

LE CONTRAT RESPONSABLE ET SOLIDAIRE

Novembre 2017



95 %
des contrats proposés
par les mutuelles
respectent les critères
du contrat responsable
et solidaire

UN DISPOSITIF POUR UN MEILLEUR ACCES AUX SOINS

Les contrats responsables et solidaires visent à offrir une couverture santé complète et de qualité aux adhérents, tout en contribuant à la régulation des dépenses de santé. Ils ont été instaurés en 2004 puis révisés en 2015.

Les règles des contrats responsables sont définies par les pouvoirs publics. Aujourd'hui, la quasi-totalité des contrats de complémentaire santé proposés par les mutuelles, qu'ils soient souscrits à titre individuel ou collectif, sont solidaires et responsables.

QU'EST CE QU'UN CONTRAT RESPONSABLE ET SOLIDAIRE ?

Un contrat est responsable lorsqu'il respecte le cahier des charges fixé par les pouvoirs publics. Il encourage également l'adhérent à adopter un comportement responsable en respectant notamment le parcours de soins coordonnés.

Un contrat est solidaire lorsqu'il n'applique pas de sélection médicale à la souscription et ne fixe pas ses tarifs en fonction de l'état de santé de ses adhérents.

Le contrat responsable et solidaire est l'un des dispositifs mis en place par les pouvoirs publics pour mieux maîtriser les dépenses de santé et favoriser l'accès aux soins :

- il garantit un bon niveau de remboursement pour les dépenses de santé les plus courantes ;
- il favorise le respect du parcours de soins ;
- il ne prend pas en charge certaines dépenses, et plus spécifiquement les dépassements et majorations liés au non-respect du parcours de soins, la participation forfaitaire de 1 € applicable aux consultations et certains examens médicaux, les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport ;
- il fixe des planchers ou des plafonds de remboursement pour certains dépassements de tarifs ou honoraires.

En cas de non-respect des règles de prise en charge du contrat responsable, les complémentaires santé sont sanctionnées fiscalement : leur taxe passe alors de 13,27 % (en cas de respect) à 20,27 %.

7 %
pénalité fiscale
supportée par
les contrats des
complémentaires
santé qui ne sont
pas responsables

DE NOUVEAUX CRITERES POUR LE CONTRAT RESPONSABLE

Depuis le 1^{er} avril 2015, sous l'impulsion des pouvoirs publics, les contrats responsables doivent remplir de nouvelles obligations en intégrant des planchers et des plafonds de remboursement. Les planchers garantissent une couverture minimale aux adhérents et favorisent ainsi l'accès d'un plus grand nombre à des soins de qualité. Les plafonds visent à responsabiliser les adhérents dans leurs dépenses et les complémentaires santé dans leurs remboursements. Ils encouragent également les professionnels de santé à modérer leurs tarifs.

Désormais, les nouveaux contrats responsables :

- prennent en charge l'intégralité du ticket modérateur, c'est-à-dire la partie des dépenses de santé qui reste à la charge du patient une fois que l'Assurance maladie a remboursé sa part. Toutes les catégories de soins sont concernées, y compris la prévention, à l'exception des frais liés aux cures thermales, aux soins homéopathiques et aux médicaments dont le service médical rendu (SMR) a été classé faible ou modéré ;
- incluent le forfait journalier à l'hôpital sans limitation de durée, uniquement pour les établissements de santé¹ ;
- si le contrat prévoit la prise en charge des dépassements :
 - pour les médecins qui n'ont pas signé l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam²), le remboursement des dépassements d'honoraires ne peut aller au-delà de 100 % du tarif de la Sécurité sociale : une consultation dont le tarif est fixé à 23 € par la Sécurité sociale ne peut être remboursée plus de 46 € par une mutuelle responsable. Si, au contraire, l'adhérent choisit un médecin signataire de l'Optam, le dépassement d'honoraire lui sera mieux remboursé par sa complémentaire santé ;
 - les contrats responsables et solidaires fixent des planchers et des plafonds de prise en charge pour un équipement optique. La prise en charge est ainsi plafonnée à 470 € pour une paire de lunettes à verres simples, à 750 € pour des verres complexes, à 850 € pour des verres très complexes. Ces plafonds comprennent le remboursement des montures, lui-même plafonné à 150 € par équipement. Le changement d'équipement est possible tous les deux ans, excepté pour les enfants ou en cas d'évolution de la vue : la période est alors réduite à un an ;
- font bénéficier les adhérents du tiers payant, les dispensant ainsi d'avance de frais.

CE QU'EN PENSE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

La Mutualité Française soutient les principes de solidarité et de régulation des dépenses de santé. Elle participe, à travers ses mutuelles, à la mise en œuvre du contrat solidaire et responsable.

La Mutualité Française est favorable à une évaluation des effets de cette réforme sur l'accès aux soins, l'évolution des dépenses de santé et le reste à la charge des adhérents.

1 - La prise en charge du forfait journalier hospitalier ne concerne que les établissements de santé (hôpital ou clinique, établissement psychiatrique). Sont donc exclus les établissements médico-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (Ehpad).

2 - Depuis le 1^{er} janvier 2017, le contrat d'accès aux soins (CAS est remplacé par l'Optam (option de pratique tarifaire maîtrisée). Ce dispositif, tout comme le CAS, a pour objectif d'encadrer les dépassements d'honoraires que pratiquent les médecins du secteur 2.

