



**AG2R LA MONDIALE**

Fiche Pratique

# LE CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

## L'ESSENTIEL

Depuis 2002, il existe des contrats dits « solidaires ». Un contrat est solidaire lorsqu'il n'y a pas de sélection médicale à la souscription et lorsque le tarif n'évolue pas en fonction de l'état de santé de la personne.

La Loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie a procédé à une réforme en profondeur de l'Assurance maladie. Ainsi, elle a organisé le parcours de soins coordonnés autour du médecin traitant et responsabilisé le patient en instaurant des franchises et une contribution forfaitaire de 1 €. Elle a également créé la notion de « contrat responsable ». Le contrat responsable a été instauré par le gouvernement afin de responsabiliser les patients, les organismes de complémentaires d'assurance santé et les différents praticiens. Il consiste à inciter les patients à respecter le parcours de soins coordonnés afin d'être mieux remboursé.

La loi de financement de la Sécurité sociale de 2014 a reconfiguré le « contrat solidaire et responsable » en posant trois grands principes :

- l'élargissement du champ des prestations couvertes par le contrat responsable,
- l'introduction de niveaux minimum et maximum de prise en charge notamment en cas de dépassements d'honoraires et enfin,
- l'introduction de conditions permettant de renforcer la mutualisation des risques couverts.

Le décret du 18 novembre 2014 est venu compléter ce dispositif en définissant le nouveau cahier des charges des contrats responsables.

---

## L'ESSENTIEL - JUILLET 2018

---

**02 POURQUOI SOUSCRIRE UN CONTRAT RESPONSABLE ?**

---

**02 ÉCHÉANCIER DE MISE EN PLACE**

---

**02 NOUVEAU CAHIER DES CHARGES DES CONTRATS RESPONSABLES**

---

**03 TABLEAU RÉCAPITULATIF**

---

**04 LEXIQUE**

---

# POURQUOI SOUSCRIRE UN CONTRAT RESPONSABLE ?

Le contrat responsable ouvre droit à un régime social et fiscal avantageux. La non-conformité de la couverture santé implique le paiement des cotisations sociales sur les contributions patronales au financement des régimes complémentaires des frais de santé et la non-déductibilité fiscale de ces contributions.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014, la taxe spéciale sur les contrats d'assurance (TSCA) est passée de 9% à 14% pour les contrats non responsables. Les contrats responsables continuent de bénéficier d'un taux dérogatoire de 7%.

## NOUVEAU CAHIER DES CHARGES DES CONTRATS RESPONSABLES

Jusqu'à présent, la notion de contrat responsable se limitait au respect de remboursements minimum sur certaines prestations et à l'interdiction de prise en charge de certaines franchises ou majorations. Désormais, le contrat responsable se caractérise par une prise en charge minimale d'un ensemble de prestations, mais aussi par l'instauration de plafonds de remboursement en vue de limiter les dépassements d'honoraires et les tarifs en optique.

### Plafonnement des remboursements

Pour continuer à bénéficier d'un environnement fiscal avantageux, les entreprises devront donc appliquer à leurs contrats de nouvelles règles. La nouvelle réglementation impose le

plafonnement des remboursements pour certains soins. Les dépassements d'honoraires des médecins qui n'ont pas signé l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM et OPTAM co) ne seront ainsi remboursés (remboursement de Ss incluse) qu'à hauteur de 200% maximum de la BRSS. En revanche, il n'y aura pas de plafonnement si le médecin est adhérent à l'OPTAM. L'encadrement des garanties vise également l'optique. Le plafond de remboursement est fixé, par exemple, à 470 euros pour un équipement optique avec deux verres simples, ou à 750 euros pour des verres complexes. La prise en charge des montures est plafonnée à 150 euros au sein de l'équipement optique.

## OPTION DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, le contrat d'accès aux soins a été remplacé par l'option tarifaire maîtrisée (OPTAM). Une nouvelle option spécifique est également ouverte aux médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique, avec une valorisation directe à l'acte (OPTAM-CO). Simplifié, ce nouveau dispositif offre plus d'avantages aux médecins signataires. L'OPTAM est un contrat signé par certains professionnels de santé auprès de l'Assurance Maladie. Avec la mise en place

des contrats santé responsables, l'OPTAM permet aux patients de choisir un médecin signataire afin de pouvoir bénéficier d'un meilleur remboursement. La généralisation de la complémentaire santé à tous les salariés s'accompagne d'un dispositif législatif visant à leur garantir des prestations santé conformes au minimum défini par le panier de soins. Elles doivent également respecter des maxima, afin que le contrat soit responsable.

# TABLEAU DES NOUVEAUX ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE POUR LA QUALIFICATION DE CONTRAT RESPONSABLE

## DÉFINITION DU CONTRAT RESPONSABLE

(Décret 18 novembre 2014)

|  | PLANCHER<br>(minimum de prise en charge)   | PLAFOND<br>(maximum de prise en charge)  |
|--|--|--|
| <b>Soins de ville</b>  | 100% TM <sup>(1)</sup> (sauf cure thermique)<br>(ex : consultations et actes généralistes/spécialistes, auxiliaires médicaux, analyses médicales...) | Médecins hors OPTAM <sup>(2)</sup> : 200% (à partir de 2017) - minoration de 20% minimum BR <sup>(3)</sup> par rapport au remboursement appliqué par les médecins CAS<br><br>Médecin CAS : pas de plafonnement (majoration de 20% minimum de la BR par rapport à la prise en charge du médecin hors OPTAM) |
| <b>Hospitalisation</b>   | Frais d'hospitalisation 100% TM<br><br>Forfait journalier hospitalier : 100% sans limitation de durée  | Médecins hors OPTAM : 200% (à partir de 2017) - minoration de 20% minimum de la BR par rapport au remboursement appliqué par les médecins OPTAM<br><br>Médecin CAS : pas de plafonnement (majoration de 20% BR par rapport à la prise en charge du médecin hors OPTAM)                                     |
| <b>Pharmacie</b>   | 100% TM médicaments pris en charge par la Sécurité sociale à hauteur de 65%  | -  |
| <b>Dentaire (prothèses et orthodontie remboursées)</b>   | 100% TM  | Pas de plafond   |
| <b>Optique</b>   | Limité à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les deux ans (sauf mineurs ou évolution de la vue)  |  |
| <b>Monture</b>   | -  | 150€ intégrés au forfait optique globale (cf. ci-dessous)  |
| <b>Équipement 2 verres unifocaux simples</b>   | RRO <sup>(4)</sup> + 100€  | RRO + 470€   |
| <b>Équipement verre unifocal simple + verre unifocal forte correction ou verre multifocal/progressif simple</b>                        | RRO + 150€   | RRO + 610€   |
| <b>Équipement 2 verres parmi unifocaux fortes corrections ou multifocaux/progressifs simples</b>                                       | RRO + 200€   | RRO + 750€   |
| <b>Équipement verre unifocal simple + verre multifocal/progressif forte correction</b>   | RRO + 150€   | RRO + 660€   |
| <b>Équipement verre parmi unifocal forte correction ou multifocal/progressif simple + verre multifocal/progressif forte correction</b> | RRO + 200€   | RRO + 800€   |
| <b>Équipement 2 verres multifocaux/progressifs fortes corrections</b>  | RRO + 200€   | RRO + 850€   |

(1) TM : Ticket modérateur

(2) CAS : Contrat d'accès aux soins

(3) BR : Base de remboursement

(4) RRO : Remboursement régime obligatoire

# LEXIQUE

## **Ticket Modérateur (TM) :**

C'est la somme des dépenses de santé qui reste à votre charge après le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des bases de remboursement (BR) et avant le remboursement de la complémentaire santé. Le montant du ticket modérateur varie selon les actes médicaux et les médicaments prescrits par le professionnel de santé.

## **Base de Remboursement (BR) :**

La base de remboursement de la Sécurité sociale est le montant à partir duquel l'Assurance Maladie va calculer les remboursements des frais de santé pris en charge par la Sécurité sociale. Cette base de remboursement correspond à un montant en euros (déterminé grâce à un barème pour chaque acte médical) sur lequel est appliqué un taux (en %) qui est fixé et varie en fonction du type de soins. De cette opération, on obtient ainsi la somme remboursée par la Sécurité sociale.

## **Service Médical Rendu (SMR) :**

Le service médical rendu est un critère utilisé en santé publique pour classer les médicaments ou dispositifs médicaux en fonction de leur utilité d'un point de vue thérapeutique ou diagnostique. Le SMR prend en compte plusieurs aspects : d'une part la gravité de la pathologie pour laquelle le médicament est indiqué ; d'autre part des données propres au médicament lui-même dans une indication donnée (ex : efficacité et effets indésirables, place dans la stratégie thérapeutique, notamment au regard des autres thérapies disponibles, et existence d'alternatives thérapeutiques, intérêt pour la santé publique).

En fonction de l'appréciation de ces critères, plusieurs niveaux de SMR ont été définis, les trois premiers seulement donnent lieu à un avis favorable à l'inscription sur la liste des médicaments remboursables :

- SMR majeur ou important : remboursement SS à 65 % ;
- SMR modéré : remboursement SS à 30 % ;
- SMR faible : remboursement SS à 15 % ;
- Insuffisant : avis défavorable à l'inscription sur la liste des médicaments remboursables.

## **Soins de ville (ou soins ambulatoires) :**

Comprennent les soins effectués en cabinet de ville, en dispensaire, centres de soins ou lors de consultations externes d'établissements hospitaliers publics ou privés. Ils se composent des soins dispensés au titre de l'activité libérale par les médecins, les dentistes et les auxiliaires médicaux (les infirmiers, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes), des actes d'analyse effectués en laboratoire et des soins dispensés en cures thermales.

## **Forfait journalier hospitalier :**

Représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie.

## **Les frais de séjour (frais d'hospitalisation) :**

Sont les frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts d'un séjour en cas d'hospitalisation (hébergement, repas, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses, plateau technique, personnel soignant, etc.).

En fonction du statut de l'établissement (établissement conventionné ou non conventionné), ces frais de séjour peuvent exclure les honoraires médicaux, chirurgicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part. Dans un hôpital public ou une clinique privée conventionnée, l'Assurance maladie prend en charge les frais suivants :

- les frais liés à votre hospitalisation à 80 % du tarif conventionnel (base de remboursement de la Sécurité sociale), sauf cas particuliers ex : actes coûteux pris en charge à 100%. Les frais liés à votre hospitalisation correspondent aux frais de séjour, honoraires médicaux et chirurgicaux ;
- les soins réalisés avant ou après votre hospitalisation. Le taux de prise en charge varie selon les soins (vous serez, par exemple, remboursé à 70 % lors d'une consultation chez un anesthésiste, avant une opération, et à 60 % si vous avez besoin de séances de rééducation après une intervention chirurgicale).

Les dépassements d'honoraires médicaux et chirurgicaux (dans le cadre d'une hospitalisation) sont donc à la charge de l'assuré.