

GIP ESEA NOUVELLE-AQUITAINE
180 rue Guillaume Leblanc
33000 BORDEAUX

**MISE EN PLACE D'UNE PROTECTION SOCIALE
COMPLÉMENTAIRE AU SEIN DU GIP ESEA**
RÉFÉRENCE : 2025_COMPLEMENTAIRE_SANTE_ESEA

CAHIER DES CLAUSES TECHNIQUES PARTICULIERES

Marché passé selon une procédure adaptée MAPA

DATE ET HEURE LIMITES DE REMISE DES OFFRES :
27 Janvier 2025 à 18 heures

SOMMAIRE

1. OBJET ET CONTEXTE DU MARCHÉ.....	3
1.1. Contexte du marché.....	3
1.2. Objet du marché.....	3
1.3. Cadre juridique et normatif.....	3
2. DESCRIPTION DU BESOIN	4
2.1. Etude des agents du GIP ESEA.....	4
2.2. Condition d'adhésion.....	4
2.2.1. Adhésion automatique et obligatoire :	4
2.2.2. Dérogations légitimes :	4
2.3. Modalités d'adhésion :.....	4
2.4. Condition de sortie.....	5
2.5. Garanties minimales requises.....	5
3. Prestations demandées aux soumissionnaires.....	5
3.1. Garanties de base et facultatives.....	5
3.2. Modalités de gestion des soins et remboursements et relation clients.....	6
3.2.1. Les services apportés aux agents d'ESEA.....	6
3.2.2. Les services apportés à l'équipe administrative d'ESEA.....	7
3.3. Prise d'effet des garanties.....	7
3.4. Présentation de l'offre aux agents.....	7
4. MODALITES DE REPONSE AU MARCHÉ	8
4.1. Pièces contractuelles du marché.....	8
4.2. Documents à fournir	8

1. OBJET ET CONTEXTE DU MARCHÉ

1.1. Contexte du marché

Le Groupement d'Intérêt Public (GIP) ESEA Nouvelle-Aquitaine est un organisme de droit public créé le 30 mai 2017, dont l'arrêté d'approbation a été publié au Recueil des Actes Administratifs le 18 juillet 2017. Sa convention constitutive précise qu'il constitue le GRADeS (Groupement Régional d'Appui au Développement de l'e-santé) Nouvelle-Aquitaine.

A ce titre :

- Le GIP ESEA Nouvelle-Aquitaine est l'opérateur e-santé préférentiel de l'ARS Nouvelle-Aquitaine.
- Il mène de façon collaborative avec ses membres, les actions relatives à l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie régionale d'e-santé, sous la supervision de l'ARS et dans une logique d'engagements réciproques (contractualisation pluriannuelle, ARS intégrée dans la gouvernance, ...).
- L'action du Groupement et de ses Membres vise à moderniser le système d'information régional de santé conformément aux recommandations nationales et régionales, grâce à la transformation numérique dans les champs du sanitaire, du médico-social, et en tant que de besoin, du social.
- Le GIP ESEA Nouvelle-Aquitaine est, dans le cadre de ses actions, missionné par l'ARS Nouvelle-Aquitaine pour le déploiement des outils e-santé sur l'ensemble de la Nouvelle Aquitaine.

Le décret n° 2021-1164 du 8 septembre 2021 a introduit une participation obligatoire des employeurs publics à hauteur de 15 euros minimum par mois pour la complémentaire santé de leurs agents. Ce dispositif est entré en vigueur dans le but de garantir une couverture de base pour les agents de la fonction publique.

Aujourd'hui, le décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 impose désormais aux employeurs publics de proposer une couverture de santé collective à leurs agents, couvrant notamment les frais liés à la maternité, à la maladie et aux accidents.

Cette couverture doit respecter les plafonds et niveaux de prestations définis par la législation. La participation financière de l'employeur doit représenter au moins 50% de la cotisation totale du contrat. Le montant restant sera prélevé sur le salaire net des salariés.

Cette obligation fait suite à la volonté législative d'uniformiser et de renforcer la protection sociale des agents publics, et vise à remplacer les pratiques antérieures où les agents choisissaient des solutions individuelles ou étaient couverts par des régimes familiaux.

1.2. Objet du marché

Le marché vise à sélectionner une complémentaire santé capable de fournir une couverture santé obligatoire conforme au décret du gouvernement, applicable dans les structures publiques à partir de janvier 2025.

Cette démarche vise à garantir à nos agents un accès à une couverture de santé conforme aux standards législatifs, en prenant en compte les spécificités de la fonction publique et les attentes des agents en matière de protection sociale complémentaire.

1.3. Cadre juridique et normatif

Références législatives :

- Décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 relatif à la PSC en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la FPE

- Code des assurances et Code la mutualité
- Code de la Sécurité social

Objectif :

Offrir aux agents publics une couverture minimale conforme aux garanties légales obligatoires, tout en permettant des options facultatives complémentaires.

2. DESCRIPTION DU BESOIN

2.1. Etude des agents du GIP ESEA

A ce jour, le GIP ESEA est structuré de la manière suivante :

- 138 collaborateurs
 - 84 femmes
 - 54 hommes
- 38 ans d'âge moyen

Professions :

- Emploi de bureaux (directeurs, gestionnaires, assistants et chefs de projet...)
- Emploi itinérant (chargé de développement territoriaux, ...).

2.2. Condition d'adhésion

2.2.1. Adhésion automatique et obligatoire :

- L'adhésion doit être automatique pour tous les salariés éligibles à la complémentaire santé, sauf pour ceux qui justifient d'une dispense d'adhésion légitime.
- L'adhésion prendra effet au moment de l'embauche, sauf s'il justifie d'une dispense d'adhésion légitime.
- Capacité à gérer les inscriptions et désinscriptions des agents à la date demandée ou avec rétroactivité.

2.2.2. Dérogations légitimes :

Conformément aux articles 3 et 5, le décret prévoit des cas de dispense légitime, par exemple pour les salariés bénéficiant d'une autre couverture obligatoire, les salariés bénéficiant de la CMU-C ou l'ACS, les apprentis, les contrats à durée déterminée inférieur à 12 mois, les stagiaires...

2.3. Modalités d'adhésion :

Le candidat devra proposer et préciser :

- Une procédure administrative simplifiée pour l'adhésion, avec des documents standards à fournir (formulaire d'inscription, justificatif familial si nécessaire).
- Les délais d'adhésion à respecter à l'embauche et lors de l'acceptation de nouvelles conditions en cours de contrat, le cas échéant.
- Une interface de suivi des salariés leur permettant d'avoir accès à leur dossier.

2.4. Condition de sortie

Cessation de l'adhésion : L'adhésion à la complémentaire santé cesse :

- À la fin du contrat de travail de l'agent.
- En cas de départ à la retraite, selon les clauses du décret.
- En cas de changement d'employeur dans la fonction publique, selon les modalités prévues par le décret.

2.5. Garanties minimales requises

Le contrat collectif de complémentaire santé prend **au minimum** en charge les garanties décrites dans le décret 2022-633 du 22 avril 2022 :

- Intégralité du ticket modérateur sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'Assurance maladie. Cependant, des exceptions peuvent exister.
- Totalité du forfait journalier hospitalier en cas d'hospitalisation
- Frais dentaires (prothèses et orthodontie) à hauteur de 125 % du tarif conventionnel
- Tarif sur la base duquel s'effectue le calcul pour le remboursement d'un acte médical par l'Assurance maladie. Appelé aussi tarif de responsabilité.
- Frais d'optique de manière forfaitaire par période de 2 ans (annuellement pour les enfants ou en cas d'évolution de la vue) avec un minimum de prise en charge fixé à 100 € pour une correction simple, 150 € (voire 200 €) pour une correction complexe.
- La liste des établissements partenaires proposant le tiers payant.

Le contrat collectif peut prévoir des garanties complémentaires ou supplémentaires aux garanties minimum et/ou des garanties optionnelles.

Ces garanties doivent s'appliquer de manière identique aux différentes catégories de bénéficiaires (actifs, retraités, ayants droit).

L'administration employeur prend en charge 50 % du coût d'une cotisation mensuelle théorique, dite cotisation d'équilibre.

3. Prestations demandées aux soumissionnaires

3.1. Garanties de base et facultatives

Les prestataires doivent proposer à minimum deux offres :

- Une offre de base respectant les obligations légales décrites sur le décret.
- Une offre proposant des prestations supérieures à l'offre de base.
- En complément de ces deux offres, des options facultatives peuvent être proposées aux agents qui pourront choisir d'ajouter à leur contrat, l'extension des conjoints et enfants ainsi que des garanties pour les soins dentaires ou optiques et consultations spécialisées.

3.2. Modalités de gestion des soins et remboursements et relation clients

3.2.1. Les services apportés aux agents d'ESEA

La complémentaire santé devra proposer :

- Une interface web comme décrit ci-dessous
- Un centre d'appel à disposition des agents.
- Un engagement sur les délais de remboursement.
- Un engagement sur les délais de réponse sur les demandes de prise en charge lorsque c'est nécessaire.

Description du portail numérique souhaité :

- **Interface Utilisateur**
 - Design intuitif : Une interface claire et conviviale pour faciliter la navigation.
 - Accessibilité : Conformité aux normes d'accessibilité pour les personnes en situation de handicap.
- **Prise en Charge des Demandes de Remboursement**
 - Soumission en ligne : Possibilité d'envoyer des demandes de remboursement directement via le portail.
 - Téléversement de documents : Fonctionnalité pour uploader des justificatifs (factures, prescriptions).
 - Suivi des demandes : Historique des demandes de remboursement et statut en temps réel.
- **Consultation des Garanties**
 - Détails des garanties : Accès aux informations sur les garanties souscrites, y compris les niveaux de couverture et les exclusions.
- **Outils de Simulation**
 - Calculateur de remboursement : Outil permettant aux agents d'estimer le montant des remboursements pour divers types de soins.
 - Simulateur de cotisation : Estimation des cotisations en fonction des options choisies.
- **Communication et Support**
 - Messagerie sécurisée : Outil de communication directe avec le service client.
 - Prise de rendez-vous : Option pour planifier des rendez-vous avec des conseillers.
- **Reporting et Statistiques**
 - Tableau de bord personnalisé : Vue d'ensemble des remboursements, cotisations, et historiques de soins.
 - Rapports d'activité : Accès à des rapports mensuels ou annuels sur les dépenses de santé.
- **Application Mobile**
 - Accessibilité mobile : Développement d'une application mobile offrant les mêmes fonctionnalités que le portail web.
 - Notifications push : Alertes concernant les remboursements, échéances de cotisation, etc.

- **Informations et Ressources (optionnelle)**
 - FAQ et assistance en ligne : Section dédiée aux questions fréquentes et guides pratiques.
 - Actualités et mises à jour : Informations sur les changements de politiques, nouvelles garanties, etc.
- **Support client réactif avec service d'assistance téléphonique et par email, avec un référent attitré.**

3.2.2. Les services apportés à l'équipe administrative d'ESEA

- **Gestion des Comptes Utilisateur et Gestionnaire**
 - Création de compte : Inscription facile avec validation par email.
 - Authentification sécurisée : Mise en place d'un système d'authentification à deux facteurs.
- **Gestion Administrative**
 - Changement de situation : Fonctionnalité pour signaler des changements (changement d'adresse, statut familial).
 - Désinscription et inscription : Processus simplifié pour gérer les inscriptions et désinscriptions.
 - Liaison DSN pour le paiement des cotisations
- **Sécurité et Confidentialité**
 - Protection des données : Conformité aux normes de protection des données (RGPD).
 - Chiffrement des informations : Mesures de sécurité pour protéger les données sensibles.
 - Confidentialité des données : Accès strictement contrôlé aux informations sensibles, limité aux personnes autorisées, et mise en œuvre de politiques de confidentialité pour assurer que les données personnelles soient traitées avec respect et transparence.

3.3. Prise d'effet des garanties

En cas de basculement d'un agent de son ancienne complémentaire santé vers la nouvelle complémentaire santé obligatoire, et si un **soin est en cours de traitement** (avec des paiements échelonnés, par exemple trimestriels ou semestriels), la nouvelle complémentaire santé devra appliquer un **prorata** sur les frais en collaboration avec l'ancienne complémentaire santé.

Si **aucun accord** n'est trouvé entre la nouvelle complémentaire santé et l'ancienne, la nouvelle complémentaire santé prendra à sa charge l'intégralité des coûts liés au soin en cours, dans le respect des **plafonds et garanties légales** prévues par la législation.

Il ne sera appliqué aucune franchise et aucun délai de carence lors de l'adhésion de l'agent au contrat.

3.4. Présentation de l'offre aux agents

Le titulaire fera une présentation aux salariés de son offre et des outils mis à disposition des agents dans le mois suivant sa notification.

4. MODALITES DE REPONSE AU MARCHE

4.1. Pièces contractuelles du marché

Les pièces contractuelles du marché sont les suivantes et prévalent dans l'ordre défini ci-après, en cas de contradiction :

- Le Règlement de Consultation (RC),
- Le présent Cahier des Clauses Administratives Particulières (CCAP),
- Le Cahier des Clauses Techniques Particulières (CCTP),

4.2. Documents à fournir

Le candidat devra fournir les documents suivants :

- Dossier de présentation de l'organisme.
- Liste des références dans des structures publiques ou privées.
- Détails techniques sur les garanties proposées, les plafonds de remboursement, les délais de carence, etc.
- Modalités de gestion du contrat et moyens technologiques mis en place.
- Un mémoire technique détaillé qui reprend toutes les modalités décrites dans le CCTP. Il devra fournir le détail de l'organisation mise en œuvre pour exécuter le marché (interlocuteurs dédiés, numéro d'appel, délais d'intervention, etc.).
- Un tableau des tarifs et garanties clair des prestations proposées permettant une comparaison avec d'autres candidats.