

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^{er} – alinéa 1) **qu'ils soient actifs ou retraités** (article 1^{er} – 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 »¹ 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).

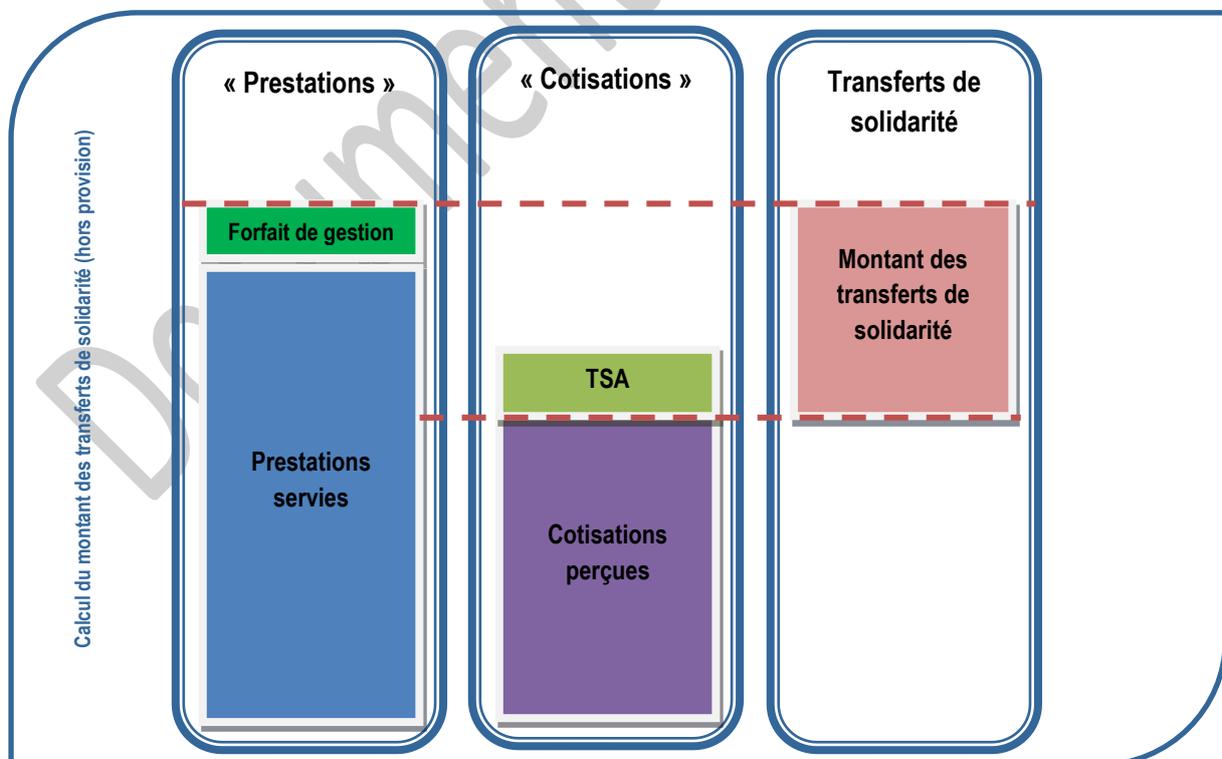
¹ Le risque « dépendance » correspond à l'incapacité de réaliser les actes de la vie courante sans l'aide d'une tierce personne, en raison de l'âge ou du handicap. Ce risque est souvent le fait de la perte d'autonomie liée au grand âge.

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 2007². 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%.



² 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 2007³.

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

³ 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 2007⁴.

- **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.

⁴ 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 2007⁵ 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.

⁵ 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).

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.

DOCUMENT N° III

- Les étapes de la procédure de référencement -

Ce document présente le déroulement de la procédure d'appel public à la concurrence. Les aspects relatifs à la rédaction du cahier des charges et à l'étendue des garanties sont détaillés dans le document II.

Les règles relatives à la procédure de mise en concurrence sont communiquées à l'ensemble des candidats dès la publication de l'appel public à la concurrence : soit dans le cahier des charges, soit dans un document à propre relatif aux règles de la consultation.

1. Le contenu de l'avis d'appel public à la concurrence

Les éléments détaillés ci-après sont formalisés dans le cadre de l'avis public d'appel à la concurrence qui est publié selon le modèle prévu par l'arrêté du 19 décembre 2007¹.

1.1. Une définition exhaustive des populations concernées par le référencement

L'employeur public doit déterminer la liste des services et des personnels publics entrant dans le référencement qu'il entend mettre en œuvre. La détermination du périmètre exact dans lequel l'appel public à la concurrence sera mené constitue un **enjeu stratégique en soi sur lequel il convient d'associer les représentants du personnel**.

Si cette définition peut concerner une ou plusieurs directions, un ou plusieurs ministères ou encore un ou plusieurs établissements publics identifiés sur la base de critères politiques, sociologiques, historiques mais aussi techniques, **l'objectif premier est d'assurer une mutualisation des risques la plus importante possible afin de bénéficier d'un effet qualité de la couverture / prix intéressant pour les personnels**.

Ainsi, à titre d'exemple, il peut être souhaitable que les services dont les populations sont âgées et dont les études sur les perspectives démographiques démontrent un vieillissement important, en raison notamment du faible renouvellement des agents partant à la retraite, s'associent à des directions plus jeunes en vue d'assurer un meilleur équilibre démographique.

1.2. Le choix du nombre d'organismes de référence et son indispensable mention

Le dispositif de référencement permet à l'employeur public de **sélectionner un ou plusieurs organismes de référence**. S'il choisit de référencer plusieurs organismes, il doit **l'indiquer expressément dans l'avis d'appel public à la concurrence**.

Ce choix dépend des objectifs propres à chaque employeur public en fonction de la structure de sa population et des risques spécifiques identifiés pour certains segments de population. L'objectif est de **concilier la possibilité d'offrir un choix varié aux agents, dans le cadre d'une mutualisation**

¹ Arrêté du 19 décembre 2007 relatif à l'avis d'appel public à la concurrence publié au Journal officiel de l'Union européenne pour le choix des organismes de référence par l'employeur public

efficace offrant d'un effet qualité de couverture / prix intéressants pour les agents, tout en assurant la viabilité du dispositif à long terme compte tenu de la durée des conventions (sept ans).

Ainsi, lorsque les effectifs ne sont pas suffisamment nombreux ou lorsque la population est plus âgée, l'employeur public pourrait considérer que le **degré effectif de mutualisation, conforme aux exigences de solidarité** inscrites dans le décret du 19 septembre 2007, n'est pas suffisant pour autoriser le recours à plusieurs organismes.

Par ailleurs, lorsque plusieurs organismes sont référencés, les agents peuvent adhérer indifféremment à celui qu'ils souhaitent. Il convient de **veiller alors à ce que les écarts de tarif, de prestations et de solidarité entre les organismes de référence ne soient pas trop importants sous peine de conduire à une segmentation trop importante des adhésions** pouvant alors conduire à une faible mutualisation des risques et une trop forte concentration des mauvais risques auprès d'un même opérateur entraînant *in fine* d'une augmentation des cotisations. Si l'instauration d'un âge limite à l'adhésion est autorisée par le décret du 19 septembre 2007, l'effet de cette mesure ne pourrait pas garantir un rétablissement suffisamment rapide des transferts de solidarité.

En outre, l'employeur public doit tenir compte de la **capacité des organismes de référence à pénétrer le marché existant** compte tenu notamment de la structure des adhésions existantes avant le référencement ou son renouvellement ainsi que de l'identité des autres organismes de référence.

Enfin, il convient de **distinguer le référencement d'un ou plusieurs organismes, des mécanismes d'association ou de réassurance mis en place par un organisme référencé**. Dans ce dernier cas, seul est référencé par l'employeur public l'organisme qui a déposé une offre quels que soient les partenariats qu'il aurait conclus par ailleurs. Les partenaires de l'organisme de référence n'ont pas la qualité d'organisme de référence.

1.3. La définition précise des modalités de couplage des risques « santé » et « prévoyance »

Le décret du 19 septembre 2007 prévoit que **les garanties éligibles à la participation financière de l'employeur public doivent impérativement couvrir les risques liés à la santé, à la maternité et à l'incapacité de travail ainsi que tout ou partie des risques liés à l'invalidité ou le décès**.

Ainsi, **l'employeur public détermine le périmètre exact du couplage** qu'il souhaite pour ses agents en définissant les combinaisons de risques qu'il souhaite voir offrir à ses agents en respectant **obligatoirement le couplage « santé » et « prévoyance »** comprenant la couverture des **risques liés à la santé, à la maternité et à l'incapacité de travail**.

Le choix de l'employeur public s'opère donc entre les combinaisons suivantes :

- le **couplage intégral** dans lequel l'intégralité des risques cités par le décret du 19 septembre 2007 sont couverts par le référencement ;
- le **couplage partiel** résultant du choix de l'employeur :
 - soit d'une couverture des risques liés à la santé, à la maternité et à l'incapacité auxquels s'ajoute la couverture du risque invalidité ;

- soit d'une couverture des risques liés à la santé, à la maternité et à l'incapacité auxquels s'ajoute la couverture du risque décès.

S'il appartient aux employeurs publics de déterminer librement les modalités du couplage, **il est préconisé de choisir un couplage intégral avec une option de base d'entrée au niveau des garanties minimales prévues par le décret du 19 septembre 2007.**

Dans ce choix, l'employeur public veille à **tenir compte** notamment du **niveau de la couverture existante**, de **l'impact d'une couverture intégrale sur le niveau des cotisations** et l'effort de **participation financière** qu'il devra consentir ou encore de **l'effet prix** induit par une forte mutualisation des risques à occurrence faible (exemple : décès).

Par ailleurs, **le référencement n'interdit pas aux organismes de proposer des garanties distinctes du champ retenu par l'employeur public**, notamment la couverture du risque « dépendance ». Toutefois, **ces garanties ne font pas partie du dispositif solidaire et ne peuvent donner lieu ni à un engagement tarifaire au sein de la convention ni à une participation financière de l'employeur public**. Les tarifs correspondant à **ces garanties supplémentaires doivent être clairement identifiés et proposés à titre facultatif aux adhérents ou souscripteurs**. Ils ne relèvent pas du référencement.

1.4. Cinq critères de choix pour respecter le principe de transparence

Pour établir son choix, l'employeur public se fonde sur l'ensemble des critères définis par l'article 9 du décret du 19 septembre 2007, à savoir :

- **le rapport entre la qualité des garanties et le tarif proposé**

Ce critère vise à apprécier aussi bien le **niveau de prix** qui sera proposé aux adhérents ou souscripteurs que la **cohérence des garanties avec celles du statut de la fonction publique**.

Les évolutions de tarif proposées par les candidats sont également appréciées sous l'angle de la **maîtrise de l'évolution des prix**. En effet, une offre proposant un tarif attractif au titre de la première année d'adhésion ne doit pas conduire à une augmentation trop importante des cotisations les années suivantes. Par ailleurs, une évolution trop importante des cotisations peut dénoter une méconnaissance ou une mauvaise appréciation de la sinistralité de la population concernée.

Il est préconisé d'imposer à l'ensemble des candidats **l'expression du prix en « toutes taxes comprises »** et de **faire apparaître l'ensemble des composantes du prix** dont les frais de gestion et la répercussion de la participation financière de l'employeur public soit par adhérent ou souscripteur soit par bénéficiaire des transferts de solidarité. La remise des offres selon un format prédéfini favorise leur comparaison et leur appréciation.

- **le degré effectif de solidarité entre les adhérents ou souscripteurs, intergénérationnelle, familiale et en fonction de la rémunération**

Cet élément constitue l'une des bases du caractère social du dispositif de référencement. À ce titre, une **pondération significative doit lui être réservée**.

La solidarité se matérialise par une compensation de cotisation entre, d'une part, les adhérents ou souscripteurs concentrant le moins de risques et, d'autre part, les adhérents ou souscripteurs concentrant le plus de risques. Il existe deux types de solidarité : les solidarités intergénérationnelles et les solidarités familiales.

Par exemple, les adhérents ou souscripteurs les plus jeunes cotisent en moyenne au-delà du montant effectif de leurs prestations annuelles, ce qui permet de diminuer en contrepartie le niveau des cotisations acquittées par les adhérents ou souscripteurs retraités au regard du niveau de leurs prestations annuelles.

Pour permettre l'appréciation de ce critère, les candidats transmettent dans leur offre les prévisions des transferts de solidarité qu'ils mettront en œuvre s'ils sont sélectionnés. **Plus les transferts sont élevés, plus la tarification de l'organisme candidat peut être qualifiée de « solidaire », sous réserve que les transferts proposés soient réalistes au regard des hypothèses retenues par l'organisme candidat et de la soutenabilité économique de l'offre.**

L'employeur apprécie également l'écart de tarif avec d'autres organismes du marché, notamment pour les jeunes actifs.

Entrent également dans l'appréciation du degré effectif de solidarité, le **respect des règles suivantes :**

- l'accès effectif des retraités par des cotisations déconnectées du niveau de risque et dans le respect du **rapport de 1 à 3** ;
- la limitation du **tarif des familles les plus nombreuses** au niveau du tarif des familles de trois enfants ;
- **l'intégration du niveau de rémunération** dans la détermination du niveau de cotisation afin d'assurer une solidarité entre les revenus. Dans ce cadre, la solidarité en fonction de la rémunération peut être appréciée par la remise des transferts monétaires prévus en prévoyance entre les bas et les hauts revenus.

- **la maîtrise financière du dispositif**

Au-delà des garanties professionnelles, financières et prudentielles présentées par le candidat, ce critère vise à apprécier la **viabilité financière de l'offre**. À cette fin, le candidat fournit un programme d'activité dans les conditions prévues par l'arrêté du 19 décembre 2007². Les **limites maximales d'évolutions de tarif** figurant dans la proposition des candidats attestent également du degré de maîtrise financière. L'employeur public apprécie, le cas échéant, la solidité des mécanismes d'association et de réassurance présentés par l'organisme candidat.

- **les moyens destinés à assurer une couverture effective des plus âgés et les plus exposés aux risques**

Les candidats présentent, dans leur offre, la **stratégie de recrutement assortie d'engagements tarifaires âge par âge**. Ce critère vise à apprécier la qualité de cette stratégie tant au regard de populations spécifiques que des moyens mis en œuvre pour assurer les contacts possibles entre l'organisme de référence et les adhérents ou souscripteurs.

- **éventuellement, tout autre critère objectif respectant l'obligation de transparence et de non-discrimination et adapté à la couverture de la population intéressée**

Ce critère laisse une marge d'appréciation à l'employeur public pour **s'adapter aux spécificités de la population à couvrir** comme, par exemple, les conditions de la persistance

² Arrêté du 19 décembre 2007 *relatif aux critères de choix des employeurs publics*

de la couverture complémentaire des agents à l'étranger lorsque les missions conduisent à exercer les fonctions à l'étranger. Sous peine d'augmenter le risque contentieux, cette faculté d'ajouter un **critère supplémentaire ne doit pas conduire à définir un critère dont l'objectivité sera difficile à apprécier** (par exemples : la pertinence de l'offre, qualité de la gestion administrative, ...). En tout état de cause, si l'employeur public fait usage de cette possibilité, **ce critère doit être clairement défini et explicité dans l'appel public à la concurrence** afin que les candidats puissent clairement identifier ce qui est attendu.

L'article 9 du décret précité n'instaure **pas de hiérarchisation des critères**. Par ailleurs, l'employeur public dispose d'une marge dans la détermination des pondérations, qui doivent apparaître dans l'avis d'appel public à la concurrence.

La pondération suivante est préconisée :

Critère	Pondération
Rapport entre la qualité des garanties et le tarif proposé	30 %
Degré effectif de solidarité entre les adhérents ou souscripteurs, intergénérationnelle, familiale et en fonction de la rémunération	40 %
Maîtrise financière du dispositif	25 %
Moyens destinés à assurer une couverture effective des plus âgés et les plus exposés aux risques	5 %
Tout autre critère objectif respectant l'obligation de transparence et de non discrimination et adapté à la couverture de la population intéressée	Pondération à déterminer en veillant à l'équilibre entre chacun des critères
	= 100 %

L'usage de sous-critères n'est pas recommandé. En tout état de cause, si tel est son choix, l'employeur public veille à décrire aussi précisément que possible et à pondérer les sous-critères dans l'avis d'appel public à la concurrence.

2. La publication de l'appel public à la concurrence

2.1. Les modalités de publication de l'appel public à la concurrence

L'avis d'appel public à la concurrence est publié dans le **format prévu par l'arrêté du 19 décembre 2007³**.

L'employeur public insère cet avis dans une **publication habilitée à recevoir des annonces légales** ainsi que dans **une publication spécialisée dans le domaine des assurances** (exemples : argus de l'assurance, ...). Lorsque le montant de la participation envisagée excède 100 000 euros, l'employeur public publie également **l'avis au journal officiel de l'Union européenne**. Dans ce cas, les avis destinés aux autres publications leur sont adressés après l'envoi de l'avis à l'Office des publications officielles de l'Union européenne.

³ Arrêté du 19 décembre 2007 relatif à l'avis d'appel public à la concurrence publié au Journal officiel de l'Union européenne pour le choix des organismes de référence par l'employeur public

2.2. Le délai minimum de dépôt des offres

Les mutuelles et unions mutuelles, les institutions de prévoyance et les entreprises d'assurance sont les organismes autorisés à candidater.

Ces **organismes peuvent communiquer, dans un délai minimal de 45 jours, leurs offres à l'employeur public** dans les formes et conditions précisées par lui dans son avis d'appel public à la concurrence. **L'employeur public peut prévoir un délai de réponse plus long** dans les règles de consultation de l'appel public à la concurrence.

3. Le dialogue avec les candidats pendant la procédure d'appel public à la concurrence

3.1. Les caractéristiques quantitatives et qualitatives de la population à couvrir

Lorsque les organismes candidats en font la demande, l'employeur public adresse à chacun d'entre eux un document définissant les caractéristiques quantitatives et qualitatives de la population à couvrir et des prestations à proposer.

La production de ces caractéristiques est donc une **obligation pesant sur l'employeur public** mais elle reste soumise à la demande des organismes candidats. Afin **de respecter les principes de transparence et de non-discrimination**, dès lors que l'un des candidats effectue cette demande, l'employeur public transmet les données à l'ensemble des organismes qui se sont déclarés candidats auprès de lui et les tient à disposition des autres organismes. La mise à disposition de ces caractéristiques dans un format dématérialisé à destination des organismes candidats éventuels est de nature à assurer le respect des principes de transparence et de non-discrimination.

Le document n° IV propose une aide à la constitution des caractéristiques quantitatives et qualitatives de la population à couvrir.

Afin de préparer dans les meilleures conditions le renouvellement du référencement au terme de la convention de sept ans, **l'employeur public peut insérer, dans la convention de référencement, une clause imposant à l'organisme de référence de produire de données qualitatives et quantitatives tout au long de la vie de cette convention.** Il détermine également le format selon lequel il souhaite obtenir ces informations afin d'en garantir l'exploitation.

3.2. La remise des offres

Les organismes candidats transmettent leur offre, dans le délai prévu par l'employeur public. L'offre comprend *a minima* pour chacune des options, le tarif proposé, les limites âge par âge au-delà desquelles ce tarif peut évoluer, ainsi qu'une prévision du degré effectif de solidarité et de la maîtrise financière du dispositif.

En remettant une offre, l'organisme candidat s'engage, s'il est sélectionné, à offrir à l'ensemble de la population concernée les options telles qu'elles ont été décrites par lui pendant toute la durée de la convention de référencement (sept ans).

4. L'examen des offres

4.1. L'ouverture des offres

La procédure de référencement ne prévoit pas la remise d'une double enveloppe pour la remise des offres des organismes candidats. Il appartient à ces derniers de s'assurer que l'offre remise est complète. Les offres incomplètes lors de l'examen par l'employeur public seront écartées pour ce motif.

L'examen des offres débute par l'examen des garanties professionnelles, financières et prudentielles. L'employeur public apprécie ensuite les offres aux regards des cinq critères prévus par l'article 9 du décret du 19 septembre 2007 (cf. point 1.3 du présent document).

Dans le cas où l'employeur public a décidé, dans son avis d'appel public à la concurrence, de ne référencer qu'un seul organisme, c'est l'offre qui obtient la meilleure notation qui est retenue.

Dans le cas où l'employeur public a décidé de référencer plusieurs organismes, ce sont les offres les mieux notées qui seront sélectionnées

Enfin, après examen des offres, l'employeur public peut décider de ne référencer aucun organisme. Dans ce cas, en l'absence de précision des textes, il appartient à l'employeur public de préciser dans le règlement de la consultation les modalités d'intervention d'une décision de non référencement mettant fin à l'appel public à la concurrence.

4.2. L'information des candidats

Le décret du 19 septembre 2007 ne précise ni les modalités d'information des organismes candidats qui seront référencés ni les modalités d'information des organismes candidats qui n'ont pas été sélectionnés.

Il est recommandé d'informer les organismes candidats non retenus du choix qui a été fait en leur indiquant les éléments qui ont fondé le choix de l'employeur public, en veillant toutefois à ne pas divulguer des informations protégées notamment par le secret en matière commerciale et industrielle.

5. La signature d'une convention pour sept années

5.1. Le contenu de la convention communiqué aux organismes candidats dès la publication de l'avis d'appel public à la concurrence

L'article 6 du décret du 19 septembre 2007 prévoit que l'avis d'appel public à la concurrence présente les « *caractéristiques essentielles de la convention, notamment son objet, sa nature, les personnels intéressés* ».

Cette disposition vise à **éclairer suffisamment les organismes candidats sur les éléments qui figureront dans la convention** qui les engagera pour sept années.

Il convient de **préciser les points suivants** (liste non exhaustive) :

- la **liste des services et des établissements publics ainsi que des personnels couverts** par la convention ;
- la **durée de la convention et les conditions** dans lesquelles une éventuelle **prolongation** de la convention pourrait être proposée à l'organisme de référence ;
- les **obligations de chacune des parties notamment** les obligations qui pèseront sur l'organisme de référence en termes de **périodicité et modalités de transmission des documents prévus par le décret du 19 septembre 2007 et les arrêtés du 19 décembre 2007** à fins de vérification des transferts de solidarité et d'utilisation de la participation financière de l'employeur public, **périodicité et modalités (y compris le format) de communication des données quantitatives et qualitatives sur la population couverte** afin de permettre à l'employeur public à constituer les caractéristiques quantitatives et qualitatives de la population à couvrir pour le prochain référencement, etc.
- la **procédure de constatation des éventuels manquements aux obligations et leurs conséquences**. L'employeur public veille à cette étape à apporter les garanties permettant à l'organisme de faire valoir ses observations avant tout retrait de la qualité d'organisme de référence.

5.2. Une convention conclue pour sept ans et publiée

L'employeur public signe une convention avec chacun des organismes qu'il a choisis. Cette **convention est rendue publique**. La convention de référencement entre en vigueur soit le lendemain de sa signature, soit à une date postérieure déterminée par l'employeur public et l'organisme de référence. Lorsque plusieurs organismes de référence ont été sélectionnés, il convient de veiller à l'entrée en vigueur synchronisée des conventions.

La convention est d'une **durée de sept ans** et peut être **prolongée jusqu'à un an supplémentaire pour motif d'intérêt général**. Même s'il n'existe aucune obligation d'engager une procédure de renouvellement lorsque la précédente convention arrive à son terme, il est recommandé de renouveler ce dispositif afin de permettre aux agents publics de disposer d'une offre adaptée en matière de protection sociale complémentaire.

Au terme de la période de sept ans, la convention cesse de produire ses effets et l'organisme perd la qualité d'organisme de référence. Il est recommandé d'en informer tant l'organisme lui-même que l'ensemble des services entrant dans le champ d'application de la convention. Une information des agents est vivement recommandée.

Un organisme de référence peut également perdre cette qualité si, en cours de convention, l'employeur public décide de la lui retirer pour non-respect des contraintes de solidarité édictées par le décret du 19 décembre 2007.

DOCUMENT N° IV

- Aide à la constitution des caractéristiques qualitatives et quantitatives de la population à couvrir –

Nom de l'employeur public concerné par l'avis d'appel à la concurrence : <i>Remplacer dans le présent document la mention « employeur concerné » par ce nom.</i>	Nom
--	------------

L'article 7 du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 prévoit que l'employeur public adresse à chacun des candidats, sur leur demande, un document définissant les caractéristiques quantitatives et qualitatives de la population.

Les données qualitatives et quantitatives permettent aux organismes candidats, d'une part, de déterminer une structure tarifaire, pour la période de sept ans, adaptée aux caractéristiques de la population (revenus, démographie) et, d'autre part, de calculer les transferts de solidarité intergénérationnels¹ et familiaux prévisionnels de leur offre, lesquels constituent un critère de choix.

Il convient de renseigner le présent document, aussi précisément que possible, en fonction de l'état d'avancement des systèmes d'information sur les ressources humaines, de l'employeur public concerné.

1. Caractéristiques qualitatives de la population

Éléments descriptifs de la population concernée, notamment :

- *type de fonctions et de métiers exercés ;*
- *géographie globale des activités et des personnels : lieu de travail, part des effectifs situés à l'étranger, etc. ;*
- *évaluation approximative du nombre des agents employés par d'autres employeurs publics susceptibles de bénéficier de la couverture prévue par l'employeur concerné, en vertu de l'article 1 du décret qui prévoit une référence à l'ancien employeur. Peuvent notamment être utilisés les facteurs d'évaluation suivants : taux de départ des agents actifs de l'employeur concerné vers d'autres employeurs, durée moyenne de carrière des agents de l'employeur concerné effectuée chez d'autres employeurs publics.*

¹ Différence, âge par âge, entre les prestations versées aux adhérents retraités et leurs cotisations.

2. Caractéristiques quantitatives de la population concernée

2.1. Description des effectifs

2.1.1. Définition du champ des bénéficiaires

Les bénéficiaires du régime sont les fonctionnaires et agents contractuels de droit public actifs et retraités de *l'employeur concerné*.

Les agents actifs sont les agents se trouvant dans l'une des situations suivantes :

- agent directement affecté sur une résidence administrative sous la responsabilité de *l'employeur concerné* ;
- agent de *l'employeur concerné* placé en détachement ou mis à disposition auprès d'un autre employeur public.

Les retraités sont les anciens agents dont le dernier employeur est *l'employeur concerné*.

2.1.2. Agents actifs : description de la population cible

Les effectifs sont décomptés en effectif physique. L'employeur public emploie **XX** agents (effectif physique permanent au **JJ/MM/AAAA**).

L'effectif permanent regroupe des fonctionnaires (**XX**) et/ou des agents contractuels de droits publics (**XX**).

2.1.2.1. Temps partiel

X% des agents travaillent à temps partiel, **X %** par catégorie (A/B/C).

Près de **X %** des emplois à temps partiel sont occupés par des *femmes/hommes*. Cette proportion est de **X %** pour les catégories A, **X %** pour les catégories B et **X %** pour les catégories C.

2.1.2.2. Éléments relatifs à la sinistralité

2.1.2.2.1. Arrêts de travail

Veillez indiquer, pour chacune des cases, le nombre d'agents actifs arrêtés pour l'année (N étant l'année de préparation du référencement), ainsi que le nombre total de jours d'arrêts de travail.

✓ Nombre d'agents arrêtés		Année N-3	Année N-2	Année N-1
Maladie ordinaire	Plein traitement			
	Demi-traitement			
Longue maladie	Plein traitement			
	Demi-traitement			
Longue durée	Plein traitement			
	Demi-traitement			
Grave maladie (contractuels)	Plein traitement			
	Demi-traitement			
Maternité				

Accidents et maladies professionnels	Plein traitement			
	Demi-traitement			

✓ Nombre total de jours d'arrêt de travail		Année N-3	Année N-2	Année N-1
Maladie ordinaire	Plein traitement			
	Demi-traitement			
Longue maladie	Plein traitement			
	Demi-traitement			
Longue durée	Plein traitement			
	Demi-traitement			
Grave maladie (contractuels)	Plein traitement			
	Demi-traitement			
Maternité				
Accidents et maladies professionnels	Plein traitement			
	Demi-traitement			

2.1.2.2.2. Invalidité (fonctionnaire)

✓ Invalidité temporaire (fonctionnaires)		Année N-3	Année N-2	Année N-1
Allocation temporaire d'invalidité (ATI)	Agents percevant l'ATI dans l'année			
	Âge moyen au moment où l'agent commence à percevoir l'ATI			
Allocation d'invalidité temporaire (AIT)	Agents percevant l'AIT dans l'année			
	Âge moyen au moment où l'agent commence à percevoir l'AIT			

✓ Invalidité temporaire (contractuels de droit public)		Année N-3	Année N-2	Année N-1
Indemnité en capital ATMP²	Agents percevant un capital dans l'année			
	Âge moyen au moment où l'agent perçoit l'indemnisation			
Rente ATMP	Agents percevant la rente dans l'année			
	Âge moyen au moment où l'agent commence à percevoir la rente			

² ATMP = Accident du travail et maladie professionnelle

✓ Invalidité définitive		Année N-3	Année N-2	Année N-1
Rente viagère d'invalidité (RVI)	Agents percevant une RVI dans l'année			
	Âge moyen au moment où l'agent commence à percevoir la RVI			
Majoration pour tierce personne versées aux agents radiés des cadres pour invalidité	Agents percevant une majoration pour tierce personne			
	Âge moyen au moment où l'agent commence à percevoir la majoration pour tierce personne			

2.1.2.2.3. Décès

	Année N-3	Année N-2	Année N-1
Agents actifs décédés dans l'année			

2.1.2.3. Répartition des effectifs et revenus par catégorie, âge, sexe et ancienneté

2.1.2.3.1. Agents actifs

Fournir aux organismes candidats dans toute la mesure du possible :

- un tableau fournissant, par tranches d'âge maximales de 5 ans, les effectifs d'agents actifs, ventilés par sexe et par catégorie (A, B, C) ;
- un tableau fournissant, par tranche d'âge maximale de 5 ans, les revenus moyens des agents actifs, ventilés par catégorie (A, B, C) et éventuellement par sexe ;
- un tableau fournissant, par tranches d'âge maximales de 5 ans, les anciennetés moyennes dans la fonction publique des agents actifs, ventilés par sexe et par catégorie (A, B, C).

2.1.2.3.1. Agents retraités

Fournir aux organismes candidats dans toute la mesure du possible :

- un tableau fournissant, par tranches d'âge de 5 ans, les effectifs de pensionnés, ventilés par sexe et, si disponible, par catégorie (A, B, C) ;
- un tableau fournissant, par tranches d'âge de 5 ans, les pensions moyennes des retraités, ventilés par sexe et, si disponible, par catégorie (A, B, C) et, le cas échéant ;
- un tableau fournissant, par tranches d'âge de 5 ans, les anciennetés moyennes dans la fonction publique des pensionnés, ventilés par sexe et, si disponible, par catégorie (A, B, C).

2.1.3. Rotation des effectifs

	Année N-3	Année N-2	Année N-1
Nombre d'individus entrés dans le périmètre de l'employeur concerné (recrutement et réintégration)			
Nombre de départs à la retraite			
Nombre de départs pour autre cause (mutation, détachement, révocation, licenciement, démission, etc.)			

2.2. Hypothèses à retenir pour le calcul de la maîtrise financière du dispositif et les transferts prévisionnels de solidarité, intergénérationnels et familiaux

Ces hypothèses ont vocation à servir de base commune aux organismes candidats, en vue de remplir le dossier de candidature type et de fournir ainsi à l'employeur les éléments prévus par l'arrêté du 19 décembre 2007 relatif aux critères de choix des employeurs publics.

En application de cet arrêté, l'employeur public demande, dans le cadre de l'avis d'appel public à la concurrence, aux organismes candidats de lui fournir les éléments suivants :

- prévisions d'adhésion : pour ce faire, les organismes doivent, d'une part, disposer d'informations sur la population à la date d'évaluation, mais aussi d'informations concernant les évolutions des effectifs de l'employeur public considéré en se fondant sur la rétrospective des trois dernières années ;
- prévisions de transferts de solidarité, notamment les solidarités familiales. En vue d'un calcul identique par l'ensemble des candidats, l'employeur détermine une hypothèse de probabilité d'adhésion des conjoints bénéficiaires et des enfants à charge au point 2.2.2.

2.2.1. Familles

✓ Nombre d'enfants à charge	0	1	2	3 et plus
Part de la population concernée	X %	X %	X %	X %

2.2.1. Probabilité d'avoir un conjoint

	Hommes	Femmes
Agents actifs	X %	X %
Agents retraités	X %	X %

2.2.3. Rétrospective des effectifs sur les trois dernières années (à utiliser par les organismes en vue de la projection des effectifs)

*** Nombre d'entrées : Âge moyen d'entrée chez *l'employeur concerné* : ____

Départs prévisibles

Âge moyen de départ à la retraite : ____ *** ou loi statistique d'entrée par tranche d'âge ***

Document de travail

DOCUMENT N° V

- Dossier de candidature type -

NB : À remplir par le candidat sous format électronique

Nom de l'employeur public :

Personne à contacter :

Service et coordonnées :

SOMMAIRE

1. Présentation de l'organisme de référence

2. Fiche d'identité de l'organisme candidat

3. Description de l'organisme

3.1. Expérience dans le secteur concerné

3.2. Situation financière et prudentielle

3.2.1. *Activité dans le secteur concerné*

3.2.2. *Situation prudentielle*

3.2.3. *Gestion des actifs*

3.2.4. *Réassurance*

4. Description de l'offre

4.1. Moyens

4.1.1. *Moyens humains dédiés à la gestion du dispositif*

4.1.2. *Moyens techniques dédiés à la gestion du dispositif*

4.2. Gestion des relations avec les assurés, sous l'angle de la stratégie de recrutement

4.3. Gestion des relations avec les assurés, sous l'angle de la gestion des prestations

4.3.1. *Informations transmises*

4.3.2. *Tiers payant*

4.3.3. *Délai de paiement des prestations*

4.4. Garanties proposées

4.5. Tarifs

4.5.1. *Santé*

4.5.2. *Prévoyance*

4.6. *Gestion technique du dispositif*

5. Atouts de l'offre

6. Examen de la maîtrise financière du dispositif et transferts de solidarité

6.1. Maîtrise financière du dispositif

6.2. Transferts de solidarité

7. Annexes : modèles de tableaux à remplir

7.1. Calcul du degré de solidarité

7.2. Impact d'une évolution significative de la participation sur la tarification

2. Fiche d'identité de l'organisme candidat

Raison sociale :

Dénomination :

Nature de l'organisme :

- Mutuelle ou union de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité ;
- Institution de prévoyance relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ;
- Entreprise d'assurance mentionnée à l'article L. 310-2 du code des assurances.

Appartenance à un groupe ou une union (si oui, précisez) :

Personne à contacter :

Coordonnées bancaires :

Branches d'agrément et dates d'agrément :

Nom du ou des réassureurs partenaires :

3. Description de l'organisme

3.1. Expérience dans le secteur concerné

✓ Compétences professionnelles des dirigeants

- Nom du directeur :

- Expérience dans le secteur :

✓ Organisation de l'entreprise

- Effectifs de l'organisme candidat :

- Organisation administrative en rapport avec l'activité concernée :

- Joindre l'organigramme des services en rapport avec cette activité,

- Fonctions supports (effectifs et organisation) :

- Informatique :

- Actuariat :

✓ Références sur le secteur concerné

Décrivez les populations auprès desquelles vous intervenez ainsi que le cas échéant les branches professionnelles et/ou les entreprises.

✓ Partenariat

Quels types de partenariats (commerciaux ou techniques) susceptibles de constituer un atout pour l'offre, l'organisme met-il actuellement déjà en œuvre ?

✓ Population couverte et niveau d'activité

Tableau 1 : Nombre d'adhérents ou souscripteurs actuels sur chacun des risques suivants et chiffre d'affaire correspondant.

Année	Année N-3	Année N-2	Année N-1
- Effectifs adhérents ou souscripteurs			
Frais de santé			
Incapacité			
Invalidité			
Décès			
- Chiffre d'affaires (cotisations)			
Frais de santé			
Incapacité			
Invalidité			
Décès			

3.2. Situation financière et prudentielle

3.2.1. Activité dans le secteur concerné

Tableau 2 : Activité dans le secteur

(en K€)	Année N-5	Année N-4	Année N-3	Année N-2	Année N-1	Progression (N-1)-(N-5)
1- Cotisations et prestations						
Total						
A1 – Cotisations émises						
A2 – Prestations						
dont frais de santé						
A3 – Cotisations émises						
A4 – Prestations						
dont prévoyance						
A5 – Cotisations émises						
A6 – Prestations						
2- Résultats d'activité						
A7 – Résultat technique						
A8 – dont santé						
A9 – dont prévoyance						
A10 – Résultat non technique						

A11 – dont santé						
A12 – dont prévoyance						
A13 – Résultat global						
A14 – dont santé						
A15 – dont prévoyance						

3.2.2. Situation prudentielle

Tableau 3 : Marge de solvabilité

(en K€ / année)	Année N-5	Année N-4	Année N-3	Année N-2	Année N-1
B1 – Exigence de marge non vie					
B2 – Exigence de marge vie					
B3 – Exigence totale					
B4 – Marge de solvabilité					
B5 – Ratio de couverture					

Veillez également préciser le taux de couverture des engagements réglementés et joindre l'état C5.

3.2.3. Gestion des actifs

Décrivez, en quelques lignes, le mode de gestion des actifs et la stratégie de placement :

3.2.4. Réassurance

Tableau 4 : Taux de réassurance

Année	N-5	N-4	N-3	N-2	N-1
C1 – Taux de cession					

4. Description de l'offre

4.1. Moyens

4.1.1. Moyens humains dédiés à la gestion du dispositif

Indiquez la liste des personnes chargées du dossier, ainsi que leurs coordonnées.

Joignez une description de leur parcours et de leur expérience professionnelle dans le secteur considéré.

Quels seront les moyens humains dédiés à la gestion du dispositif :

- Administratif :

- Actuariat :

Décrivez les services qui seront mobilisés sur la gestion du dispositif

4.1.2. Moyens techniques dédiés à la gestion du dispositif

- Informatique :

Comment seront gérées les spécificités de ce dispositif ? (calcul des transferts de solidarité, coefficients de majoration)

- Disposez-vous d'une plateforme téléphonique et/ou d'un accès internet ?

Décrivez les équipements qui seront mobilisés sur la gestion du dispositif.

4.2. Gestion des relations avec les assurés, sous l'angle de la stratégie de recrutement

Décrivez les moyens destinés à assurer une couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques :

- Quel est le plan de communication envisagé vis-à-vis de ces populations spécifiques ?

- Quels sont les contacts possibles pour les agents (téléphoniques, RdV personnalisé, Internet) ?

- Quelle est l'accessibilité à l'organisme (plages horaires, lieux, permanences physiques) ?

Décrivez pour chacune de ces populations, en quelques lignes, la stratégie de recrutement que vous envisagez de déployer à destination des différents publics cibles :

- jeunes
- revenus modestes
- personnes les plus âgées
- revenus élevés
- familles

*Joignez les pièces suivantes :
documents publicitaires / stratégie
de communication*

Pouvez-vous pondérer l'importance de chacune de ces solidarités dans votre offre (total = 100 %)

- solidarité intergénérationnelle : _____ %

- solidarité familiale : _____ %

- solidarité en fonction de la rémunération : _____ %

Commentaires :

4.3. Gestion des relations avec les assurés, sous l'angle de la gestion des prestations

4.3.1. Informations transmises

4.3.2. Tiers payant

4.3.3. Délai de paiement des prestations

4.4. Garanties proposées

Toutes les prestations en nature devront être présentées en % du ticket modérateur (même si dans l'offre elles pourront se présenter différemment) et en distinguant au moins les catégories suivantes :

Tableau 5 : Prestations en nature proposées

	Option n° 1 (base)	Option n° 2	Option n° 3
Consultation parcours de soins - généraliste - spécialiste			
Consultation hors parcours de soins - généraliste - spécialiste			
Analyses de biologie : - prescrites dans parcours de soins - prescrites hors parcours de soins			
Auxiliaires médicaux - prescrites dans parcours de soins - prescrites hors			

parcours de soins			
Médicaments remboursés à 65 %			
- prescrits dans parcours de soins			
- prescrits hors parcours de soins			
Médicaments remboursés à 35 %			
- prescrits dans parcours de soins			
- prescrits hors parcours de soins			
Dispositifs médicaux			
Hospitalisation-honoraires médicaux			
Hospitalisation frais de séjour			
Soins dentaires			
Actes prothétiques			
Orthodontie			
Optique-forfait monture			
Verres			
Lentilles			

Ces catégories sont indiquées à titre indicatif. Elles peuvent être plus nombreuses et plus détaillées par l'employeur public en fonction de son cahier des charges.

Veillez joindre le modèle du ou des contrats proposés aux agents.

Tableau 5 bis : Prestations en espèce proposées

	Option n° 1 (base)	Option n° 2	Option n° 3
Incapacité de travail			
Invalidité			
Décès			

4.5. Tarifs

4.5.1. Santé

Veillez fournir les tarifs qui seront proposés, en démontrant que le ratio de 1 à 3 est respecté, c'est-à-dire que 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, compte non tenu des éventuelles pénalisations.

Quelles seront les évolutions (maximum de hausse, minimum de baisse) de ces tarifs, âge par âge :

- chaque année, en pourcentage (ou par rapport à l'évolution de la CMT¹) ?
- sur l'ensemble de la période, en pourcentage (ou par rapport à l'évolution de la CMT) ?

Ces éléments sont fournis par le candidat en annexe.

4.5.2. Prévoyance

Ces éléments sont fournis par le candidat en annexe.

Les éléments suivants peuvent également être fournis, le cas échéant :

- *le questionnaire médical lorsque l'adhésion est postérieure de cinq ans à l'entrée dans la fonction publique*
- *les indications précises sur les conséquences de ce questionnaire médical sur la tarification (pathologies, augmentations tarifaires).*

4.6. Gestion technique du dispositif

✓ Veuillez décrire en quelques lignes le type de réassurance ainsi que le nom des réassureurs envisagés.

✓ Gestion

L'organisme gère-t-il en direct ou non les branches d'assurance suivantes comprises dans l'offre ?

Si oui, sous quelle forme (collectif facultatif/obligatoire, individuel via quel contrat sur quel segment de marché) ? Et selon quel partenariat ?

- Frais de santé :

- Incapacité :

- Invalidité :

- Décès :

¹ CMT = Consommation médicale totale

Document de travail

6. Examen de la maîtrise financière du dispositif et transferts de solidarité

6.1. Maîtrise financière du dispositif

En application de l'article 1^{er} de l'arrêté du 19 décembre 2007², les organismes candidats doivent joindre à leur offre, pour les cinq premiers exercices comptables de la convention, les comptes de résultats prévisionnels des opérations concernées, sur la base de deux hypothèses comparées :

- l'ensemble de la population éligible adhère au dispositif ;
- seuls les agents et retraités envisagés selon les prévisions d'adhésion adhèrent au dispositif.

Le candidat doit également joindre une projection sur la durée totale de la convention de l'équilibre technique des opérations concernées, sur la base des hypothèses retenues concernant les évolutions des tarifs prévues dans les offres.

Joignez la note décrivant la politique de développement et des prévisions d'adhésion envisagée sur la durée totale de la convention (cf. article 1^{er} de l'arrêté du 19 décembre 2007 susmentionné).

6.2. Transferts de solidarité

En application de l'article 2 de l'arrêté du 19 décembre 2007 précité, les organismes candidats doivent joindre à leur offre, sur la base des deux hypothèses prévues au 2.1 et 2.2 de l'article 1^{er}, pour chacun des cinq premiers exercices, les prévisions de transferts de solidarité :

- un montant de transferts intergénérationnels égal à la somme des écarts constatés, pour chacun des adhérents ou souscripteurs retraités bénéficiaires des dispositifs mentionnés à l'article 1^{er} du décret du 19 septembre 2007³ et pour les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne et les risques liés à la maternité, entre les prestations versées et les cotisations correspondantes ;
- un montant de transferts familiaux égal à la somme des écarts constatés, pour chacun des ayants droits des adhérents ou souscripteurs bénéficiaires des dispositifs mentionnés à l'article 1^{er} du décret du 19 septembre 2007 précité et pour les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne et les risques liés à la maternité, entre les prestations versées et les cotisations correspondantes.

² Arrêté du 19 décembre 2007 *relatif aux critères de choix des employeurs publics*

³ 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*

7. Annexes : modèles de tableaux à remplir

Joignez au dossier le compte de résultat prévisionnel détaillé.

Tableau 6 : Résumé des résultats des projections – Cas n°1 : l'ensemble de la population adhère au dispositif

Année	Année N+1	Année N+2	Année N+3	Année N+4	Année N+5
Nombre d'adhérents					
dont retraités					
dont actifs					
Nombres de bénéficiaires					
Cotisations					
dont santé					
dont incapacité					
dont invalidité					
dont décès					
Participation estimée de l'employeur public					
Prestations					
dont santé					
dont incapacité					
dont invalidité					
dont décès					
Charges de provisions					
Frais de gestion					
Produits financiers					
Résultat technique					
dont santé					
dont incapacité					
dont invalidité					
dont décès					
Résultat non technique					
Résultat					

Tableau 7 : Résumé des résultats des projections – Cas n °2 : seuls les agents et retraités envisagés selon les prévisions adhérent au dispositif

Année	Année N+1	Année N+2	Année N+3	Année N+4	Année N+5
Nombre d'adhérents					
dont retraités					
dont actifs					
Nombres de bénéficiaires					
Cotisations					
dont santé					
dont incapacité					
dont invalidité					
dont décès					
Participation estimée de l'employeur public					
Prestations					
dont santé					
dont incapacité					
dont invalidité					
dont décès					
Charges de provisions					
Frais de gestion					
Produits financiers					
Résultat technique					
dont santé					
dont incapacité					
dont invalidité					
dont décès					
Résultat non technique					
Résultat					

Tableau 8 : Équilibre de l'organisme sur toute la durée de la projection

Année	Année N+1	Année N+2	Année N+3	Année N+4	Année N+5	Année N+6	Année N+7
Cas n° 1 : l'ensemble de la population adhère au dispositif							
Prestations							
Cotisations							
Résultat technique							
Résultat							
Cas n° 2 : seuls les agents et retraités envisagés selon les prévisions d'adhésion adhèrent au dispositif							
Prestations							
Cotisations							
Résultat technique							
Résultat							

Tableau 9 : Hypothèses retenues

Année	Année N+1	Année N+2	Année N+3	Année N+4	Année N+5	Année N+6	Année N+7
Ratio Prestations/Cotisations							
Santé							
Incapacité							
Invalidité							
Décès							

✓ Annexe : Hypothèses retenues

- Les résultats sont exprimés en euros courants ou constants ?
- Quel est le taux d'évolution annuel moyen des cotisations sur la période de la convention ?
- Quelle hypothèse a été retenue concernant les produits financiers ?
- Fraction espérée par l'organisme candidat de l'enveloppe de participation figurant dans l'avis d'appel à la concurrence ;
- Les modalités et méthodes de calcul, tables, barèmes et hypothèses utilisées pour les provisions mathématiques ;
- Les traitements et les techniques actuarielles envisagées pour les agents âgés de plus de 60 ans, les arrêts de courte durée, les arrêts d'une durée supérieure à trois ans et les invalidités ;
- Une présentation détaillée, justifiée et argumentée de la méthode de calcul des provisions pour sinistres à payer utilisée ;
- les assiettes et modalités de détermination des produits financiers attribués aux différentes provisions constituées ;
- Quels sont les taux d'adhésion moyen, sur la période, résultant des projections, des populations suivantes :
 - ⇒ Adhérents âgés de moins de 30 ans ?
 - ⇒ Adhérents retraités ?

7.1. Calcul du degré de solidarité

Tableau 10 : Calcul des transferts de solidarité

Année	Année N+1	Année N+2	Année N+3	Année N+4	Année N+5
Cas n° 1 : l'ensemble de la population adhère au dispositif					
Transfert de solidarité					
dont intergénérationnels					
dont familiaux					
Cas n° 2 : seuls les agents et retraités envisagés selon les prévisions d'adhésion adhèrent au dispositif					
Transfert de solidarité					
dont intergénérationnels					
dont familiaux					

7.2. Impact d'une évolution significative de la participation sur la tarification

Indiquez quel serait l'impact d'une hausse de 50 % et de 100 % de la participation sur la tarification proposée.

De manière générale, à quelles catégories d'agents publics entendriez-vous proposer de faire bénéficier ou subir une éventuelle évolution significative de la participation, par rapport au montant envisagé dans l'avis d'appel à la concurrence ? Pour chaque catégorie, quel serait l'ordre de grandeur de l'impact tarifaire concerné ?
