

2 0 1 8

Santé Info Droits PRATIQUE

— C.2.1 —

SÉCURITÉ SOCIALE

— COMPLÉMENTAIRES SANTÉ : LES CONTRATS — RESPONSABLES ET SOLIDAIRES

DE QUOI
S'AGIT-IL ?

Le dispositif du « Contrat Responsable » a été instauré par la réforme de l'Assurance maladie du 13 août 2004. Poursuivant l'objectif d'une meilleure coordination entre les actions entreprises par le régime obligatoire d'Assurance maladie et les régimes complémentaires, la loi de 2004 a adapté le régime fiscal applicable aux contrats complémentaires de santé afin d'encourager la création de nouveaux contrats, les « contrats responsables » pour, notamment, inciter les assurés à suivre le parcours de soins coordonné, réputé vertueux. Cette méthode avait déjà été mise en œuvre en 2002 avec la création des « contrats solidaires » qui excluent de soumettre le bénéficiaire à un questionnaire médical et de fixer les cotisations en fonction de son état de santé.

La notion de « contrat responsable et solidaire » s'applique aux contrats d'assurance complémentaire santé individuels et collectifs.

Cette reconnaissance impose aux contrats concernés des garanties obligatoires et des garanties interdites.

Les organismes complémentaires d'Assurance maladie doivent s'inscrire dans le cadre réglementé des « contrats responsables et solidaires » pour bénéficier de l'avantage fiscal prévu, mais ils restent toutefois libres de proposer des contrats « non responsables » à leurs clients. Si le contrat est responsable et solidaire, le taux de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) est de 13.27% au lieu des 20.27% appliqués aux autres types de contrats.

A NOTER :

- Tout employeur du secteur privé, entreprise et association, a l'obligation de proposer une couverture complémentaire santé collective à ses salariés, sauf dans certains cas de dispenses expressément prévus par la loi et par le contrat. Plus d'informations sur cette question dans la fiche D.7 - Les contrats de groupe obligatoires.
- Le recours au contrat responsable et solidaire est obligatoire pour les contrats « labellisés » souscrits par des personnes âgées d'au moins soixante-cinq ans et ceux labellisés « aide au paiement d'une complémentaire santé » (ACS – article R863-11 du Code de la Sécurité sociale).

CE QU'IL FAUT SAVOIR

Le contrat responsable et solidaire protège contre les risques d'exclusions en raison de son état de santé

Pour que le contrat soit considéré comme responsable et solidaire, les organismes ne doivent pas recueillir d'informations médicales auprès de leurs clients au titre des contrats individuels et collectifs à adhésion facultative et les cotisations et primes ne doivent pas être fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

En revanche, le bénéfice de ce taux n'est pas incompatible avec le recueil de telles informations par les organismes pour les contrats collectifs à adhésion obligatoire, les salariés bénéficiant par ailleurs des dispositions protectrices de la Loi Evin interdisant à l'organisme d'assurance de tirer des conséquences individuelles de l'information recueillie (soit il refuse tout le monde soit il accepte tout le monde) empêchant une sélection individuelle des bénéficiaires du contrat de groupe obligatoire (Cf. Fiche D.7 – Les contrats de groupe obligatoires).

COMMENT ÇA MARCHE ?

Le contrat responsable permet à l'assuré à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.

Ainsi, les organismes complémentaires d'assurance maladie doivent être, à compter du 1^{er} janvier 2017, en mesure de permettre la dispense d'avance de frais à leurs assurés, a minima sur le ticket modérateur, en ville comme à l'hôpital. A l'hôpital, cette mesure s'applique également sur le forfait journalier hospitalier.

Cette obligation à la charge des organismes complémentaires présente un intérêt relatif pour l'assuré puisque ce dispositif n'est pas opposable aux professionnels de santé et notamment aux médecins.

Le contrat responsable prévoit la communication annuelle de l'organisme assureur à ses assurés du montant et de la composition des frais de gestion et d'acquisition affectés aux garanties, en pourcentage des cotisations ou primes.

Cette information permet aux assurés de connaître la part de ses cotisations qui ne financent pas directement la couverture du risque assuré.

Le contrat responsable exclut la prise en charge des frais suivants :

- la participation forfaitaire de un euro ;
- la franchise médicale ;
- le ticket modérateur et les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations hors parcours de soins coordonné (cette exclusion peut être totale ou partielle).

Le contrat responsable doit respecter des planchers et des plafonds de remboursement :

- Consultation, actes médicaux et médicaments : obligation de prise en charge de l'intégralité du ticket modérateur, à l'exception des médicaments remboursés à hauteur de 15 % ou 30 % par l'Assurance Maladie (médicament dont le service médical rendu est considéré comme modéré ou faible), de l'homéopathie et des cures thermales, dont la

prise en charge par la complémentaire santé reste facultative.

- Forfait journalier hospitalier (cf. Fiche pratique C. 6. 1) : obligation de prise en charge intégrale sans limitation de durée, à l'exception des établissements sociaux et médico-sociaux, comme les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour lesquels la prise en charge par l'organisme complémentaire reste facultative.
- Dépassements d'honoraires : plafonnement des remboursements pour les consultations des médecins de secteur 2 non signataires de l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM).

Si le médecin n'a pas signé l'OPTAM, le contrat d'assurance ne pourra prendre en charge les dépassements d'honoraires (si les garanties le prévoient) qu'à hauteur maximum de 100 % de la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale à compter de 2017, et dans la limite du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant signé l'OPTAM minoré d'un montant égal à 20 % de la BR ; En revanche, la prise en charge n'est pas plafonnée pour les médecins signataires de l'OPTAM.

- Optique : si le contrat prévoit des remboursements au-delà du ticket modérateur, il doit inclure des garanties situées entre un plancher et un plafond sur les équipements optiques en fonction des corrections (entre 50 euros et 850 euros par équipement). Pour l'application de ces maxima, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 euros.

Cette garantie s'applique pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an.



UNE ÉCOUTE PAR DES SPÉCIALISTES POUR TOUTE
QUESTION JURIDIQUE ?
OU SOCIALE LIÉE À LA SANTÉ ?

Egalement accessible sur :
www.france-assos-sante.org
[/sante-info-droits](http://sante-info-droits)

Union nationale des associations agréées
d'usagers du système de santé

*Accessible à tout sur l'ensemble du territoire, sans condition d'affiliation, pour le coût d'une communication normale

Planchers et plafonds de prise en charge du contrat responsable

	PLANCHERS	PLAFONDS
Soins de ville (1)	100% de la BR (2) Sauf Cures thermales	Dépassements honoraires : 100% du tarif opposable pour les médecins non signataires de l'OPTAM (3)
Frais d'hospitalisation	100% de la BR + Forfait hospitalier illimité	Dépassements honoraires : 100% du tarif opposable pour les médecins non signataires de l'OPTAM
Pharmacie : Médicament à SMR important (4)	100% de la BR	100% de la BR
Prothèses dentaires	100% de la BR	Pas de plafond réglementaire
Orthodontie	100% de la BR	Pas de plafond réglementaire
Lunettes : Monture + Verres simples Verres à simple foyer dont la sphère est comprise entre -6.00 et 6.00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00	50€ tous les 2 ans 1 équipement par an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue	470€ tous les 2 ans dont 150€ pour la monture 1 équipement par an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue
Lunettes : Monture + Verres mixtes 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe OU 1 verre complexe + 1 verre très complexe	125€ à 200€ tous les 2 ans 1 équipement par an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue	610€ à 800 € tous les 2 ans dont 150€ pour la monture 1 équipement par an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue
Lunettes : Montures + Verres complexes Verres simple foyer dont la sphère est supérieur à -6.00 à +6.00 ou dont le cylindre est supérieur à +4.00 et à verres multifocaux ou progressifs.	200€ tous les 2 ans 1 équipement par an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue	750€ tous les 2 ans dont 150€ pour la monture 1 équipement par an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue
Lunettes : Montures + Verres très complexes Verres multifocaux ou progressif sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8.00 à +8.00 ou sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00.	200€ tous les 2 ans 1 équipement par an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue	850€ tous les 2 ans dont 150€ pour la monture 1 équipement par an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue

(1) Ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors d'une hospitalisation ou d'un hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux : consultations de médecins généralistes ou spécialistes en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires, consultations dispensées à l'hôpital en dehors des situations d'hospitalisation ...

(2) Base de remboursement de la Sécurité sociale.

(3) Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM seront pris en charge dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'OPTAM minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité.

(4) Médicaments à SMR (service médical rendu) important : remboursement à 65% par l'Assurance maladie.

POINT DE VUE

Le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014, définissant un nouveau « cahier des charges » des contrats responsables, en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, a réformé le contenu desdits contrats en introduisant des planchers et des plafonds de prise en charge, notamment pour les dépassements d'honoraires et l'optique.

Cette mesure procède de la volonté d'agir, indirectement, sur les tarifs pratiqués par les professionnels de santé concernés en les responsabilisant du fait de la limitation de la prise en charge par les complémentaires santé. L'évaluation de l'impact des contrats responsables sur les dépassements d'honoraires et les équipements d'optique est nécessaire pour conclure sur l'intérêt d'une telle mesure. En revanche, dès à présent, le contrat responsable « nouvelle formule » a concrètement pour effet de plafonner purement et simplement la prise en charge des dépassements d'honoraires de la majorité des médecins (ceux restés en secteur 2, non signataires de l'OPTAM) et ainsi d'augmenter le reste à charge des assurés sociaux.

Ce déremboursement est particulièrement dramatique dans certaines grandes villes où les praticiens de secteur 2 sont nombreux à facturer des dépassements supérieurs à 100% du tarif Sécurité sociale, et dans certaines spécialités comme la chirurgie libérale, l'anesthésie... où il est courant de constater des dépassements élevés.

Dans ce contexte, un nouveau marché s'ouvre pour les organismes complémentaires d'assurance maladie, déjà nombreux à proposer des contrats de sur-complémentaire pour couvrir les restes-à-charge après remboursement de la première complémentaire.

Un troisième niveau de couverture du risque maladie se met en place à la faveur de la réforme des contrats responsables, aux dépens des assurés qui, mal informés des conséquences de la mesure, sont exposés à des restes-à-charge « surprises » dont il convient de mesurer l'ampleur.

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Code de la Sécurité sociale : articles L862-4 ; L871-1 et R871-1 et R871-2 ; L911-7, D911-1 et suivants
- Article 83 du Code général des impôts
- Circulaire n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales

EN SAVOIR PLUS

Santé Info Droits 01 53 62 40 30

La ligne d'information et d'orientation de France Assos Santé sur toutes les problématiques juridiques et sociales liées à l'état de santé.

Lundi, mercredi, vendredi : 14h-18h. Mardi, jeudi : 14h-20h

Posez vos questions en ligne sur www.france-assos-sante.org/sante-info-droits



Fiches Santé Info Droits Pratique (<http://www.france-assos-sante.org/publications-documentation/fiches-pratiques>)

Fiche C.6 - Forfaits et franchises

Fiche C.9.1 - Exercice libéral de la médecine : honoraires médicaux et taux de prise en charge

Fiche D.7 - Les contrats de groupe obligatoires

ÉVALUEZ NOTRE DOCUMENTATION !

Afin de mieux adapter nos publications à vos besoins nous avons mis en place un formulaire d'évaluation de notre documentation disponible en ligne à l'adresse suivante :

<http://www.france-assos-sante.org/publications-documentation/evaluer-notre-doc>

N'hésitez pas à le remplir, votre retour est essentiel !