de cotisation santé - formule à 3 niveaux

Estimation de la cotisation des agents actifs sur la base du salaire moyen de la tranche d'âge

Montant moyen de cotisation en € par tranche d'âge





Structure de cotisation santé - formule à 3 niveaux

Cotisation moyenne des conjoints, enfants, et retraités

Niveau 1:

- Retraité: fourchette de taux de cotisation comprise 3,00% et 4,00%
- Conjoint: fourchette comprises entre 45 € et 65 €
- Enfant: 17 €

Niveau 2:

- Retraité: fourchette de taux de cotisation comprise 4,25% et 5,25%
- Conjoint: fourchette comprise entre 75 € et 90 €
- Enfant: 25 €

Niveau 3:

- Retraité: fourchette de taux de cotisation comprise 5,50% et 6,50%
- Conjoint: fourchette comprise entre 100 € et 115 €
- Enfant: 32 €

Les montants devant respecter un ratio de 1 à 3 entre la cotisation la plus faible et la cotisation la plus élevée pour les adhérents de plus de 30 ans à situation statutaire et maritale identique, l'organisme référencé devra définir des cotisations planchers et plafonds.



Structure de cotisation santé - formule à 3 niveaux

Exemple de cotisations mensuelles

- ☐ Actif seul, 30 ans, revenus net 2000 €
 - niveau 1 : taux fixe 35~45 € taux variable: 27€~37 €
 - niveau 2 : taux fixe 55~65 € taux variable: 44€~54 €
 - niveau 3 : taux fixe 75~85 € taux variable: 63€~73 €

- ☐ Actif + conjoint, 40 ans, revenus net 2500 €
 - niveau 1 : taux fixe 98~112€ taux variable: 96~110 €
 - niveau 2 : taux fixe 150~166 € taux variable: 144~160 €
 - niveau 3 : taux fixe 199~217 € taux variable: 191~209 €

- ☐ Actif + conjoint + 2 enfants, 50 ans, revenus net 3500 €
 - niveau 1 : taux fixe 147~171 € taux variable: 155~178 €
 - niveau 2 : taux fixe 225~251 € taux variable: 227~253 €
 - niveau 3 : taux fixe 298~326 € taux variable: 298~325 €

- ☐ Retraité + conjoint, 70 ans, revenus net 2500 €
 - niveau 1 : 129~156 €
 - niveau 2 : 187~216 €
 - niveau 3 : 243~274 €



Garanties Santé - formule à 2 niveaux

Proposition à deux niveaux:

Définir précisément deux formules santé adaptées aux besoins des agents

<i>Y compris remboursement Sécurité Sociale</i>	Niveau 1	Niveau 2
SOINS COURANTS		
Consultations généralistes - OPTAM	150% BR	220% BR
Consultations généralistes - Non OPTAM	130% BR	200% BR
Consultations spécialistes - OPTAM	150% BR	220% BR
Consultations spécialistes - Non OPTAM	130% BR	200% BR
Actes techniques médicaux, Radiologie - OPTAM	150% BR	220% BR
Actes techniques médicaux, Radiologie - Non OPTAM	130% BR	200% BR
Analyses, Auxiliaires médicaux	100% BR	150% BR
Transport	100% BR	100% BR
PHARMACIE		
Pharmacie à 65%	100% BR	100% BR
Pharmacie à 30%	100% BR	100% BR
Pharmacie à 15%	100% BR	100% BR
Substituts nicotique	RSS + 50 €/an	RSS + 75 €/an
Contraception refusée	50 €/an	75 €/an
Vaccins refusés	50 €/an	75 €/an
HOSPITALISATION		
Frais de séjour	100% BR	100% BR
Honoraires - OPTAM	150% BR	220% BR
Honoraires - Non OPTAM	130% BR	200% BR
Forfait journalier	100% FR	100% FR
Franchise actes lourds	100% FR	100% FR
Chambre particulière - avec nuité (/jour)	25 €	50 €
Chambre particulière - ambulatoire (/jour)	15 €	25 €
Frais accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	15 €	25 €



Garanties Santé - formule à 2 niveaux

Proposition à deux niveaux:

Définir précisément deux formules santé adaptées aux besoins des agents

<i>Y compris remboursement Sécurité Sociale</i>	Niveau 1	Niveau 2
DENTAIRE		
Soins dentaires	100% BR	100% BR
Inlay-Onlay	150% BR	300% BR
Prothèse dentaire remboursée	200% BR	400% BR
Orthodontie remboursée	200% BR	400% BR
Orthodontie non remboursée	150 €/an	300 €/an
Implant (/implant limité à 2 implants/an)	300 €	600 €
Parodontologie (acceptée ou refusée)	100%BR(1) + 100€/an(2)	100%BR ⁽¹⁾ + 200€/an ⁽²⁾
OPTIQUE (en complément SS)		
Monture	50 €	100 €
Verre unifocal simple	75 €	100 €
Verre unifocal complexe ou hypercomplexe	100 €	150 €
Verre multifocal complexe	125 €	175 €
Verre multifocal hypercomplexe	150 €	200 €
Lentilles acceptées	TM + 100€/an	TM + 200€/an
Lentilles refusées	100 €/an	200 €/an
Chirurgie réfractive	250 €/œil	500 €/œil
APPAREILLAGE		
Petit et grand appareillage (hors prothèses auditives)	100% BR	200% BR
Prothèse auditive	100% BR	100%BR + 600€/oreille
Entretien, fournitures et accessoires de prothèse auditive	100% BR	100% BR + 60€/an
AUTRES		
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, étioopathie, diététicien	25 €/séance (limité à 2 séances)	40 €/séance (limité à 3 séances)
Psychologue	100 €/an	200 €/an
Allocation naissance (ou adoption)	5% PMSS	10% PMSS
Cure thermale acceptée	100% BR + 50€/an	100% BR + 150€/an
FRAIS D'OBSEQUES		
	1 500 €	2 000 €

(1) : parodontologie acceptée

(2) : parodontologie acceptée ou refusée



Structure de cotisation santé - formule à 2 niveaux

Exemple de cotisation des agents actifs (Cotisations en % du revenu net fiscal)

Taux uniformes

- Niveau 1:
 - Taux de cotisation fixe
fourchette comprise entre 2,25% et 2,75%
- Niveau 2:
 - Taux de cotisation fixe
fourchette comprise entre 3,25% et 3,75%

Taux variables selon l'âge

Tranche d'âge	Niveau 1	Niveau 2
Moins de 20	[1.40% - 1.90%]	[2.20% - 2.70%]
20 - 25	[1.55% - 2.05%]	[2.35% - 2.85%]
25 - 30	[1.70% - 2.20%]	[2.50% - 3.00%]
30 - 35	[1.85% - 2.35%]	[2.65% - 3.15%]
35 - 40	[2.00% - 2.50%]	[2.80% - 3.30%]
40 - 45	[2.15% - 2.65%]	[2.95% - 3.45%]
45 - 50	[2.30% - 2.80%]	[3.10% - 3.60%]
50 - 55	[2.45% - 2.95%]	[3.25% - 3.75%]
55 - 60	[2.60% - 3.10%]	[3.40% - 3.90%]
60 - 65	[2.75% - 3.25%]	[3.55% - 4.05%]
65 et plus	[2.90% - 3.40%]	[3.70% - 4.20%]

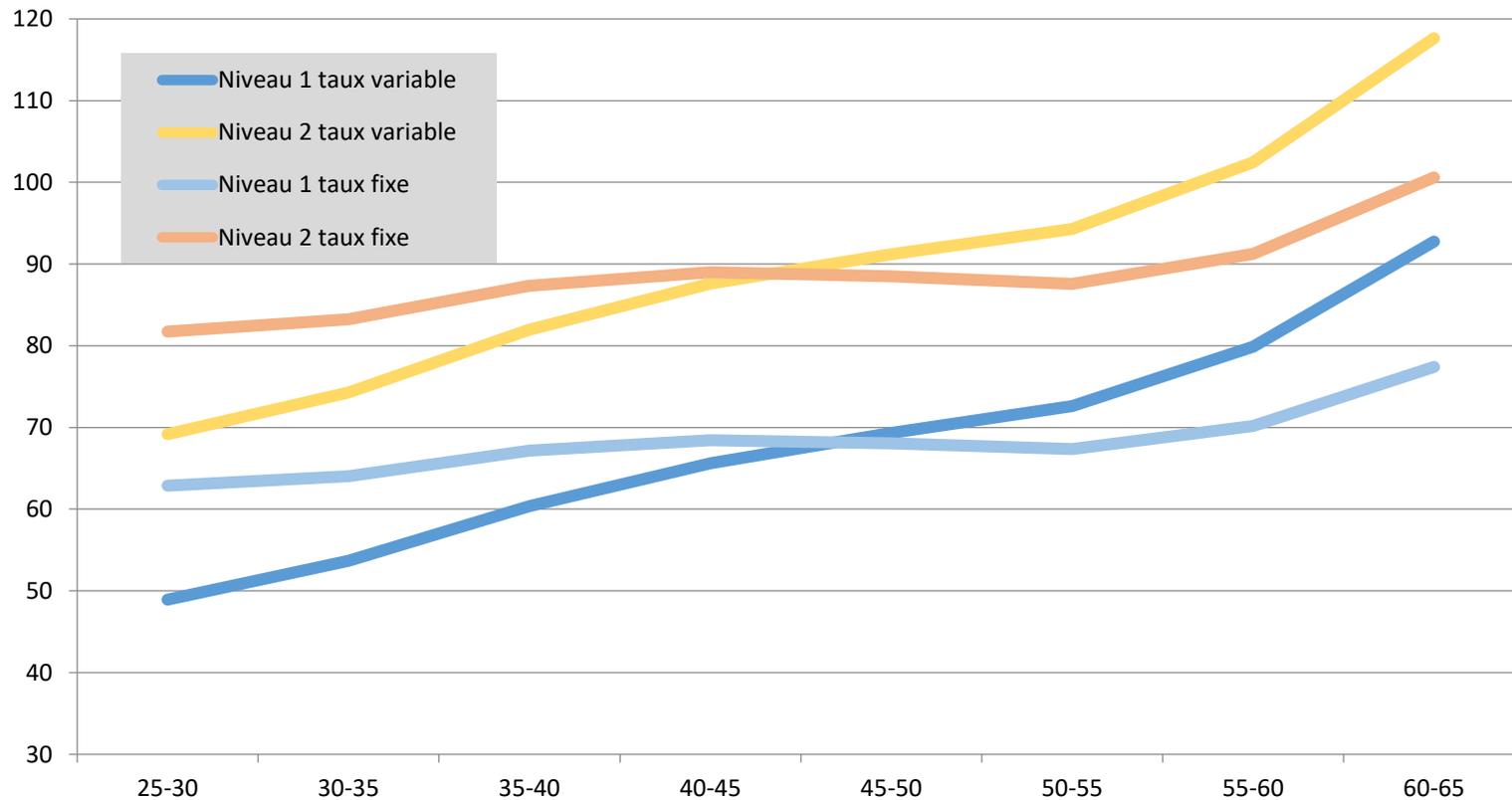
Les montants devant respecter un ratio de 1 à 3 entre la cotisation la plus faible et la cotisation la plus élevée pour les adhérents de plus de 30 ans à situation statutaire et maritale identique, l'organisme référencé devra définir des cotisations planchers et plafonds.



Structure de cotisation santé - formule à 2 niveaux

Estimation de la cotisation des agents actifs sur la base du salaire moyen de la tranche d'âge

Montant moyen de cotisation en € par tranche d'âge





Structure de cotisation santé - formule à 2 niveaux

Cotisation moyenne des conjoints, enfants, et retraités

☐ Niveau 1:

- Retraité: fourchette de taux de cotisation comprise 3,50% et 4,50%
- Conjoint: fourchette comprises entre 60 € et 75 €
- Enfant: 20 €

☐ Niveau 2:

- Retraité: fourchette de taux de cotisation comprise 5,25% et 6,25%
- Conjoint: fourchette comprise entre 80 € et 100 €
- Enfant: 30 €

Les montants devant respecter un ratio de 1 à 3 entre la cotisation la plus faible et la cotisation la plus élevée pour les adhérents de plus de 30 ans à situation statutaire et maritale identique, l'organisme référencé devra définir des cotisations planchers et plafonds.



Structure de cotisation santé - formule à 2 niveaux

Exemple de cotisations mensuelles

- ☐ Actif seul, 30 ans, revenus net 2000 €
 - niveau 1 : taux fixe 45~55 € taux variable: 37€~47 €
 - niveau 2 : taux fixe 65~75 € taux variable: 53€~63 €

- ☐ Actif + conjoint, 40 ans, revenus net 2500 €
 - niveau 1 : taux fixe 116~134 € taux variable: 114~131 €
 - niveau 2 : taux fixe 171~194 € taux variable: 164~186 €

- ☐ Actif + conjoint + 2 enfants, 50 ans, revenus net 3500 €
 - niveau 1 : taux fixe 175~201 € taux variable: 182~208 €
 - niveau 2 : taux fixe 258~293 € taux variable: 260~295 €

- ☐ Retraité + conjoint, 70 ans, revenus net 2500 €
 - niveau 1 : 148~178 €
 - niveau 2 : 221~256 €



Sommaire

- I. Liste des points ouverts à la négociation
- II. Définition du périmètre (agents concernés et liste des EP)
- III. Choix du nombre d'opérateurs
- IV. Garanties santé et structure de cotisation
- V. Garanties prévoyance**
- VI. Modalités de couplage
- VII. Risque dépendance, prévention, assistance, action sociale
- VIII. Qualité de service
- IX. Critères de notation
- X. Comité de suivi
- XI. Calendrier



Garanties prévoyance

❑ Rappel du cadre réglementaire

Le Décret détaille les garanties minimales :

- Incapacité de travail : 75 % du traitement indiciaire brut et au plus à 100 % de la rémunération nette totale, déduction faite du maintien de rémunération ou des IJSS
- Invalidité permanente et absolue : 70 % du traitement indiciaire brut annuel
- Décès : 70 % du traitement indiciaire brut annuel

Préconisations de la circulaire pour la définition des garanties « prévoyance »

- Trois niveaux permettent d'offrir un choix différencié aux agents
 - » 1er niveau proche des garanties minimales afin d'encourager l'adhésion à l'offre référencée
 - » 2^{ème} niveau intégrant une rente d'invalidité
 - » 3^{ème} niveau intégrant des garanties améliorées



Garanties prévoyance

Proposition de l'administration :

Définir précisément deux ou trois formules prévoyance adaptées aux besoins des agents, en élargissant l'assiette des prestations aux primes (en se basant sur la rémunération annuelle nette).

NB : les niveaux de prestations sont adaptés pour être exprimés en % de la rémunération nette (et non brute)

Formule à 3 niveaux :

Prestations assises en % de la rémunération nette

	Niveau A	Niveau B	Niveau C
Arrêt de travail (indemnités journalières)	80%	90%	100%
Invalidité (rente)	/	80%	90%
Invalidité permanente et absolue (capital)	85%	125%	175%
Décès (capital)	85%	125%	175%



Garanties prévoyance

Proposition de l'administration :

Définir précisément deux ou trois formules prévoyance adaptées aux besoins des agents, en élargissant l'assiette des prestations aux primes (en se basant sur la rémunération annuelle nette).

NB : les niveaux de prestations sont adaptés pour être exprimés en % de la rémunération nette (et non brute)

Formule à 2 niveaux :

Prestations assises en % de la rémunération nette

	Niveau A	Niveau B
Arrêt de travail (indemnités journalières)	80%	100%
Invalidité (rente)	/	90%
Invalidité permanente et absolue (capital)	85%	125%
Décès (capital)	85%	125%



Garanties prévoyance

Définition de la garantie invalidité (rente)

Pour les fonctionnaires :

Invalides percevant une pension pour invalidité au sens du Code des pensions civiles ou militaires, une allocation invalidité temporaire au sens du Code de la sécurité sociale, ou une allocation temporaire d'invalidité au sens des décrets du 25 octobre 1984 et/ou du 6 octobre 1960 assortie d'un taux d'invalidité au moins égal à 66% ;

Pour les contractuels :

Invalides de catégorie 2 ou 3 (ou taux d'invalidité supérieur à 66%) au sens de l'article L.341-4 du code de la Sécurité Sociale.

Les rentes d'invalidité cesseront d'être servies au plus tard à l'âge maximal de 62 ans.



Structure de cotisation prévoyance

Rappel du cadre réglementaire

Le Décret précise que « Les cotisations sont établies en fonction du traitement ou de la rémunération ».

Proposition de l'administration :

- Exprimer les cotisations prévoyance des agents actifs en pourcentage du revenu net fiscal, sur la base d'un taux uniforme pour chaque formule A, B ou C (sans distinction par tranche d'âge ou autre).

<i>En % de la rémunération nette fiscale</i>		
	Niveau garantie A	Niveau garantie B
Incapacité		
Invalidité		
Invalidité permanente et absolue		
Décès toutes causes		
TOTAL		



Sommaire

- I. Liste des points ouverts à la négociation
- II. Définition du périmètre (agents concernés et liste des EP)
- III. Choix du nombre d'opérateurs
- IV. Garanties santé et structure de cotisation
- V. Garanties prévoyance
- VI. Modalités de couplage**
- VII. Risque dépendance, prévention, assistance, action sociale
- VIII. Qualité de service
- IX. Critères de notation
- X. Comité de suivi
- XI. Calendrier



Modalités de couplage

❑ Rappel du cadre réglementaire

Le Décret impose la couverture :

- Des frais de santé ainsi que de l'arrêt de travail
- Et du Décès et/ou de l'Invalidité (par des prestations en capital)

En conséquence, trois solutions de couplage possibles :

- Couplage intégral : Frais de santé + arrêt de travail + décès + Invalidité
- Couplage partiel : Frais de santé + arrêt de travail + décès
- Couplage partiel : Frais de santé + arrêt de travail + Invalidité

❑ Pratique des référencements

Les dispositifs référencés prévoient tous :

- Le couplage intégral (Frais de santé + arrêt de travail + décès + Invalidité)
- La possibilité pour les agents de souscrire le niveau de couverture prévoyance de leur choix avec leur couverture santé

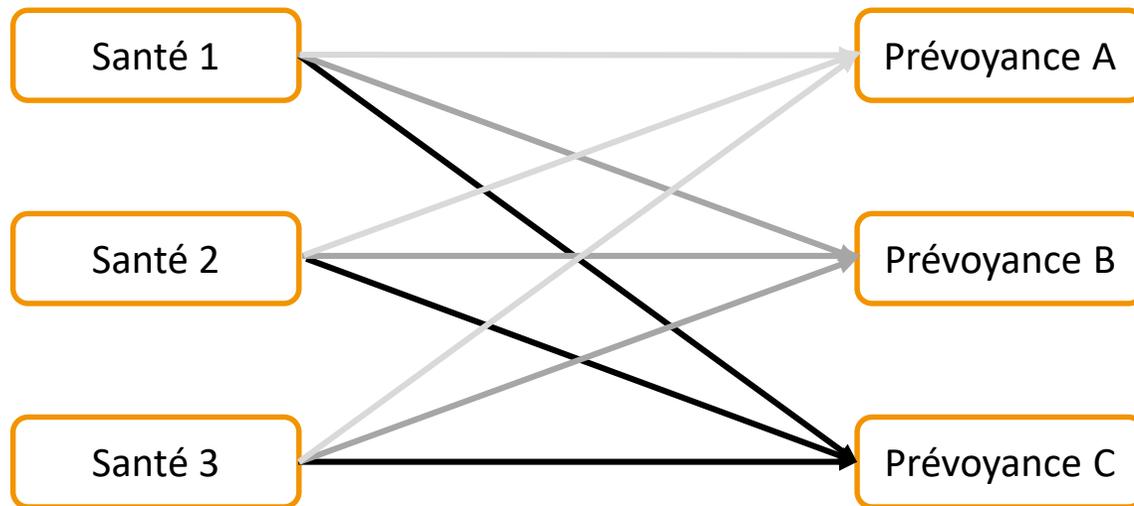


Modalités de couplage

Proposition de l'administration :

Offrir aux agents le couplage intégral des prestations : Frais de santé + arrêt de travail + décès + Invalidité

Permettre aux agents de choisir indépendamment entre les formules santé et les formules prévoyance





Sommaire

- I. Liste des points ouverts à la négociation
- II. Définition du périmètre (agents concernés et liste des EP)
- III. Choix du nombre d'opérateurs
- IV. Garanties santé et structure de cotisation
- V. Garanties prévoyance
- VI. Modalités de couplage
- VII. Risque dépendance, prévention, assistance, action sociale**
- VIII. Qualité de service
- IX. Critères de notation
- X. Comité de suivi
- XI. Calendrier



Risque dépendance facultatif

Rappel du cadre réglementaire

La circulaire précise que la dépendance ne peut faire l'objet d'une participation financière de l'employeur public. La ministre de la fonction publique a rappelé que les organismes sélectionnés peuvent proposer, de manière facultative et en marge du référencement, des contrats couvrant la perte d'autonomie.

Proposition de l'administration :

- Prévoir une garantie de dépendance facultative, hors référencement
- Demander aux candidats de détailler les prestations et les cotisations correspondantes (les offres de dépendance facultative étant différentes entre opérateurs)



Prévention, assistance, action sociale

Rappel du cadre réglementaire

La prévention, l'assistance et l'action sociale ne font pas partie du référencement, mais peuvent être proposées par les candidats comme des garanties annexes à leurs offres.

Les candidats devront formuler des propositions complétant les garanties de santé et prévoyance, en particulier en matière de

- Réseau de soins
- Tiers payant
- Prévention, assistance et action sociale (dispositifs d'aides financières, de prêt, d'aide à l'installation, handicap)



Sommaire

- I. Liste des points ouverts à la négociation
- II. Définition du périmètre (agents concernés et liste des EP)
- III. Choix du nombre d'opérateurs
- IV. Garanties santé et structure de cotisation
- V. Garanties prévoyance
- VI. Modalités de couplage
- VII. Risque dépendance, prévention, assistance, action sociale
- VIII. Qualité de service**
- IX. Critères de notation
- X. Comité de suivi
- XI. Calendrier



Qualité de service

☐ Rappel

La qualité de service, critère déterminant pour l'employeur public, comprend :

- la qualité de la gestion administrative du dispositif (effectifs dédiés, délais de remboursement...)
- la qualité de la relation avec les adhérents (site internet dédié, plateforme téléphonique, délais de réponse aux saisines, suivi personnalisé des agents ...)
- les autres services susceptibles d'être proposés (réseau de soin, prévention...)



Qualité de service

Proposition de l'administration :

- Transmission d'un rapport décrivant l'évolution détaillée de la qualité des services offerte aux agents adhérents, notamment :
 - délai maximum de remboursement en santé (sur lequel le titulaire s'est engagé dans son offre)
 - délai de réponse aux saisines (sur lequel le titulaire s'est engagé dans son offre)
- Possibilité d'audits diligentés par les MTES-MCT
- Enquêtes de satisfaction réalisées par l'organisme référencé
- Site internet dédié permettant à chaque adhérent de se connecter à son compte personnel, de suivre sa situation, de rechercher les professionnels agréés, de poser ses questions et de télécharger l'ensemble des documents utiles en matière de couverture santé et prévoyance pour lui-même et sa famille
- Présentation de l'étendue des réseaux de soins et couverture par spécialité médicale, ainsi que des actions de prévention proposées
- Rapport d'activité au comité de suivi (données quantitatives et qualitatives sur la population couverte, prestations fournies, politique d'offre de services et d'adhésion et son évolution...)



Sommaire

- I. Liste des points ouverts à la négociation
- II. Définition du périmètre (agents concernés et liste des EP)
- III. Choix du nombre d'opérateurs
- IV. Garanties santé et structure de cotisation
- V. Garanties prévoyance
- VI. Modalités de couplage
- VII. Risque dépendance, prévention, assistance, action sociale
- VIII. Qualité de service
- IX. Critères de notation**
- X. Comité de suivi
- XI. Calendrier



Critères de notation

Rappel du cadre réglementaire

L'article 9 du décret 2007-1373 prévoit que l'employeur fonde son choix sur quatre critères de notation, ces critères étant affectés chacun de coefficients de pondération, et ouvre la possibilité d'en ajouter un cinquième pour s'adapter aux spécificités de la population à couvrir.

Proposition de l'administration :

Liste des critères imposés par Décret

- Rapport qualité garanties/tarifs
- Degré effectif de solidarité
- Maîtrise financière du dispositif
- Couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques

Cinquième critère relatif à la qualité de service



Critères de notation

Proposition de l'administration :

Pondération des critères

Critères

Rapport qualité garanties/tarif

Circulaire 2016

30%

Proposition
MTES-MCT

30%

Degré effectif de solidarité

40%

35%

Maitrise financière du dispositif

20%

15%

Couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques

10%

10%

Qualité de service

A déterminer en veillant à l'équilibre de
chacun des critères

10%



Sommaire

- I. Liste des points ouverts à la négociation
- II. Définition du périmètre (agents concernés et liste des EP)
- III. Choix du nombre d'opérateurs
- IV. Garanties santé et structure de cotisation
- V. Garanties prévoyance
- VI. Modalités de couplage
- VII. Risque dépendance, prévention, assistance, action sociale
- VIII. Qualité de service
- IX. Critères de notation
- X. Comité de suivi**
- XI. Calendrier



Comité de suivi

❑ Rappel du cadre réglementaire

La circulaire renforce le rôle du pilotage et du suivi du référencement, définit les éléments de suivi.

Proposition de l'administration :

- ❑ Comité de suivi associant l'administration, l'organisme de référence et les représentants du personnel à compter du premier semestre 2019, sur une base annuelle, pour examiner :
 - les documents prévus par les textes notamment la comptabilité analytique permettant de retracer l'utilisation de la participation financière de l'employeur public et les documents permettant de calculer les transferts de solidarité mis en œuvre par l'organisme ;
 - l'activité de l'organisme de référence en termes de données quantitatives et qualitatives sur la population couverte, de prestations fournies, de politique d'offre de service et d'adhésion mise en place par l'organisme de référence, etc.
 - les questions relatives à la mise en œuvre des textes et de la convention de référencement telles que la prolongation d'un an maximum de la convention pour motif d'intérêt général, les demandes d'augmentation de tarifs au-delà des engagements de l'organisme, la mise en place d'un âge limite à l'adhésion lorsque plusieurs organismes ont été référencés, etc.



Sommaire

- I. Liste des points ouverts à la négociation
- II. Définition du périmètre (agents concernés et liste des EP)
- III. Choix du nombre d'opérateurs
- IV. Garanties santé et structure de cotisation
- V. Garanties prévoyance
- VI. Modalités de couplage
- VII. Risque dépendance, prévention, assistance, action sociale
- VIII. Qualité de service
- IX. Critères de notation
- X. Comité de suivi
- XI. Calendrier**



Calendrier prévisionnel

❑ Etapes clés du dispositif

Etapes du projet	Calendrier
Cycle de négociation du cahier des charges avec les organisations syndicales	Juillet
Lancement de la consultation	Fin Juillet
Analyse des offres	Septembre
Lancement de la communication auprès des agents	A partir de Septembre
Présentation de l'analyse des offres et du choix aux OS	Septembre/Octobre
Notification au(x) organisme(s) de leur sélection	Octobre/Novembre
Mise en œuvre du référencement	1 ^{er} janvier 2019
Mise en place du comité de suivi	1er semestre 2019

