

APRÈS LA PARUTION, LE 5 FÉVRIER 2015, DE LA CIRCULAIRE D'APPLICATION : LES ÉLÉMENTS CLÉS DU CONTRAT RESPONSABLE

Note d'analyse - 19 mars 2015

Si le décret du 19 novembre dernier apportait des précisions sur le périmètre des contrats dits «responsables», il n'en subsistait pas moins un certain nombre d'interrogations quant à l'interprétation qui pouvait en être faite. La circulaire d'application publiée le 5 février permet de clarifier les points en suspens et est, pour nous, l'occasion de revenir sur les principales dispositions du décret du 19 novembre 2014 et leurs impacts opérationnels.

[1. Le contexte](#)

[2. Le contenu](#)

[3. Les impacts pour les organismes complémentaires](#)

[4. L'accompagnement OpusLine](#)

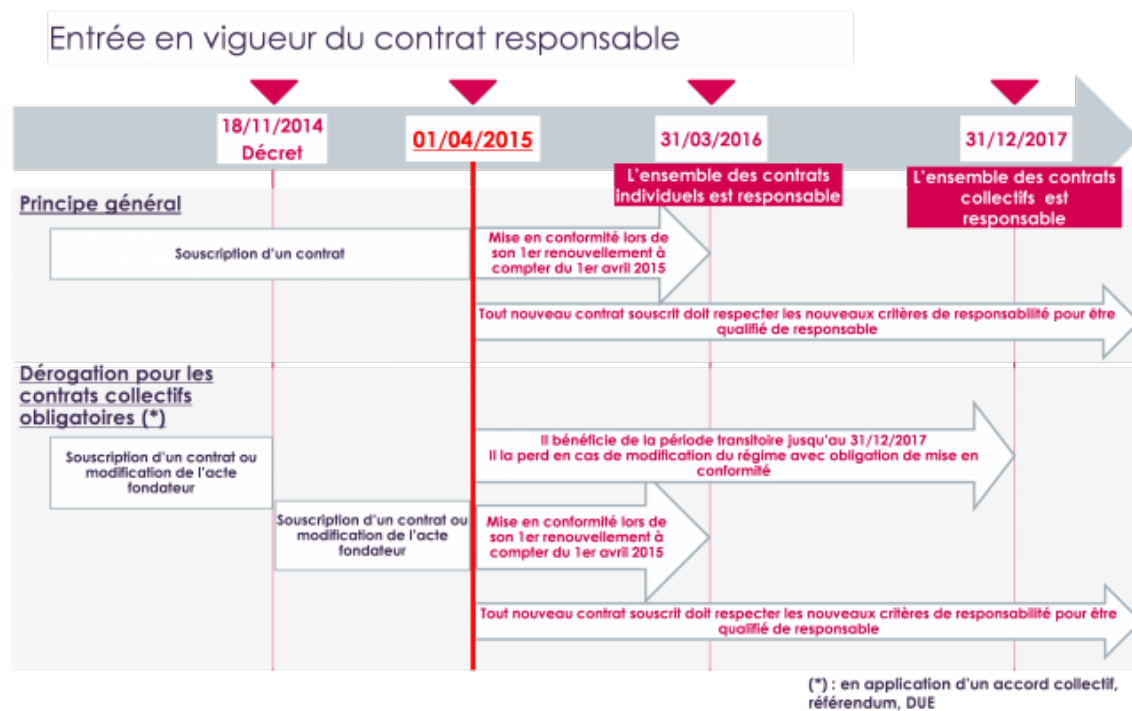
1. LE CONTEXTE

Le décret relatif aux contrats responsables, publié le 19 novembre au journal officiel, précisait les conditions d'application d'un contrat dit responsable :

- Des obligations de prise en charge encadrées, avec l'évolution des planchers et la mise en place de plafonds
- Qui permettent de bénéficier d'avantages sociaux et fiscaux :

- Un taux de 7% (au lieu de 14%) pour la taxe sur les conventions d'assurance (TSCA)
- Une exemption de cotisations sociales pour la participation de l'employeur
- Une déductibilité de l'assiette de l'impôt sur le revenu pour la participation du travailleur salarié
- Une déductibilité de la cotisation de l'assiette de l'impôt sur le revenu pour le travailleur non-salarié

Malgré la parution tardive du décret, la date de mise en application reste fixée au **1^{er} avril 2015**, ce qui implique une mise en œuvre rapide d'offres adaptées à ces nouvelles contraintes, sauf pour les contrats en stock, pour lesquels la date d'application s'échelonne jusqu'au 31 décembre 2017, selon les modalités suivantes :



La circulaire d'application apporte **deux précisions importantes** :

- Souscription ou modification d'un contrat collectif obligatoire avant le 19/11/2014 : ce dernier bénéficie de la période transitoire jusqu'au 31/12/2017. Il la perd en cas de modification (1) du régime
- Souscription ou modification d'un contrat collectif obligatoire entre le 19/11/2014 et le 01/04/2015 : la mise en conformité est obligatoire dès son premier renouvellement à compter du 01/04/2015

[retour haut de page](#)

2. LE CONTENU

Les garanties

La circulaire d'application du 5 février 2015 apporte des précisions sur le contenu des garanties et les modalités de gestion des évolutions imposées.

Les soins courants

Si la tentation initiale fut de fixer des plafonds de garantie bas pour maîtriser l'inflation des dépenses de santé, le cadre retenu est finalement assez large sur la plupart des garanties, à l'exception des dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins non signataires du contrat d'accès aux soins, soit la majorité des médecins du secteur 2 à honoraires libres. Sur ce point, la circulaire d'application précise les modalités de plafonnement de la prise en charge des médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins. Ces actes font l'objet d'un double plafond :

- **200%** de la base de remboursement (le décret autorise de façon dérogatoire un plafond à **225%** en 2015 et en 2016 afin de faciliter la transition)
- En cas de prise en charge des dépassements d'honoraires, une prise en charge au moins inférieure de 20 points au niveau de prise en charge des signataires du CAS

On notera que ces deux plafonds sont cumulatifs.

La circulaire précise par ailleurs qu'un contrat couvrant uniquement la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au CAS ne peut être qualifié de responsable.

Les modalités d'expression des garanties ne sont en revanche pas précisées dans la circulaire. Les autres soins ne sont que peu impactés car non plafonnés (ex. dentaire ou appareillage) ou bénéficiant de plafonds plutôt élevés par rapport aux prises en charge actuelles (cas de l'optique).

L'optique

L'optique se singularise par une approche différente des plafonds selon la modalité de prise en charge. Si les garanties optiques du contrat complémentaire vont au-delà de la prise en charge du ticket modérateur, la prise en charge est limitée à un équipement – verres et monture – tous les deux ans. Cette condition ne s'applique pas si l'assuré est mineur ou en cas d'évolution de la vue (2). Cette période de deux années s'apprécie à compter de la date de souscription du contrat complémentaire ou de la date d'acquisition de l'équipement optique. L'assureur est libre de choisir l'une ou l'autre mais doit en faire mention expresse dans les documents contractuels afférents aux contrats.

Dans le cas d'un équipement distinct pour chaque trouble de la vue (un équipement pour la vision de près et un équipement pour la vision de loin par exemple), l'assuré peut acquérir deux équipements distincts par période de 24 mois. Cette période s'apprécie selon les mêmes modalités que ci-dessus.

Les planchers et plafonds définis sont différenciés selon le type de verre et la correction du bénéficiaire. Le cumul de ces règles rend nécessaire la mise en conformité de 100% des garanties optiques actuellement proposées par les opérateurs.

A l'inverse, si les garanties du contrat complémentaire sont limitées à la prise en charge du ticket modérateur, les conditions ci-dessus ne s'appliquent pas, il n'y a pas de limitation de fréquence de renouvellement de l'équipement.

L'hospitalisation

Enfin, le contrat complémentaire responsable intègre la prise en charge intégrale du ticket modérateur sur les frais d'hospitalisation – y compris la participation forfaitaire de 18€ - et du forfait journalier hospitalier facturé par les établissements de santé, prise en charge dont sont exclus les établissements médico-sociaux (type MAS ou EPHAD).

A noter, la prise en charge du forfait journalier hospitalier facturé par les établissements médico-sociaux n'est plus obligatoire dans le cadre du panier de soins minimal ANI, contrairement à ce qui avait été indiqué dans le précédent décret.

Synthèse des limitations de garanties

	Plancher	Plafond
SOINS DE VILLE (en % BRSS, SS incluse)		
Consultations médecine (dont actes réalisés par un médecin) hors CAS	100%	225% (2015 et 2016)*
Consultations médecine (dont actes réalisés par un médecin) CAS	100%	-
Pharmacie : vignettes blanches	100%	
Auxiliaires médicaux/Analyses/Transport	100%	-
Appareillage / prothèses	100%	-
HOSPITALISATION (en % BRSS, SS incluse)		
Honoraires hospitaliers	100%	225% (2015 et 2016)*
Forfait journalier hospitalier	Illimité	-
DENTAIRE (en % BRSS, SS incluse)		
Soins dentaires	100%	-
OPTIQUE** (en euros, SS exclue)		
Equipement verres simples	TM ou 50€	470€
Equipement verres complexes	TM ou 200€	750€
Equipement verres hypercomplexes	TM ou 200€	850€
Dont monture par équipement	-	150€
Lentilles	TM	

* Avec la contrainte additionnelle d'une différence de 20% à minima entre les remboursements CAS et hors CAS / 200% prévu en 2017

** Les forfaits optiques : exprimés sur 2 ans

Les garanties suivantes ne sont pas concernées par le contrat responsable (ni plancher ni plafond) :

- Les médicaments à service médical rendu modéré (remboursés par l'Assurance Maladie à 25-30%) et faible (remboursés par l'Assurance Maladie à 10-20%)
- Les spécialités homéopathiques
- Les soins thermaux

Les autres points

Création d'un observatoire sur l'optique

Le décret entérine la création d'un observatoire chargé d'évaluer les impacts du décret sur le marché de l'optique : niveaux de prix, qualité des équipements, accès des assurés, etc. La composition de cet observatoire mêlera des représentants des pouvoirs publics, des distributeurs d'appareils optiques, des fabricants d'équipements et des assurés.

Précisions sur les contrats multiples

Enfin, la circulaire d'application vient spécifier les critères de responsabilité en cas de contrats multiples, mettant fin à une interrogation majeure sur la responsabilité de la base en cas de dépassement des plafonds responsables pour les garanties supérieures :

- Une complémentaire santé incluant des garanties optionnelles n'est pas une surcomplémentaire
- Un contrat surcomplémentaire se distingue par l'existence de deux contrats : un contrat complémentaire intervenant en complément d'un contrat socle
- La non-responsabilité de la surcomplémentaire ne remet pas en cause la responsabilité de la base (contrat socle)
- Le respect des règles de plafonnement est regardé « eu égard aux prises en charge déjà effectuées par l'assurance maladie obligatoire et le contrat socle »

[retour haut de page](#)

3. LES IMPACTS POUR LES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES

La mise en œuvre du contrat responsable nécessite pour chaque acteur, individuel ou collectif, de revoir non seulement les contrats en stock mais également leurs stratégies de gamme :

- une nécessaire mise en conformité des contrats en stock (taux de non-conformité constaté compris entre 90 et 100%) :

- pour l'ensemble des contrats, la nécessaire revue des garanties optiques pour intégrer la nouvelle limitation de fréquence et les catégories de verres définies,
 - pour les contrats individuels d'entrée de gamme, la nécessité de relever les garanties pour se conformer aux planchers définis,
 - pour les contrats collectifs, le besoin d'intégrer les plafonds de prise en charge, notamment sur les dépassements d'honoraires.
-
- une stratégie à repenser pour adapter les structures de gamme et accompagner les assurés dans le financement de leurs reste-à-charge, notamment sur le poste hospitalisation.

[retour haut de page](#)

4. L'ACCOMPAGNEMENT OPUSLINE

Les dates de mise en œuvre impliquent de construire rapidement une stratégie et votre capacité à les anticiper est la clé de votre performance. OpusLine met son expertise au service de votre stratégie et vous accompagne sur les sujets liés à la mise en œuvre du nouveau contrat responsable.

Nous avons notamment mis au point un outil de mise en conformité des contrats responsables, créé spécifiquement pour répondre aux problématiques posées par la réforme.

Notre intervention peut prendre les formes suivantes :

Pour l'ensemble des acteurs :

- Construire avec vous une offre qui s'inscrive dans les contraintes imposées par le nouveau contrat responsable :

- Traduire simplement les exigences de segmentation des remboursements notamment concernant la distinction entre les médecins signataires du contrat d'accès aux soins et non signataires et les verres en optique
 - Définir des niveaux de garanties conformes aux planchers et plafonds et adaptés à votre stratégie de développement
 - Trouver des mécanismes innovants pour continuer à répondre aux besoins des assurés malgré les limitations de remboursements imposées (surcomplémentaire, services permettant de maîtriser les restes-à-charge)
-
- Traduire ces nouvelles contraintes en gestion des prestations

Sur l'ensemble de ces sujets, OpusLine a déjà mené de nombreux projets et propose des solutions adaptées à vos enjeux et à votre situation.

Spécifiquement pour les assureurs déjà présents sur le marché collectif :

Mettre le stock de contrat collectif en conformité avec les nouvelles contraintes du contrat responsable : une stratégie à bâtir dès maintenant pour être en capacité de mettre en conformité progressivement un volume de contrats pouvant atteindre des milliers de contrats pour un opérateur d'assurance.

OpusLine a créé un outil dédié à la mise en conformité des contrats collectifs, vous permettant d'identifier les contrats non conformes, l'écart à la cible, l'impact sur le chiffre d'affaires et la stratégie commerciale adaptée. Contactez-nous pour bénéficier d'une démonstration !

[retour haut de page](#)

(1) Le terme modification vise ici les changements des garanties frais de santé et les ajustements en lien avec la réglementation. A noter, la mise en œuvre d'une clause d'indexation des taux de cotisation et la modification d'une convention collective sans impact direct sur le régime de protection de la complémentaire santé ne remettent pas en cause le bénéfice de la période transitoire. En revanche, l'évolution des cotisations, si elle n'est pas expressément prévue par une clause d'indexation, est de nature à remettre en cause ce bénéfice.

(2) Par dérogation, la période de renouvellement de l'équipement est réduite à un an dans le cas d'une évolution, justifiée, de la vue. La charge de la preuve de l'évolution de la vue incombe à l'organisme complémentaire, mais les modalités de fourniture ne sont pas précisées.