

DOCUMENT N° II

- Aide à la définition du cahier des charges -

La place du dialogue social

La définition du cahier des charges peut faire l'objet d'une consultation avec les représentants du personnel.

Les thèmes abordés lors de cette consultation peuvent concerner l'ensemble du cahier des charges. À ce titre peuvent être évoqués des thèmes comme le nombre d'organismes que l'employeur entend sélectionner ou encore le montant total de sa participation.

Le dialogue social permet prioritairement de déterminer, au plus juste, une couverture adaptée en matière de « santé » et de « prévoyance » et est particulièrement l'occasion d'identifier les besoins spécifiques de la population à couvrir. L'employeur public veille à soumettre au dialogue social l'ensemble des garanties prévues dans le cadre du référencement.

1. La définition de la couverture « Santé »

1.1. Les garanties minimales

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 2007¹ **renvoie 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 la convention médicale.

¹ 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.

1.2. Préconisations pour la définition des garanties « Santé »

Afin d'assurer l'accès à une couverture de bonne qualité pour un prix compétitif, l'employeur public veille à prévoir, dans le cahier des charges, l'ensemble des éléments lui permettant de recevoir des offres satisfaisantes et aisément comparables les unes aux autres.

Tout d'abord, dans le but d'assurer la comparabilité des offres déposées, **le nombre de niveaux d'options des offres à présenter** par les candidats à la mise en concurrence **doit être encadré dans le cahier des charges**. Chaque employeur public peut déterminer le nombre de niveaux de garantie qui lui semble pertinent au regard de la population à couvrir. Toutefois, un nombre de **trois niveaux d'option des offres semble être particulièrement adapté**. Cette hypothèse présente, en effet, un panel d'options permettant de correspondre aux différents besoins de la population à couvrir tout en évitant une multiplication des offres, difficilement lisible pour l'employeur public lors de la sélection de celles-ci comme pour l'assuré qui peine à choisir la plus intéressante compte tenu de ses besoins.

En outre, le décret prévoit que les offres référencées doivent **répondre aux critères des contrats responsables** prévus à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. Inscrire dans le cahier des charges la **possibilité de modifier les contrats au regard des évolutions de la réglementation permettra d'assurer une mise en conformité rapide des offres**. Ces modifications des contrats en cours de référencement devront être approuvées par l'employeur public dans le cadre des comités de suivi du référencement.

Par ailleurs, si le décret prévoit des garanties minimales, **rien n'interdit à l'employeur public de fixer, dans le cahier des charges, des niveaux de garanties supérieurs**. Il peut faire le choix de fixer un panier de garanties minimales et laisser à l'organisme complémentaire le soin de proposer différents niveaux d'options, mais il peut également prévoir un panier minimal pour chaque niveau d'option. En tout état de cause, **il est vivement recommandé à l'employeur public de déterminer les garanties attendues** afin d'assurer une meilleure comparaison des offres.

Afin de faciliter la rédaction du cahier des charges, le tableau ci-après répertorie les paniers de soins prévus dans le cadre de l'aide à la complémentaire santé (ACS) et des contrats de complémentaire santé collectifs obligatoires en entreprise. Il reprend également les dispositions des contrats responsables qui s'appliquent obligatoirement aux contrats référencés.

	Contrats responsables	Paniers de soins de l'ACS			Panier de soin minimum des contrats de complémentaire santé collectifs obligatoires en entreprise
		Contrat A	Contrat B	Contrat C	
Soins de ville	<p>Minimum : TM² (sauf cure thermale)</p> <p>Maximum : TM + 100% de BR³ en dépassement</p> <p>Pour les prestations délivrées par un médecin adhérent au contrat d'accès au soin le plafonnement des remboursements n'est pas obligatoire</p>	<p>Minimum : TM (sauf cure thermale)</p> <p>Maximum : TM + 100% de BR en dépassement</p>	<p>Minimum : TM (sauf cure thermale)</p> <p>Maximum : TM + 100% de BR en dépassement</p>	<p>Minimum : TM (sauf cure thermale)</p> <p>Maximum : TM + 100% de BR en dépassement</p>	<p>Minimum : TM (sauf cure thermale)</p> <p>Maximum : TM + 100% de BR en dépassement</p>
Frais d'hospitalisation	TM sans limitation de durée	TM sans limitation de durée	TM sans limitation de durée	TM sans limitation de durée	TM sans limitation de durée
Pharmacie	TM (sauf médicament à service médical rendu faible et service médical rendu modéré / homéopathie)	TM (sauf médicament à service médical rendu faible)	TM (sauf médicament à service médical rendu faible)	TM (sauf médicament à service médical rendu faible)	TM (sauf médicament à service médical rendu faible et service médical rendu modéré / homéopathie)
Dentaire (prothèses+ orthodontie remboursable)	Minimum : TM	TM + 25%	TM + 125%	TM + 200%	Minimum : TM + 25% de dépassement
Optique	1 équipement tous les 2 ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, acquisition d'un équipement par période d'un an.				

² TM = ticket modérateur = écart entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'Assurance Maladie obligatoire.

³ BR = base de remboursement = tarif servant de référence à l'Assurance Maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement

Verres Simples (verres simple foyer -6 ; +6 et cylindre ≤ 4) + monture	100 % TM ou en cas de prise en charge des dépassements : 50 € y compris TM Maximum 320 €+ 150 € monture	Minimum : TM Maximum : contrat responsable	Minimum : 100 € y compris TM Maximum : contrat responsable	Minimum : 150 € y compris TM Maximum : contrat responsable	Minimum : 100 € Maximum : contrat responsable
Verres Complexes (verres simple foyer hors zone - 6 ; +6 ou cylindre ≥ 4 ; verres multifocaux et progressifs) + monture	100 % TM ou en cas de prise en charge des dépassements : 200 € y compris TM Maximum : 600 €+ 150 € monture	Minimum : TM Maximum : contrat responsable	Minimum : 200 € y compris TM Maximum : contrat responsable	Minimum : 350 € y compris TM Maximum : contrat responsable	Minimum : 200 € y compris TM Maximum : contrat responsable
Verres très complexes + monture	100 % TM ou en cas de prise en charge des dépassements : 200 € y compris ticket modérateur Maximum : 700 €+ 150 € monture	Minimum : TM Maximum : contrat responsable	Minimum : 200 € y compris TM Maximum : contrat responsable	Minimum : 350 € y compris TM Maximum : contrat responsable	100 % TM ou en cas de prise en charge des dépassements : 200 € y compris TM Maximum : contrat responsable

Enfin, il est recommandé à l'employeur public de **prévoir**, dans le cahier des charges, une **présentation standardisée des offres**. Cette présentation des garanties sous un format unique pour tous les contrats et pour tous les organismes complémentaires permettrait une meilleure comparaison ainsi qu'une meilleure évaluation des prises en charge proposées. Dans un souci de clarté et de lisibilité des offres, il est **préconisé de retenir l'expression des garanties en pourcentage du ticket modérateur pour les soins de ville, les frais d'hospitalisation et la pharmacie**, notamment parce qu'elle permet de mieux apprécier le reste à charge de l'assuré. **En revanche, concernant l'optique et le dentaire une expression des garanties en euros** permet une meilleure appréciation du niveau de prise en charge de ces prestations.

2. La définition de la couverture « prévoyance »

2.1. Les garanties minimales

Le panier des garanties minimales en matière de « prévoyance » est **exprimé en référence à la rémunération des agents soit sur la base du traitement indiciaire brut, soit sur la base de la rémunération nette de l'agent**.

Les articles 24, 25 et 26 du décret du 19 septembre 2007 détaillent les garanties minimales que les offres doivent présenter :

- la garantie relative à la **couverture du risque incapacité de travail** doit assurer, déduction faite du maintien de la rémunération versée par l'employeur public ou des indemnités

journalières de sécurité sociale, un montant correspondant, **au minimum à 75 % du traitement indiciaire brut, et au plus à 100 % de la rémunération nette totale** ;

- la garantie relative à la **couverture du risque lié à l'invalidité** permanente et absolue doit prévoir le versement d'un **capital** d'un montant **correspondant au minimum à 70 % du traitement indiciaire brut annuel** en cas d'invalidité ;
- la garantie de la couverture du **risque lié au décès** doit prévoir le versement d'un **capital** **correspondant au minimum à 70 % du traitement indiciaire brut annuel** en cas de décès.

2.2. Préconisations pour la définition des garanties « prévoyance »

Les organismes candidats pourraient, lors du dépôt des offres, être amenés à mettre en place des partenariats ou mécanismes de réassurance. Ces modalités d'organisation assurantielle ne doivent pas être encadrées par l'employeur public. Le candidat qui sera sélectionné reste le seul responsable de l'offre et des mécanismes d'association ou de réassurance qu'il a entendu mettre en œuvre. L'employeur public pourra, le cas échéant, tenir compte de ces mécanismes lors de la phase de sélection des offres à l'occasion **de l'examen du critère de la maîtrise financière du dispositif.**

De la même manière que pour la couverture des risques « santé », il est opportun de limiter, dans le cahier des charges, le nombre d'options à présenter par les candidats à la mise en concurrence. L'employeur public peut déterminer le nombre de niveaux d'option qui lui semble pertinent au regard de la population à couvrir. Un nombre de **trois niveaux d'option des offres semble être particulièrement adapté** parce qu'il permet une progression suffisante de la couverture complémentaire en prévoyance.

Afin d'encourager l'adhésion à l'offre référencée et de pallier à un éventuel effet d'anti sélection que déclencherait un prix trop élevé des garanties de base en « prévoyance », il est **préconisé de définir le 1^{er} niveau d'option de la couverture prévoyance à hauteur des garanties minimales du décret** (cf. point 3.1). L'employeur public pourra définir des garanties supérieures pour les niveaux d'options 2 et 3.

Pour la détermination des garanties « prévoyance », l'employeur public est invité à suivre les **préconisations suivantes** :

Thème	Préconisations
Présentation des offres	Il est préconisé de demander une présentation standardisée des offres en référence au traitement indiciaire brut afin d'assurer une meilleure comparaison des offres.
Garanties « incapacité de travail »	Il convient de veiller à la juste définition des garanties en relai des droits statutaires. L'objectif de cette couverture est double : d'une part, assurer un complément de rémunération au-delà du maintien du traitement et des primes pour les agents placés en congés pour raison de santé (congé maladie dit ordinaire, congé longue maladie, congé grave maladie et congé longue durée) et, d'autre part, prendre en charge l'arrêt du versement d'une rémunération pour les agents placés en disponibilité d'office ou en congé sans salaire pour raison de santé.

	<p>Les employeurs publics pourront utilement communiquer des fiches présentant les mécanismes d'octroi et de rémunération de ces différents congés et position.</p> <p>Dans tous les cas, la couverture complémentaire doit intervenir, déduction faite du maintien éventuel de la rémunération de l'agent et être limitée à hauteur de 100 % de la rémunération nette de l'agent</p>
<p>Garanties « invalidité »</p>	<p>Le décret du 19 septembre 2007 prévoit la couverture de l'invalidité permanente et absolue. Cette couverture ne correspond, toutefois, pas à toutes les situations de radiation pour cause d'invalidité.</p> <p>En ce qui concerne l'invalidité permanente et absolue, l'employeur public doit veiller à inscrire, dans le cahier des charges, une définition de cet état. Généralement, l'invalidité permanente et absolue correspond à l'invalidité de 3^e catégorie au sens du code de la sécurité sociale (article L. 341-4 du code de la sécurité sociale). La personne est alors, des suites d'un accident ou d'une maladie, dans l'impossibilité médicale de se livrer à quelque activité lui procurant un revenu et son état l'oblige à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes quotidiens de la vie (se nourrir, se laver, s'habiller et se déplacer). Cette définition peut être retenue pour les agents contractuels qui sont régis par la législation sur la sécurité sociale mais elle n'est pas pertinente pour les fonctionnaires.</p> <p>Pour les fonctionnaires, il est préférable de faire référence à la retraite pour invalidité, des suites d'un accident ou d'une maladie, avec majoration pour tierce personne au sens du code des pensions civiles et militaires de retraite (article L. 30 bis).</p> <p>En ce qui concerne les autres situations d'invalidité, les niveaux d'option 2 et 3 peuvent prévoir une couverture complémentaire sous la forme de rente ou de capital, selon le choix de l'employeur ou la proposition de l'organisme candidat.</p> <p>Il convient alors de veiller à la juste définition des critères d'ouverture de la garantie complémentaire en se référant, par exemples, au taux d'incapacité partiel permanent (IPP) déterminé par la commission de réforme dans le cadre de la procédure d'invalidité pour les fonctionnaires, ou encore au classement dans l'une des catégories d'invalidité au sens du code de la sécurité sociale pour les agents contractuels.</p>
<p>Garanties « décès »</p>	<p>Il convient de définir clairement les bénéficiaires éligibles au versement du capital décès.</p> <p>Si l'employeur public, le juge utile, il peut autoriser les organismes candidats à proposer le versement de la prestation sous forme de rente ou de capital à partir des niveaux 2 et 3 des offres.</p>

2.3. Les garanties non prévues par les dispositions réglementaires : le cas particulier des garanties « dépendance »

La couverture du **risque « dépendance »** n'est pas un risque entrant dans le couplage obligatoire prévu par le décret du 19 septembre 2007. **Il ne peut donc être inclus dans les offres référencées.** Par voie de conséquence, il ne peut **ni entrer dans les transferts solidaires, ni donner lieu à une participation financière** de l'employeur public.

Ainsi, l'employeur public doit veiller à **proscrire l'inclusion de contrat dépendance dans les offres que les organismes candidats déposeront.**

Toutefois, **si le besoin est identifié** pour les populations à couvrir, l'employeur public peut autoriser les organismes de référence à présenter aux adhérents ou souscripteurs des offres couvrant ce risque. L'employeur public doit alors **s'assurer que les agents sont correctement informés que l'adhésion à ces offres n'entre pas dans le champ du référencement et n'est donc pas obligatoire au titre du couplage des risques.** Par ailleurs, au regard de la variété des contrats existants en la matière, il est préférable de **privilégier les contrats viagers** et non les contrats annuels, ces derniers ne permettant pas une persistance des droits lorsque l'adhérent cesse de cotiser.