

# DOCUMENT N° I

## - Les points clefs du référencement -

Les règles du dispositif de référencement sont inscrites dans le décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 *relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels*. Les références aux articles du décret sont indiquées à l'énoncée des règles correspondantes.

### 1. L'adhésion des agents publics, actifs et retraités, est facultative

Conformément à l'article 22 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée *portant droits et obligations des fonctionnaires*, **l'adhésion est ouverte à l'ensemble des fonctionnaires et agents contractuels de l'État et de ses établissements publics** (article 1<sup>er</sup> – alinéa 1) **qu'ils soient actifs ou retraités** (article 1<sup>er</sup> – alinéa 2). Peuvent également s'ajouter leurs ayant-droits.

**Le référencement est un dispositif à adhésion facultative des agents** (article 4). Les agents sont donc libres du choix de leur protection sociale complémentaire.

### 2. Les garanties sont fondées sur le principe du couplage des garanties « santé » et « prévoyance »

Seules peuvent bénéficier de la participation de l'employeur public les **garanties incluant la couverture des risques d'atteinte à l'intégrité physique de la personne et la couverture des risques liés à la maternité ainsi que la couverture des risques d'incapacité de travail et tout ou partie des risques d'invalidité et liés au décès** (article 2). Les retraités bénéficient des mêmes garanties que les agents, s'agissant de l'atteinte à l'intégrité physique de la personne et des risques liés à la maternité. Cette disposition constitue le **couplage des risques** qui est un élément essentiel du référencement.

Les risques d'atteinte à l'intégrité physique de la personne et les risques liés à la maternité sont dénommés ci-après risques ou garanties « santé ». Les risques d'incapacité de travail ainsi que les risques d'invalidité et liés au décès sont dénommés ci-après risques ou garanties « prévoyance ».

**L'obligation de couplage des risques « santé » et « prévoyance » ne pèse pas sur l'employeur public mais sur les organismes complémentaires de références** qui, faute de ne pas couvrir ces deux types de garanties, ne peuvent bénéficier de la participation financière de l'employeur public.

Les organismes candidats au référencement doivent donc proposer des offres couvrant les garanties « santé » et les garanties « prévoyance » dans les conditions définies par l'employeur public lors de l'appel public à la concurrence. Il en résulte également que **les procédures de mise en concurrence doivent porter sur la totalité des deux « familles » de garanties « santé » et « prévoyance », traitées ensemble et dans le même temps. En aucun cas, elles ne peuvent conduire à la sélection de deux organismes chargés l'un de la couverture des risques « santé » et l'autre des risques « prévoyance ».**

Enfin, **seules les garanties mentionnées ci-dessus peuvent donner lieu à une participation financière de l'employeur public.** La couverture d'autres garanties telle que la « dépendance »<sup>1</sup> ne peut en conséquence pas donner lieu à une participation financière de l'employeur public.

### **3. L'organisme de référence est sélectionné par l'employeur public au terme d'une procédure de mise en concurrence**

L'attribution de la participation de l'employeur est réservée à un ou plusieurs organismes dits « de référence » avec lequel l'employeur public aura conclu une convention de référencement au terme d'une **procédure de mise en concurrence *ad hoc* qui garantit une sélection sur la base de critères objectifs et transparents** (article 5). Cette procédure de référencement comporte plusieurs phases :

- une **phase de publication d'un appel public à la concurrence** indiquant si l'employeur public entend référencer un ou plusieurs organismes de référence ainsi que les règles, délais et modalités de présentation des offres, les capacités minimum attendues, les principaux éléments de la future convention et les critères de sélection des offres (article 6) ;
- une **phase de communication aux candidats qui le demandent** des éléments quantitatifs et qualitatifs. Il convient de veiller au strict respect du principe de transparence en assurant un égal accès des candidats aux données qui seront communiquées (article 7) ;
- une **phase de remise des offres** : celle-ci comporte obligatoirement les garanties et tarifications proposées selon le niveau d'option, les évolutions tarifaires liées à l'âge présentées par tranches d'âges ainsi que la prévision du degré effectif de solidarité (cf. Document V point 7.1) et la maîtrise financière des garanties qu'il propose. Lors de la remise de l'offre, le candidat s'engage sur l'ensemble des éléments de l'offre proposée, notamment les tarifs et leurs évolutions (article 8).
- une **phase d'examen des offres** sur la base des critères précisés dans l'appel public à la concurrence (article 9) ;
- une **phase de signature et publication d'une convention de référencement** entre l'employeur public et l'organisme de référence. La convention est signée pour une durée de sept ans et peut être prolongée une fois pour une durée maximale d'un an pour motif d'intérêt général (article 10).

Les organismes autorisés à candidater sont (article 3) :

- les mutuelles et unions mutuelles ;
- les institutions de prévoyance ;
- les entreprises d'assurance.

L'organisme de référence ne peut plus être considéré comme tel lorsque la convention de référencement arrive à son terme. La qualité d'organisme de référence est également retirée en cas de manquement de l'organisme à l'une des obligations issues du décret (article 11).

---

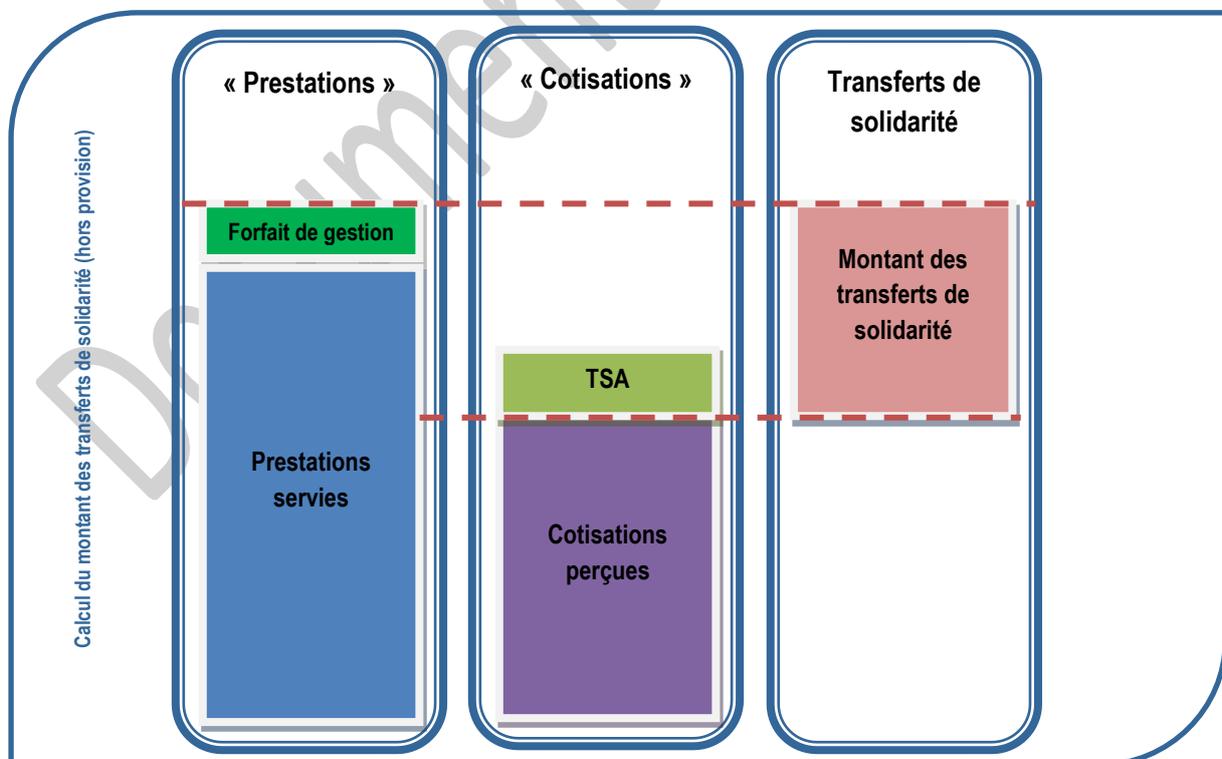
<sup>1</sup> Le risque « dépendance » correspond à l'incapacité de réaliser les actes de la vie courante sans l'aide d'une tierce personne, en raison de l'âge ou du handicap. Ce risque est souvent le fait de la perte d'autonomie liée au grand âge.

#### 4. L'aide de l'employeur public est versée directement à l'organisme de référence

L'aide est versée directement à l'organisme de référence (article 12 – alinéa 4), annuellement en une ou plusieurs fois. **Aucun autre dispositif de participation financière à l'acquisition d'une assurance complémentaire ne saurait être mis en œuvre.** Ainsi, il est exclu, par exemple, que l'employeur public verse une aide directement à l'agent. Peuvent cependant être accordées, au titre de l'aide d'urgence de l'action sociale, des aides financières exceptionnelles permettant d'éviter que les agents en difficulté financière n'en viennent à abandonner leur couverture complémentaire. Mais, celle-ci doivent impérativement rester ponctuelles et limitées dans le temps.

L'employeur public détermine, dans le cahier des charges, un plafond budgétaire estimé de sa participation financière qu'il sera ensuite libre de verser. Chaque année, l'employeur public détermine, en outre, le montant budgétaire maximal de sa participation (article 12 – alinéa 1).

Le montant du versement de la participation financière est, ensuite, **plafonné par le montant des transferts de solidarité, intergénérationnels et familiaux, effectivement mis en œuvre** par l'organisme de référence (article 12 – alinéas 2 et 3). Ces transferts de solidarité sont calculés selon la méthode fixée par l'arrêté du 19 décembre 2007<sup>2</sup>. Ainsi, les transferts de solidarité correspondent, pour une population donnée, à la différence entre l'agrégat des cotisations perçues et l'agrégat des prestations versées. Le montant des cotisations perçues est minoré de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance. Les prestations versées sont, quant à elles, minorées des provisions techniques et majorées, d'une part, par les reprises de provisions et, d'autre part, d'un forfait de gestion fixé à 10%.



<sup>2</sup> Arrêté du 19 décembre 2007 relatif à la répartition de la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels

Dans tous les cas, **le versement de la participation financière est subordonné à la transmission** par l'organisme de référence :

- **de la liste des agents** ayant adhéré à l'offre référencée (article 13) ;
- des documents attestant **de la mise en place d'une comptabilité analytique** (article 14) ;
- **des éléments permettant de vérifier les calculs des transferts de solidarité** prévus par l'arrêté du 19 décembre précité.

Dans le cas où plusieurs organismes de référence ont été désignés, le montant global de la participation est réparti entre les organismes de référence au *pro rata* des transferts effectifs de solidarité, intergénérationnels et familiaux, opérés au sein de chacun de ces organismes.

## **5. Le référencement met en place des mécanismes de solidarité entre les bénéficiaires, actifs comme retraités**

Le dispositif de référencement met en œuvre des mécanismes de solidarité qui sont, selon le cas, applicables soit aux garanties « santé » soit aux garanties « prévoyance » (article 15).

Ces mécanismes de solidarité concernent tant les souscripteurs ou adhérents pour que les agents adhèrent rapidement au dispositif que les organismes de référence afin qu'ils assurent la maîtrise des tarifications et des conditions d'adhésion pour les personnes concentrant le plus de risque.

### **5.1. Des dispositifs incitatifs pour une adhésion rapide des agents**

En incitant à une adhésion massive et la plus précoce possible dans l'offre référencée, le décret du 19 septembre 2007 met en place des mécanismes garantissant ainsi une mutualisation des risques et l'effectivité des solidarités.

- **L'absence d'âge limite à l'adhésion** (article 16-2°)

La mise en place d'âge limite à l'adhésion est interdite.

Toutefois, lorsque l'adhésion est postérieure de deux ans à l'entrée dans la fonction publique, la cotisation de l'agent est majorée d'un coefficient qui tient compte de l'âge du bénéficiaire, de son ancienneté dans la fonction publique et de son ancienneté dans un organisme de référence. Les modalités de fonctionnement et de calcul de ce coefficient sont précisées dans l'arrêté du 19 décembre 2007<sup>3</sup>.

Par ailleurs, lorsque plusieurs organismes ont été référencés par le même employeur public, il est procédé chaque année au calcul de l'âge moyen des souscripteurs ou adhérents parmi les organismes de référence qui assurent plus de 10% des souscripteurs ou adhérents. L'organisme de référence qui affiche l'âge moyen le plus élevé, peut par dérogation à l'interdiction de mettre en place un âge limite d'adhésion, être autorisé à instaurer un âge limite d'adhésion qui ne peut être inférieur à cet âge moyen et, en tout état de cause, qui ne

---

<sup>3</sup> Arrêté du 19 décembre 2007 *relatif aux majorations de cotisations prévues par l'article 16-2 du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels*

peut être inférieur à quarante-cinq ans (article 17). Les modalités d'application de cette disposition sont précisées par l'arrêté du 19 décembre 2007<sup>4</sup>.

- **L'absence de tarification en rapport avec les informations médicales** (article 16-3°)  
Pour la couverture des risques « prévoyance », les organismes de référence ne peuvent tenir compte des informations médicales. Cette disposition interdit l'usage de questionnaire médical sauf lorsque l'adhésion est postérieure de cinq ans à l'entrée dans la fonction publique.

## 5.2. Des contraintes imposées aux organismes de référence

Le dispositif de référencement comporte des contraintes imposées à l'organisme de référence dans le but, d'une part, de maîtriser les tarifs et, d'autre part, d'assurer l'effectivité des solidarités.

- **La maîtrise des tarifications entre les souscripteurs et adhérents dans la même situation** (articles 16-1° et 19)  
En matière de garantie « santé », le rapport entre la cotisation ou souscription la plus élevée et celle la moins élevée parmi les souscripteurs ou adhérents de plus de 30 ans, à charge de famille, catégorie statutaire et option de garantie comparable, ne peut être supérieur à trois. Par ailleurs, l'organisme de référence ne peut augmenter les tarifs sur lesquels il s'est engagé lors du dépôt de son offre qu'avec l'accord de l'employeur public et pour des motifs tenant à l'aggravation de la sinistralité, la variation du niveau de participation, les évolutions démographiques ou la modification de la réglementation.
- **La tarification en fonction du traitement ou de la rémunération** (article 16-3°)  
En matière de garantie « prévoyance », afin d'assurer une solidarité entre les revenus des souscripteurs ou adhérents, les cotisations sont déterminées en fonction du traitement ou de la rémunération.
- **La maîtrise des tarifications pour les familles** (article 18)  
Les tarifs des familles les plus nombreuses sont limités à hauteur des tarifs prévus pour les familles comprenant trois enfants. Cette disposition permet d'instaurer la solidarité familiale.
- **L'absence de prise en compte de l'état de santé** (article 20)  
Pour la couverture du risque « santé », les tarifs ne peuvent pas prendre en compte l'état de santé de l'adhérent ou souscripteur.
- **Un égal accès aux garanties « santé » entre les bénéficiaires, actifs et retraités** (article 21)  
Les retraités doivent pouvoir bénéficier des mêmes garanties que les actifs en matière de couverture des risques d'atteinte à l'intégrité physique de la personne et des risques liés à la maternité.

---

<sup>4</sup> Arrêté du 19 décembre 2007 relatif aux modalités d'application de l'article 17 du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels

## 6. Le référencement impose un niveau minimum de garanties en santé et en prévoyance

Exprimées en référence soit aux tarifs de la sécurité sociale, soit en valeur monétaire ou encore en référence à la rémunération des agents, les garanties proposées par les candidats aux appels publics à la concurrence peuvent comporter plusieurs niveaux d'option, assurant ainsi une couverture graduée des besoins des agents (article 22).

Le document n° II présente plus en détail les éléments et les préconisations à prendre en compte pour la détermination du niveau de garantie attendu lors de la rédaction du cahier des charges de l'appel public à la concurrence afin que les offres restent lisibles et par la-même plus facilement comparables entre elles.

### **6.1. En couverture des risques « santé », le référencement s'inscrit dans les règles du contrat responsable**

Le dispositif de référencement s'inscrit pleinement dans la politique de maîtrise des dépenses de santé prévu par la loi de financement de la sécurité sociale. Les employeurs publics doivent veiller à la bonne réalisation de cet objectif dans le cadre de la définition des cahiers des charges.

L'article 20 du décret renvoie ainsi aux dispositions relatives aux contrats responsables. Il précise que **les garanties proposées par les organismes de référence doivent correspondre aux critères des contrats responsables tels que définies à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.**

Par ailleurs, l'article 23 du décret dispose que les garanties « santé » doivent assurer un montant de remboursement qui ne peut être inférieur à un minimum fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la fonction publique. L'arrêté du 19 décembre 2007<sup>5</sup> renvoi également aux dispositions relatives aux contrats responsables.

Ainsi, les contrats proposés par l'organisme de référence prennent obligatoirement en charge :

- le ticket modérateur pour tous les actes pris en charge par l'assurance maladie obligatoire à l'exception des médicaments remboursés à hauteur de 30% ou 15% par l'assurance maladie, de l'homéopathie et des cures thermales ;
- le forfait journalier hospitalier en intégralité et sans limitation de durée dans les établissements de santé.

Concernant les produits optiques : si la prise en charge souhaitée par l'organisme est supérieure au ticket modérateur, elle est encadrée par des minima et des maxima prévus à l'art R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Concernant les dépassements d'honoraires des médecins : la prise en charge est plafonnée si le médecin n'a pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par le convention médicale.

---

<sup>5</sup> Arrêté du 19 décembre 2007 pris en application de l'article 23 du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels

En revanche les contrats ne doivent pas prendre en charge :

- la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale ;
- la majoration de participation en cas de non respect du parcours de soin prévue aux articles L. 162-5-3 ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

Les organismes de référence doivent également communiquer annuellement aux assurés le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en pourcentage des cotisations ou primes afférents à ce risque.

## **6.2. En couverture des risques « prévoyance », le référencement impose un revenu plancher pour les agents**

**Le dispositif de référencement prévoit les garanties minimales** suivantes :

- en matière d'**incapacité de travail**, l'organisme de référence doit garantir, déduction faite du maintien de la rémunération versée par l'employeur public et/ou du versement des indemnités journalières par l'assurance maladie, un montant correspondant à **au moins 75% du traitement indiciaire brut de l'agent dans la limite de 100 % de la rémunération nette** (article 24) ;
- en matière d'**invalidité permanente et absolue**, un **capital d'invalidité d'un montant minimum égal à 70 % du traitement indiciaire brut annuel** doit être prévu (article 25) ;
- en matière de **décès**, un **capital minimum correspondant à 70 % du traitement indiciaire brut annuel** doit être versé (article 26).