



AG2R LA MONDIALE

# LE CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

## L'ESSENTIEL

95% des contrats de complémentaire santé sont des contrats « solidaires et responsables »\*. Depuis 2002, il existe des contrats dits « solidaires ». Un contrat est solidaire lorsqu'il n'y a pas de sélection médicale lors de 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, leur complémentaire 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.

\* Projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2014 - Rapport du Sénat 25 novembre 2014

## SOMMAIRE - AVRIL 2016

---

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 élargi par rapport à la version précédente, 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 régle-

mentation joue plus que jamais sur le plafonnement des remboursements. Les dépassements d'honoraires des médecins qui n'ont pas signé les Contrats d'Accès aux Soins (CAS) ne seront ainsi remboursés qu'à hauteur de 200 % maximum de la BRSS. En revanche, la prise en charge sera supérieure si le médecin a conclu un CAS. L'encadrement des garanties vise également l'optique. Le plafond de remboursement est fixé à 470 euros pour une paire de lunettes à verres simples, 750 euros pour des verres complexes et jusqu'à 850 euros pour un équipement avec des verres complexes à forte correction. La prise en charge des montures reste limitée à 150 euros. Il n'y a pas de plafonnement des remboursements pour les frais dentaires.

## LE CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS

Ce contrat négocié nationalement entre l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux signataires permet aux médecins de favoriser l'accès aux soins de leurs patients au travers d'un meilleur remboursement et de bénéficier en échange d'avantages sociaux.

### **En quoi consiste le Contrat d'Accès aux Soins ?**

En signant le Contrat d'Accès aux Soins (CAS), le médecin permet à ses patients de :

- bénéficier d'un meilleur remboursement de la Sécurité sociale,
- réduire le reste à charge.

# TABLEAU DES NOUVEAUX ELEMENTS A PRENDRE EN COMPTE POUR LA QUALIFICATION DE CONTRAT RESPONSABLE

## DÉFINITION DU CONTRAT RESPONSABLE (Décret 18 novembre 2014)

	PLANCHER (minimum de prise en charge)	PLAFOND (maximum de prise en charge)
<b>Soins de ville</b>	100% TM <sup>(1)</sup> (sauf cure thermale) (ex : consultations et actes généralistes/ spécialistes, auxiliaires médicaux, analyses médicales...)	Médecins hors CAS <sup>(2)</sup> : 225% (2015 et 2016) 200% (à partir de 2017) - minoration de 20% minimum BR <sup>(3)</sup> par rapport au remboursement appliqué médecin CAS  Médecin CAS : pas de plafonnement (majoration de 20% minimum de la BR par rapport à la prise en charge du médecin hors CAS)
<b>Hospitalisation</b>	Frais d'hospitalisation 100% TM  Forfait journalier hospitalier : 100% sans limitation de durée	   Médecins hors CAS : 225% (2015 et 2016) 200% (à partir de 2017) - minoration de 20% minimum de la BR par rapport au remboursement appliqué médecin CAS  Médecin CAS : pas de plafonnement (majoration de 20% BR par rapport à la prise en charge du médecin hors CAS)
<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 (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€

<sup>(1)</sup> TM : Ticket modérateur

<sup>(2)</sup> CAS : Contrat d'accès aux soins

<sup>(3)</sup> BR : Base de remboursement

<sup>(4)</sup> 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.

**Contrat d'accès aux soins (CAS) :** Il s'agit d'un contrat dont le contenu est négocié nationalement entre l'Assurance maladie et les syndicats médicaux représentatifs, proposé à l'adhésion individuelle des médecins de secteur 2, et à certains médecins de secteur 1, notamment les anciens chefs de clinique, avec un droit permanent au dépassement. En échange de l'engagement à ne pas augmenter leurs tarifs et à maintenir leur part d'activité en tarif « sécu » pendant les 3 ans du CAS. L'assurance maladie s'engage à aligner le niveau de remboursement des médecins adhérents au CAS sur ceux exerçant en secteur à honoraires opposables (secteur 1), à les faire bénéficier des revalorisations des tarifs de remboursement applicables aux médecins en secteur 1, et à valoriser l'activité réalisée aux tarifs opposables en prenant en charge les cotisations sociales sur les honoraires correspondants. Les complémentaires Santé sont incitées à prendre en charge de manière privilégiée les dépassements d'honoraires des médecins adhérent au contrat d'accès aux soins, lorsque le contrat complémentaire prévoit une prise en charge des dépassements.

**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.