

Rédacteur : Adding

LE CONTRAT RESPONSABLE

Définition & mise en œuvre

Initialement, les obligations liées aux contrats responsables et solidaires, mises en place par la réforme de l'assurance maladie de 2004, étaient destinées à encourager le respect du parcours de soins coordonnés par les patients.

Par le biais de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 complété par un décret publié en novembre 2014, la définition du contrat responsable évolue pour assurer un niveau de couverture minimum et maximum des soins :

- notamment pour certains postes générant un reste à charge important,
- et, d'autre part, **pour éviter les pratiques non responsables contribuant à la dérive du prix de certaines prestations** ou à une segmentation accrue des offres au détriment des personnes les plus fragiles.

Les textes de référence :

- Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie - Article 57 définissant les obligations et les interdictions de prise en charge des régimes de frais de santé complémentaire,
- Loi de financement de la Sécurité Sociale 2012 / arrêté du 17 avril 2012 / arrêté du 8 juillet 2013 précisant les modalités de communication par les organismes de protection sociale complémentaire du montant et de la composition des frais de gestion et d'acquisition,
- Loi de Financement de la Sécurité sociale rectificative du 9 août 2014,
- Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.



Le cahier des charges du contrat responsable c'est :

- **Les obligations de prise en charge** dans le parcours de soins (le parcours de soins coordonnés repose sur le choix d'un médecin traitant que l'assuré social désigne auprès de sa caisse d'assurance maladie) et de deux prestations de prévention au choix sur la liste établie par arrêté ministériel,
- **Les interdictions de remboursement** des dépassements et majorations liés au non-respect du parcours de soins, du forfait d'un euro et des franchises médicales,
- **La communication annuelle** du montant et de la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme assureur,
- **Les minima et plafonds de garanties sur certains postes de soins (consultation du médecin, optique et forfait hospitalier).**

L'impact du non-respect du contrat responsable :

Le respect du contrat responsable conditionne :

- Le bénéfice d'un taux réduit de Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA) : 13,27% au lieu de 20,27%,
- L'exonération de charges sociales sur le financement employeur sous réserve de répondre aux autres points définis par la réglementation - article L. 242-1 6^{ème} CSS.

Exemple d'une cotisation mensuelle :

	Part patronale	Part salariale	Cotisation totale
Coût mensuel total dans le respect du contrat responsable	60 €	40 €	100 €
Cotisation brute avec majoration de taxe +7%	64,20 €	42,80 €	107 €
+ Charges sociales	+28,80 € ¹	+14,72 € ²	+43,52 €
Coût mensuel total en cas de non-respect du contrat responsable	93 €	57,52 €	150,52 €

Exemple d'un budget annuel employeur :

- dans le respect du contrat responsable : 1 000 000 €
- en cas de non-respect du contrat responsable : 1 551 500 €

Exemple d'impact sur le compte de résultat frais de santé :

¹ Hypothèse 45% de charges patronales

² Hypothèse 23% de charges salariales



Dans l'hypothèse du maintien d'un régime de frais de santé non responsable au-delà de la période de portabilité, application de la TSA majorée.

En cas de hausse de la TSA sans répercussion sur les cotisations, le compte de résultat est fortement dégradé.

	<i>Régime actuel</i>	<i>Après la période transitoire Non-respect du contrat responsable</i>
<i>Cotisations brutes</i>	2 000 000 €	2 000 000 €
<i>-Taxes</i>	234 307 €	337 075 €
<i>-Frais</i>	194 226 €	182 922 €
Cotisations nettes (P)	1 571 466 €	1 480 003 €
<i>Prestations versées</i>	1 530 000 €	1 530 000 €
<i>+Provisions (PSAP)</i>	45 900 €	45 900 €
Total prestations (S)	1 575 900 €	1 575 900 €
Solde (P-S)	-4 434 €	-95 897 €
S / P	100,3%	106,5%



Le « nouveau » contrat responsable

■ Les garanties minimales et maximales

Type de prestations	Min	Max
Honoraires (en hopital ou en ville) : consultations de généralistes et spécialistes, actes techniques médicaux, radiologies dispensés par des médecins n'ayant pas souscrits au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	Ticket modérateur	200%BR-SS (jusque fin 2016, limite à 225% BR-SS)
médecins ayant souscrits au CAS	+ 20% BR que hors CAS	-
Frais hospitalisation		
Frais de séjour	Ticket modérateur	200%BR-SS (jusque fin 2016, limite à 225% BR-SS)
Forfait journalier (hospitalier et psychiatrie)	Sans limitation de durée	-
Pharmacie	Ticket modérateur (sauf SMR faible et modéré / homéopathie)	-
Soins courants : auxiliaires médicaux, analyses médicales, frais de transports	Ticket modérateur	-
Dentaire : Prothèses et orthodontie remboursée	Ticket modérateur (<i>attention le décret du 8 septembre relatif aux paniers de soins prévoit un minimum de 125% BR</i>)	-
Optique	prise en charge d'un équipement tous les 2 ans (Sauf mineurs et en cas de l'évolution de la vue dans la limite d'un équipement par an) y compris monture dans la limite de 150 € :	
Equipement « Verres simples » = verres simples foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00	50€ (<i>attention le décret du 8 septembre relatif aux paniers de soins prévoit un minimum de 100€</i>)	470 €
Equipement mixte "verres simple + complexe"	125 €	610 €
Equipement mixte "verres simple + super complexe"	125 €	660 €
Equipement « Verres complexes » = verres simples foyer dont la sphère est $\geq -6,00$ ou $+6,00$ ou dont la sphère est supérieure à $+4,00$ et verres multifocaux ou progressifs en dehors des verres super complexes et pour le matériel pour amblyopie.	200 €	750 €
Equipement mixte "verres complexe + super complexe"	200 €	800 €
Equipement « Verres supers complexes » = verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone $-8,00$ ou $+8,00$ ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone $-4,00$ à $+4,00$	200 €	850 €



■ Définition du Contrat d'Accès aux soins (CAS)

Le contrat d'accès aux soins a été mis en place par l'avenant n° 8 à la convention médicale publié au Journal officiel du 6 décembre 2012 et entrée en vigueur en décembre 2013.

- Son objectif : limiter les dépassements d'honoraires
- Nombre de médecins ayant souscrits : 11 000

Statut	Nombre de médecins (libéraux et hospitaliers)	Dont nombre de médecins libéraux	Secteur 1 sans dépassement	CAS à honoraires maîtrisés	Secteur 2 à honoraires libres
Généralistes	100 000	69 000	62 000	3 000	4 000
Spécialistes	115 000	61 000	36 000	8 000	17 000
Total	215 000	130 000	98 000	11 000	21 000
		100%	75%	8%	16%

- Avantages pour le médecin :
 - 4 300 € par an d'allègement de charges sociales
 - Hausse de la base de remboursement Sécurité sociale à 28€ au lieu de 23€
- Engagement du médecin :
 - ne pas augmenter ses tarifs pendant 3 ans,
 - réaliser des actes sans dépassement d'honoraires
 - stabiliser son taux de dépassement moyen (maximum 100%BR en moyenne sachant qu'au-delà d'un dépassement de 150% par consultation, le tarif est considéré comme abusif)
- Où trouver un médecin CAS : sur le site ameli-direct.fr



Exemple de consultations :

	Tarif de la consultation	Base de remboursement Sécurité sociale	Remboursement Sécurité sociale	Remboursement complémentaire maximum	Reste à charge
Spécialiste secteur 1	28 €	28 €	18,60 €	8,40 €	1,00 €
Spécialiste avec CAS	56 €	28 €	18,60 €	36,40 €	1,00 €
Spécialiste hors CAS	56 €	23 €	15,10 €	29,90 €	11,00 €
Spécialiste avec CAS	70 €	28 €	18,60 €	50,40 €	1,00 €
Spécialiste hors CAS	70 €	23 €	15,10 €	29,90 €	25,00 €

Parmi les signataires du CAS, l'on retrouve principalement des médecins spécialistes (73%).

L'assurance maladie précise que, y ont souscrit :

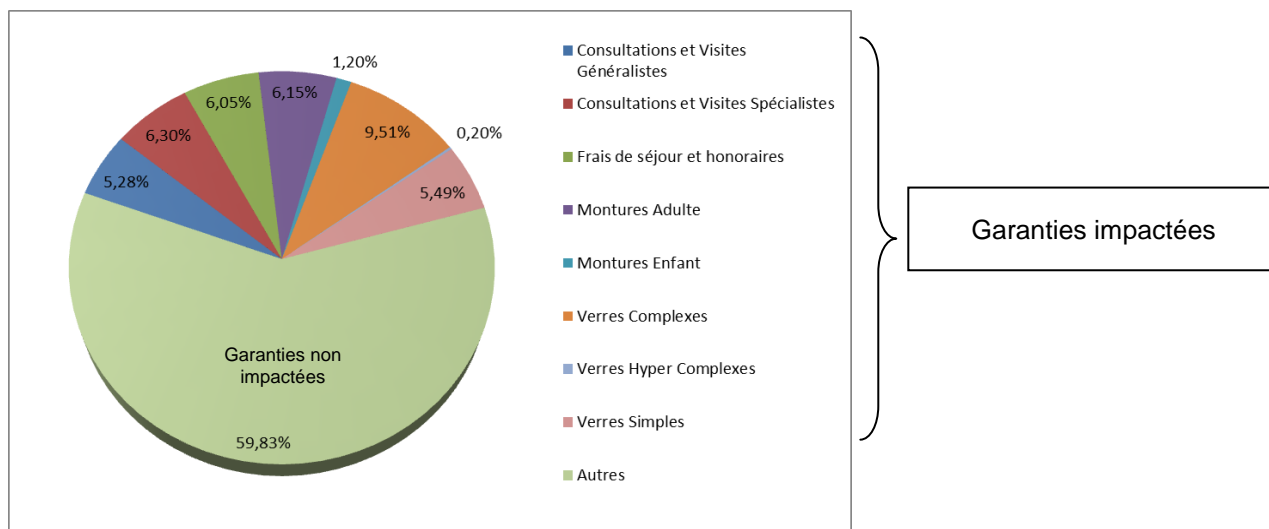
- plus de 50% des généralistes, pneumologues, radiologues, neurologues, et internistes éligibles au CAS
- 20% des rhumatologues, psychiatres, gynécologues-obstétriciens, ORL, chirurgiens, dermatologues éligibles au CAS,
- moins de 20% des gynécologues médicaux et ophtalmologues éligibles au CAS.

La région Ile-de-France récence le plus de contrats souscrits (21%), suivie de la région Provence-Alpes-Cote-d'Azur (14%).



■ L'impact sur les remboursements & sur le tarif

Les postes de dépenses concernés par le plafonnement des garanties concernent 40% des remboursements complémentaires :



Sur la base de la modélisation, nous constatons un impact différent entre la région parisienne et la province du fait des dépassements d'honoraires nettement plus importants en régime parisienne.

Ainsi, la limitation des garanties aura un impact sur le coût du régime :

- En région parisienne, entre 5% et 10% lorsque le plafonnement affecte tous les postes (autour de 6,5% quand il concerne uniquement les consultations/visites et les frais de séjours hospitaliers).
- En province entre 1% et 5%, car l'impact est relativement limité sur les garanties liées aux consultations et visites (Généralistes et Spécialistes).

■ Exemples d'impact

Poste	Région	Garanties en vigueur (y compris Sécurité sociale)	Contrat responsable (y compris Sécurité sociale)	Impact sur la consommation pour ce poste	Impact sur le tarif global
Consultation de spécialistes	Paris	370% BR	200%BR	-17,7%	-2,14%
Consultation de spécialistes	Province	370% BR	200%BR	-9%	-0,67%



■ Cas des régimes sur-complémentaires

Certains régimes de frais de santé proposent des garanties optionnelles facultatives qui viennent en complément du régime socle obligatoire.

Le projet de circulaire paru en décembre 2014 laisse entendre qu'un dispositif pourrait combiner un socle responsable et une option non responsable **sans pour autant remettre en cause le caractère responsable de la base (et donc le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux).**

Ainsi,

	REGIME SOCLE		REGIME SURCOMPLEMENTAIRE	
	Respect des plafonds	Taxe applicable	Respect des plafonds	Taxe applicable
cas 1	oui	13,27%	oui	13,27%
cas 2	oui	13,27%	non	<u>20,27%</u>

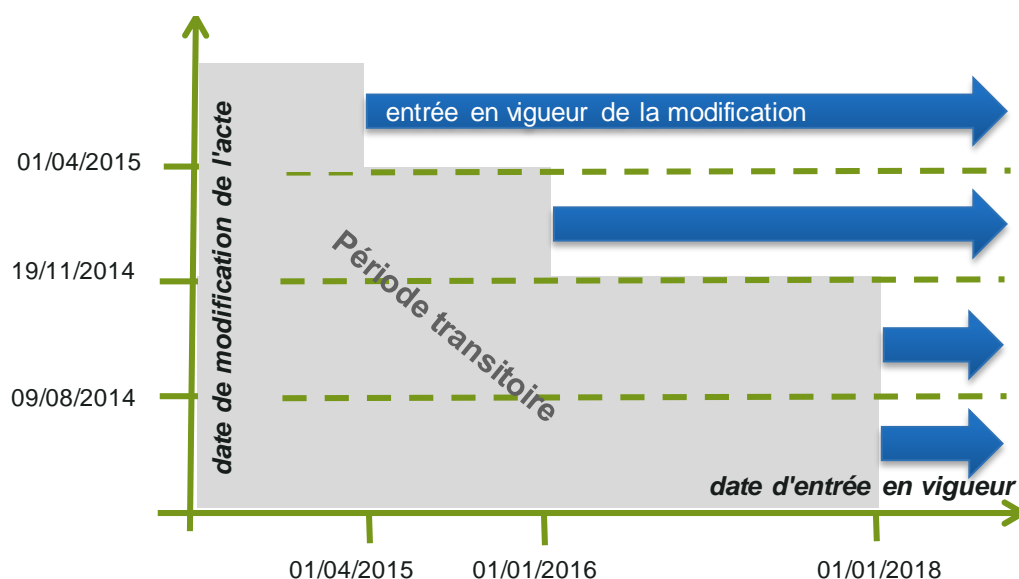
Cependant, le contrat socle et le contrat sur-complémentaire doivent faire l'objet de contrats juridiquement distincts.

- Un contrat unique regroupant la base responsable et l'option non responsable = risque de requalification



La prise d'effet

Sont concernés :	
au 1er avril 2015	<p>Les contrats individuels,</p> <p>Les contrats collectifs souscrits en dehors du cadre de l'entreprise,</p> <p>Les contrats collectifs d'entreprise à adhésion facultative,</p> <p>Les contrats collectifs d'entreprise à adhésion obligatoire mais ne remplissant pas toutes les conditions d'exonération sociale,</p> <p>Les contrats d'assurance collectifs d'entreprise à adhésion obligatoire <u>conclus ou renouvelés</u> à compter du 1er avril 2015.</p>
au 1er janvier 2016	<p>Les contrats collectifs et obligatoires résultant d'accords ou DUE <u>conclus ou modifiés</u>³ entre la date de parution du décret soit au 19 novembre 2014 et le 1^{er} avril 2015</p>
à la date de modification de l'acte	<p>L'ensemble des actes de mise en place modifiés après le 1^{er} avril 2015.</p> <p>Sont concernées les modifications des actes de mise en place et non pas du contrat d'assurance, mais il n'est pas spécifié qu'il doit s'agir de modification des garanties (<i>sont concernées les modifications relatives à la santé uniquement</i>)</p>
au 1er janvier 2018	<p>Sous réserve de remplir les conditions pour bénéficier des exonérations sociales au 9 août 2014 et si aucune modification n'est apportée aux actes de mise en place.</p>



³ Sont considérées comme des modifications toutes modifications relatives à la couverture santé : cotisations, financement, dispenses, garanties, assureurs...



■ Cas des adhésions facultatives rattachées au contrat obligatoire des actifs

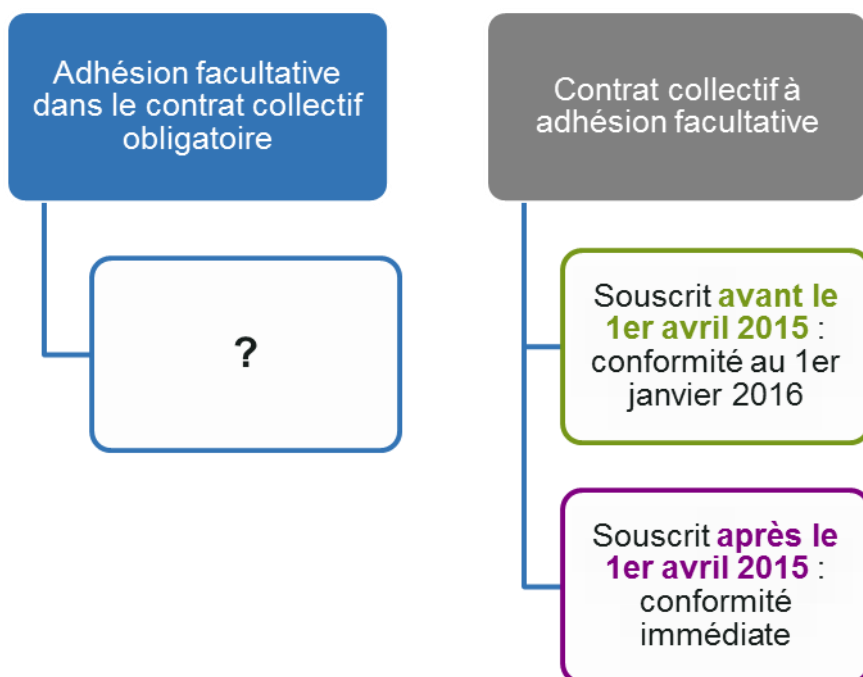
Un même contrat collectif et obligatoire au profit des salariés d'une entreprise peut prévoir :

- un régime optionnel sur-complémentaire
- l'adhésion facultative des ayants droit
- une extension ou un contrat annexe au profit des salariés sortants (Loi Evin)

Le décret du 18 novembre 2014 et la circulaire du 30 janvier 2015 fait mention des contrats individuels et collectifs facultatifs d'un part et des contrats collectifs / obligatoires d'autre part.

A la lecture des textes, nous comprenons que :

- un contrat collectif et facultatif bénéficie des mêmes dates d'application que les contrats individuels,
- **Quid des adhésions facultatives au sein des contrats collectifs et obligatoires, la circulaire ne précise rien sur ce point.**





Comment ?



Recenser les pièces

- Le libellé des garanties
- L'étendue des actes de mise en place (accords, DUE, référendum)



Identifier les zones de vigilance

- Les garanties concernées
- Les contraintes juridiques (modification de l'acte de mise en place...)
- Les échéances



Mesurer les impacts

- Impacts économiques & financiers
- Impacts sociaux (pour les salariés)



Se mettre en conformité

- Moduler les garanties
- Mettre à jour les actes de mise en place
- Adapter éventuellement les cotisations
- Formalisation contractuelle



www.adding.fr

adding Paris

45 rue de la Chaussée d'Antin - 75009 PARIS

Tél. +33 (0)1 56 89 54 00

adding Lyon

La Britannia - 20 bd Eugène Deruelle

69432 LYON - cedex 03

Tél. +33 (0)4 72 18 58 52