

LE CONTRAT RESPONSABLE ET SOLIDAIRE

MESSAGES CLÉS

« **La complémentaire santé est de plus en plus administrée, avec la multiplication des paniers de soins, labellisations, appels d'offres...**, comme si l'unique question était la solvabilisation des dépenses », regrette Thierry Beudet, président de la Mutualité Française. « **Aujourd'hui, le véritable enjeu est celui de la régulation et de l'organisation de notre système de santé. Les restes à charges sont avant tout liés au prix des soins et des produits de santé. Et l'encadrement des remboursements n'est pas le moyen le plus direct pour agir sur les prix pratiqués par les offreurs de ces soins et produits.** »

POINT DE SITUATION

Afin de réguler les dépenses de santé, les pouvoirs publics ont mis en place, en 2004, les « contrats responsables et solidaires ». Réformés le 1^{er} avril 2015, ces contrats responsables comportent de nouvelles règles, intégrées par les complémentaires santé depuis le 1^{er} janvier 2016.

Dans le cadre de ces contrats responsables, le remboursement des dépenses de santé est encadré, via notamment des minimas et des plafonds de remboursement pour les complémentaires santé (cf tableau joint).

Les règles du contrat responsable s'appliquent à toutes les complémentaires santé, qu'elles soient souscrites à titre individuel ou collectif (via l'entreprise).

Le non-respect de ces règles est sanctionné fiscalement, le taux d'imposition de la complémentaire santé passant alors de 13,27 % (en cas de respect) à 20,27 %. L'alourdissement de la fiscalité pèse de fait sur le coût du contrat.

Aujourd'hui, il est encore trop tôt pour évaluer les effets de cette réforme et notamment l'impact des minimas et plafonds de remboursement sur les prix.

Le seuil fixé pour les dépassements d'honoraires, 100 % du tarif « sécu », reste élevé. Il est supérieur à la moyenne des dépassements pratiqués par les médecins de secteur 2 (80%). Seuls 9 %¹ des médecins pratiquent des dépassements au-delà de 100 % du tarif « sécu ». Et 74 % des adhérents avaient déjà, avant cette réforme, un taux de couverture des dépassements inférieur ou égal à 100 %².

Par ailleurs, les minimas fixés ont pour conséquence de renchérir le coût de certains contrats dits « soins essentiels » ou « hospitaliers » :

- soit parce que ces contrats doivent intégrer des garanties supplémentaires,
- soit, s'ils ne le font pas et ne respectent pas ces minimas, parce qu'ils sont alors surtaxés.

CHIFFRES CLÉS

95%. C'est la part des complémentaires santé respectant les critères du contrat responsable et solidaire.

470€. C'est le plafond de remboursement d'une paire de lunettes avec des verres simples.

46 €. C'est le montant au-delà duquel la consultation d'un médecin³ est à la charge exclusive du patient (pour une consultation dont le tarif « Sécu » est à 23 €).

2,8 milliards €. C'est la somme des dépassements d'honoraires en 2015. 70 % sont restés à la charge des patients, tandis que 30 % étaient remboursés par les complémentaires santé.

9 %. C'est la part des médecins qui pratiquent des dépassements au-delà de 100 % du tarif « sécu ».

74 %. C'est la part des adhérents qui avaient déjà un taux de couverture des dépassements d'honoraires inférieur ou égal à 100%, avant la réforme des contrats responsables.

¹ Source : SNIIRAM 2013 / calculs FNMF

² Source : DREES contrats les plus souscrits 2013 / calculs FNMF

³ Non signataire du contrat d'accès aux soins (CAS) - dispositif progressivement remplacé par l'Optam (Option de pratique tarifaire maîtrisée), dispositif de pratiques tarifaires maîtrisées.

Prestations	Contrat responsable et solidaire		
	Prise en charge (PEC) obligatoire minimum	PEC optionnelle	
		PEC min	PEC max
Soins de ville (principaux postes)			
Honoraires médecins adhérents au Contrat d'accès aux soins (CAS) / OPTAM	Ticket modérateur (TM) [ex : 7,50 € pour une consultation à 25 €]		Pas de limite
Honoraires médecins non adhérents au CAS / OPTAM – dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées.	TM		1. Au-delà de 46€, la consultation est à la charge exclusive du patient. 2. La prise en charge des dépassements d'honoraires est inférieure d'au moins 20% par rapport à un médecin qui adhère au CAS.
Cures thermales	pas d'obligation		
Auxiliaires médicaux : infirmiers, kinésithérapeutes...	TM		
Examen de biologie	TM		
Médicaments			
« remboursé à 65% par assurance maladie obligatoire (AMO) »	TM (35 % du prix du médicament)		
« remboursé à 30% par AMO »	pas d'obligation		
« remboursé à 15% par AMO »	pas d'obligation		
Hospitalisation - MCO, SSR et PSY			
Frais de séjours	TM (20 % de ces frais)		
FJH - Forfait Journalier Hospitalier (MCO – Médecine Chirurgie Obstétrique / SSR – Soins de Suite et Réadaptation / PSY - Psychiatrie)	Illimité		
Honoraires médicaux	TM		Idem aux honoraires de ville avec la distinction CAS-non CAS
Transport	TM		
Optique - Un équipement tous les 2 ans sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue où les montants s'appliquent par période d'un an			
Equipelement simple	TM	50 €	470€ dont 150€ pour la monture
Equipelement complexe	TM	200 €	750€ dont 150€ pour la monture
Equipelement très complexe	TM	200 €	850€ dont 150€ pour la monture
Lentilles remboursables	TM		
Dentaire			
Soins dentaires	TM		
Prothèses dentaires remboursables	TM		
Orthodontie remboursable	TM		
Audioprothèses			
Par prothèse	TM		
Prévention			
Actes remboursables	TM		