



Communes de Cléguérec,
Saint-Aignan,
Séglien,
et Sainte-Brigitte

Mutuelle santé intercommunale

Une meilleure couverture santé pour tous

Appel à partenariat

Cahier des charges et conditions de la consultation

CONTEXTE

Dans un contexte persistant de pauvreté, de montée de la précarité et de l'isolement, la commune de Cléguérec a développé une politique sociale plus active visant à lutter le plus en amont possible contre les phénomènes qui conduisent à la précarisation et à l'exclusion.

En France, plus de quatre millions de personnes ne possèdent pas de complémentaire santé. Ces personnes ne peuvent donc compter que sur la base du régime général de la Sécurité sociale et renoncent ainsi à certains soins pourtant utiles. De plus en plus chère, la mutuelle devient un luxe pour beaucoup. Face à ce constat, la commune de Cléguérec souhaite mettre à la portée du plus grand nombre une mutuelle santé.

L'objectif est d'obtenir des tarifs de couverture plus adaptés aux ressources des ménages fragilisés et de leur redonner, ainsi, du pouvoir d'achat.

Les publics ciblés sont larges: travailleurs salariés ou assimilés, demandeurs d'emplois, salariés agricoles, travailleurs non-salariés, étudiants, retraités...

Parmi les axes d'intervention, la question des inégalités face à la santé dans l'accès aux droits et le recours aux soins est un sujet majeur

Les communes voisines de Saint-Aignan, Sainte-Brigitte et Séglien ont décidé de s'associer à la démarche.

Ce travail commun entre Cléguérec et les communes précitées a été validé par délibération des conseils municipaux concernés. La commune de Cléguérec en a été désignée coordinatrice

PUBLIC CONCERNE

Une enquête a été lancée auprès de la population des différentes communes, destinée à mesurer la pertinence du dispositif envisagé. Elle portait notamment sur la situation des individus et leurs besoins en termes de garanties.

Par le biais de cette enquête, plus de 200 personnes (dont 60% de plus de 60 ans) ont manifesté leur intérêt pour ce projet.

OBJET DU PARTENARIAT

Les communes concernées sollicitent les professionnels (mutuelles, assureurs) en vue de conclure un partenariat d'engagements réciproques, permettant l'accès à une mutuelle santé de qualité au plus grand nombre et notamment aux personnes qui dans un contexte persistant de pauvreté et de montée de la précarité n'ont plus accès aux soins. Il s'agit de

proposer aux personnes intéressées des contrats souscrits à titre individuel avec des tarifs négociés collectivement par le groupe des quatre communes.

CONDITIONS GENERALES

Le contrat devra être accessible à toute personne domiciliée sur le territoire des communes concernées.

Il interviendra en complément des prises en charge obligatoires des différents régimes obligatoires : travailleurs salariés ou assimilés, salariés agricoles, travailleurs non-salariés, non agricoles...

La garantie s'appliquera à l'ensemble du foyer, sans limite d'âge ni questionnaire de santé.

Elle prendra effet le premier jour du mois qui suit la demande d'adhésion, le droit aux prestations devenant immédiat.

Le contrat pourra proposer plusieurs niveaux de garanties, l'assuré pourra changer de niveau à la fin de chaque année d'assurance.

Le contrat intègrera la notion de « tiers payant » pouvant dispenser de l'avance des frais sur présentation de la carte mutualiste chez certains professionnels de santé : pharmacies, hôpitaux, laboratoires, cliniques...

Les prestations concerneront les frais liés aux soins, à l'hospitalisation, l'optique, les prothèses dentaires, prothèses auditives, cures thermales et à toute autre prestation prise en charge ou non par le régime général mais dont l'assureur ferait l'offre.

Les primes ou cotisations s'exprimeront en fractionnement mensuel.

La mutuelle ou l'assureur s'engagera à leur stabilité sur une période minimale de 24 mois.

Le contrat sera établi pour 12 mois avec tacite reconduction, chaque assuré disposant d'un droit de résiliation à la date anniversaire avec un préavis d'un mois.

Il pourra être résilié par la mutuelle ou l'assureur en cas de non-paiement des cotisations, quarante (40) jours après l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure.

Ce contrat sera régi par le Code des Assurances et/ou le Code de la mutualité.

CONDITIONS PARTICULIERES

Trois niveaux de prestations sont requis: minimum, moyen et maximum.

Les niveaux « Moyen » et « Maximum » offriront des extensions aux garanties de niveau « Minimum ». Elles pourront se traduire par des remboursements supérieurs aux 100% du remboursement de sécurité sociale ou par des forfaits plus élevés quand ce type de garantie est prévu.

Des actes de prévention, de soins ou médicaments non pris en charge pourront être intégrés aux garanties offertes selon les niveaux proposés.

Il pourra s'agir en particulier de:

Vaccin antigrippe prescrit par un médecin, ostéopathie, pédicurie, podologie, acupuncture, diététique nutritionniste, psychologie, contraception, aide à l'arrêt du tabac etc.

Peuvent être également pris en compte des frais liés à l'évaluation initiale Mc Kenzie, l'amniocentèse.

Enfin, des « bonus naissance » sous forme de période de gratuité au bénéfice des nouveaux-nés ou une participation aux frais d'obsèques peuvent être envisagés.

D'une façon générale, il est demandé aux soumissionnaires de bien prendre en compte les notions de solidarité mutualiste et de proximité qui sous-tendent cette démarche et en sont les fondements mêmes afin d'adapter leurs propositions aux catégories socioprofessionnelles concernées et aux données socio-économiques de la commune de Cléguérec et des communes associées.

En outre, il serait souhaitable que les propositions puissent tenir compte de l'aide à la complémentaire santé (ACS).

CONDITIONS DE LA CONSULTATION

L'appel à partenariat est adressé à l'ensemble des professionnels (mutuelles, assureurs) demandant à répondre à la consultation.

Sur la base des conditions générales et particulières décrites ci-dessus, chaque professionnel formulera sa proposition pour le : **15 mars 2016 – 17 H.**

Délai de validité des offres : **180 jours** à compter de la date limite de la remise de l'offre.

Pour obtenir tous les renseignements complémentaires qui leur seraient nécessaires au cours de leur étude, les candidats devront faire parvenir au plus tard 8 jours avant la date limite de réception des offres leurs demandes à l'adresse mail suivante : mutuelle@cleguerec.fr. Une réponse leur sera communiquée sous 5 jours maximum.

La proposition pourra être envoyée par voie postale ou déposée à l'adresse suivante:

Commune de Cléguérec, 10 Place Pobéguin, 56480 CLEGUEREC

Après analyse des offres, les communes procéderont ensemble à une audition des professionnels dont la proposition aura retenu leur attention.

Il est précisé que pour des raisons évidentes de gestion, les professionnels (mutuelles, assureurs) devront proposer au minimum une permanence hebdomadaire sur le territoire des communes concernées (sujette à ajustement selon les besoins des assurés).

Outre les conditions générales et particulières et les engagements réciproques énoncés ci-dessus, les professionnels devront décrire dans un mémoire comment ils envisagent d'entrer dans un partenariat actif avec les communes concernées, être force de proposition en termes de sécurisation de l'accès aux soins, de prévention et de lien avec les réseaux de soin de proximité. Une réunion entre les professionnels et le comité de pilotage des communes membres sera organisée annuellement pour faire un point sur les actions menées et à mettre en place.

CRITERES DE SELECTION

Les propositions seront jugées dans un premier temps selon les critères définis ci-dessous:

1er critère : le montant de la prime pour une famille avec enfants, pour un couple sans enfant, pour une personne seule soit :

- a) Famille avec enfants : $\frac{\text{Prime la moins élevée}}{\text{Prime du candidat}} \times 50$
- b) Couple sans enfant : $\frac{\text{Prime la moins élevée}}{\text{Prime du candidat}} \times 50$
- c) Personne seule : $\frac{\text{Prime la moins élevée}}{\text{Prime du candidat}} \times 50$

La note finale sera la moyenne de $\frac{a + b + c}{3}$

2^{ème} critère : Valeur technique de la proposition

Chaque domaine tel que figurant sur l'annexe, à savoir: frais médicaux courants, pharmacie, hospitalisation, dentaire, optique, prothèses, contraception féminine, prévention, sera noté de 1 à 5 points, selon l'intérêt de la proposition.

En outre un bonus de 10 points maximum pourra être attribué pour des prestations complémentaires.

La note finale s'obtiendra selon la formule suivante : $\frac{\text{Meilleure note}}{\text{Note du candidat}} \times 40$

3^{ème} critère: les modalités de fonctionnement d'un partenariat actif avec les communes et les réseaux de soin de proximité

Noté sur 5 points en fonction des dispositions que proposera le candidat dans sa note méthodologique.

La note finale s'obtiendra selon la formule suivante : $\frac{\text{Meilleure note}}{\text{Note du candidat}} \times 10$

Le total des notes des 3 critères sera la note finale du candidat.

Les notes sont calculées avec deux décimales

DUREE DU PARTENARIAT

Ce partenariat est passé pour une durée de 24 mois à compter de sa mise en place officielle. Il sera soumis à évaluation régulière par le comité de pilotage des communes concernées. Ces dernières se réservent la possibilité de relancer un nouvel appel à partenariat si nécessaire.

ANNEXE – PANIER DE GARANTIES

Les formules de garanties et les tarifs correspondants comprendront :

- Médecine courante : Médecine générale et chez des spécialistes, radiologie, analyses médicales, Infirmierie, kinésithérapie, biologie, pédicure, orthophonie, pharmacie etc.
- Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité : honoraires, examens, analyses, frais de séjours, chambres particulières, forfait journalier hospitalier, frais d'accompagnant d'enfants hospitalisés, dépassements d'honoraires, transport...
- Optique : monture, verres, lentille, chirurgie réfractive ou laser, basse vision...
- Soins et prothèses dentaires : soins, chirurgie, radiologie, orthodontie...
- Cure thermale : remboursement des soins et forfait complémentaire
- Prothèses capillaires, implantologie et prothèses mammaires, oculaires, orthopédie
- Audioprothèses
- Appareillages : ceinture de maintien, bas à varices, semelles orthopédiques...
- Forfait complémentaire incluant médecine douce (ostéopathie, acupuncture, étiopathie, chiropractie...) frais de pédicure, contraception, vaccin, diététique non remboursé

Il sera par ailleurs demandé :

- D'indiquer l'adresse de l'agence la plus proche.
- La mise en place :
 - d'une permanence sur le territoire des communes concernées
 - d'actions collectives de prévention santé en partenariat avec les communes ou les associations locales.