

Réunion avec les organisations syndicales

22 juillet 9h30 – salle PC4

I. Eléments de contexte

- La convention-cadre de référencement qui devait prendre fin au 30 juin 2016 a été prorogée d'un an soit jusqu'au 30 juin 2017,
- Le marché relatif à la réalisation de prestations d'assistance à maîtrise d'ouvrage portant sur l'accompagnement des ministères chargés de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, de la culture et de la communication, de la jeunesse et des sports et des établissements qui leur sont rattachés pour la mise en concurrence et le conventionnement des organismes délivrant des prestations de protection sociale complémentaire a été confié à la société RISKEO ACTUARIAT.

II. Orientations ministérielles

a. Nombre d'organismes à référencer

Le décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007¹ permet de sélectionner un ou plusieurs organismes de référence. Il est envisagé de ne référencer qu'un seul organisme.

b. Pondération des critères de choix

Critères fixés par l'article 9 du décret 2007-1373 du 19/09/2007	Pondération préconisée par DGAFP	Pondération proposée
Rapport entre la qualité des garanties et le tarif proposé	30 %	En cours de définition
Degré effectif de solidarité entre les adhérents ou souscripteurs, intergénérationnelle, familiale et en fonction de la rémunération	40 %	En cours de définition
Maîtrise financière du dispositif	20 %	En cours de définition
Moyens destinés à assurer une couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques	10 %	En cours de définition

¹ 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

c. Les sous critères

Les sous-critères sont les suivants :

Critère n° 1 : Le rapport entre la qualité des garanties et le tarif proposé

Ce 1^{er} critère s'appréciera au regard des sous critères suivants, équipondérés, pour chacune des catégories d'assuré (agents, conjoints, retraités et enfants) :

- le niveau des tarifs TTC en santé et en prévoyance (ventilés par type de risque : ITT, invalidité, décès) ;
- le niveau des frais et chargements de gestion appliqués pour chaque garantie, avec la distinction entre les frais de gestion, frais d'assurance, frais d'acquisition, frais d'administration... ;
- la durée de maintien des taux de cotisation ;
- les modalités de revalorisation des tarifs au-delà de la période de maintien.

Critère n° 2 : Le degré effectif de solidarité entre les adhérents ou les souscripteurs, intergénérationnelle, familiale et en fonction de la rémunération

L'appréciation et la notation pour ce 2nd critère se feront sur la base des calculs effectués à partir des sous critères, équipondérés, suivants :

- les prévisions des transferts de solidarité intergénérationnels ;
- les prévisions des transferts de solidarité en fonction des rémunérations ;
- les deux hypothèses d'adhésion suivantes (si l'ensemble de la population éligible adhère au dispositif ou si seuls les agents et retraités envisagés selon les prévisions d'adhésion adhérent au dispositif) ;
- les moyens humains mis à disposition pour réaliser les adhésions envisagées (par rapport aux hypothèses retenues) ;
- l'écart de cotisation entre actifs (de plus de trente ans acquittant le montant le plus élevé de la cotisation et celui acquittant le montant le moins élevé de la cotisation) et retraités, d'une part, et entre actifs et conjoints, d'autre part.

Critère n° 3 : La maîtrise financière du dispositif

Aux fins de vérification de la maîtrise financière du dispositif par l'organisme assureur, le pouvoir adjudicateur demande à celui-ci un programme d'activité – sur la période pendant laquelle la Convention de référencement sera conclue (7 ans) – comprenant les sous critères, équipondérés, suivants :

- une note décrivant la politique de développement et les prévisions d'adhésions envisagées sur la durée totale de la convention ;
- pour les sept exercices comptables de la convention, les comptes de résultats prévisionnels des opérations concernées sur la base de deux hypothèses comparées ;
- 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 l'offre.

Critère n° 4 : Les moyens destinés à assurer une couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques

Ce critère sera noté à partir des réponses apportées par le candidat sur la base des sous critères, équipondérés, ci-après, destinés à la couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques :

- la qualité de la gestion, notamment le délai de paiement des prestations santé et prévoyance, le délai d'émission des cartes de tiers payant, le délai de noémisation, l'accessibilité telle qu'une plateforme d'accueil téléphonique et une équipe de gestion dédiée... ;
- le réseau de soins ;
- les agences et centres médicaux ;
- les prestations annexes, notamment : assistance, dépendance, prévention adaptée (TMS, cancers, thèmes de sensibilisation aux risques professionnels, adaptation au vieillissement...);
- gratuité de la cotisation des enfants, abattement de la cotisation pour les agents en congé pour longue maladie (CLD).

Document de travail - ne pas diffuser

