



FORM' ACTION

FEDERATION CGT DES SOCIETES D'ETUDES

263 rue de Paris - Case 421 - 93514 MONTREUIL Cedex

Tél : 01 55 82 89 41 - Fax : 01 55 82 89 42 - Email : fsetud@cgt.fr - Site : <http://www.soc-etudes.cgt.fr>

CONTRATS RESPONSABLES ET IMPACTS SUR LE RESTE A CHARGE [Journée d'étude du 22 février 2017]

Intervenants : Oscar REBELLO - Olivier BREYAT : Malakoff Médéric

INTRODUCTION

Cette journée d'étude concernant les contrats responsables et l'impact sur le reste à charge doit permettre aux camarades investi-e-s dans les négociations sur la protection sociale (complémentaire santé, prévoyance, retraite, etc.) de connaître l'essentiel des dernières mesures impactant les contrats collectifs de complémentaire santé (voir aussi le FORM' ACTION sur la Sécurité Sociale et la complémentaire santé : <http://www.soc-etudes.cgt.fr/nos-publications/form-action/2726-form-action-mai-2016-securite-sociale-et-complémentaire-santé>). La généralisation de la complémentaire santé avait notamment pour but de proposer une couverture minimale aux personnes non encore couvertes. Elle escomptait, également rationaliser les dépenses de santé et cherchait ainsi à lutter contre certains postes particulièrement coûteux. La prise en charge des frais optiques est ainsi plafonnée par la réforme des contrats « responsables », dans l'espoir de faire baisser les tarifs de la profession. Il en est de même pour les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS), à même de pratiquer des tarifs libres. A noter toutefois que d'autres actes à l'origine de lourds restes à charges n'ont pas été priorités : l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) confirme qu'en France, les restes à charges des assurés après remboursements de l'Assurance Maladie obligatoire représentent en moyenne un quart de la dépense de santé. Ils peuvent cependant s'avérer très élevés pour certains assurés et constituer une véritable barrière à l'accès aux soins, à fortiori s'ils se répètent dans le temps. Quatre profils sont identifiés du point de vue économique et au regard de l'état de santé. Un premier profil concerne des patients principalement traités en ambulatoire pour des maladies chroniques ; un second regroupe des patients plutôt précaires et hospitalisés dans un établissement public ; un troisième concerne majoritairement des actifs consommant des soins dentaires et un quatrième profil rassemble plutôt des seniors non hospitalisés. Les résultats montrent que les individus appartenant au premier profil risquent de supporter des restes à charges

Position du problème

La protection sociale des salarié-e-s est depuis quelque temps bouleversée par de nombreuses réformes : panier de soins, contrat responsable, portabilité, exonération URSSAF. L'accès aux soins est au cœur des débats, l'état multiplie les mesures dans le domaine de la santé. C'est dans ce contexte, que la protection sociale fait l'objet de nombreuses questions. Face à ces nouveaux dispositifs qui impactent les montants de reste à charge pour les assuré-e-s, la fédération a souhaité informer les élu-e-s et mandaté-e-s des enjeux de ces nouvelles dispositions afin qu'ils appréhendent au mieux la partie juridique et l'environnement général des futures négociations sur ce thème.

Textes de références

- **Powerpoint : Malakoff Médéric**
- **Code du travail**
- **IRDES**

élevés. Parce qu'ils correspondent aux dépenses de santé non socialisés par l'assurance publique et que l'accès de la complémentaire santé dépend du revenu des individus, les restes à charge sont susceptibles de peser sur le budget des patients et donc de constituer une véritable barrière à l'accès aux soins.

LE CONTRAT RESPONSABLE

Le contrat responsable, c'est quoi ?

Le contrat responsable a été instauré par le gouvernement afin de responsabiliser les patients, leur complémentaire santé et les différents praticiens. Pour être considéré « *responsable* », un contrat doit remplir un cahier des charges strict. Il consiste, par exemple, à inciter les patients à respecter le parcours de soins coordonnés, c'est-à-dire à consulter leur médecin traitant avant un spécialiste (sauf exceptions).

Les anciennes règles du contrat responsable :

- la prise en charge du ticket modérateur des consultations et prescriptions du médecin traitant, et de médecins spécialistes issus du parcours de soins ;
- la prise en charge du ticket modérateur pour les médicaments prescrits dans le cadre du parcours de soins à vignette blanche 65 % ;
- la prise en charge du ticket modérateur pour les actes d'analyses et de laboratoire ;
- l'absence de prise en charge de la participation forfaitaire de 1€ ;
- l'absence de prise en charge des 3 franchises médicales ;
- la prise en charge du ticket modérateur de 2 prestations liées à la prévention.

Le gouvernement a récemment ajouté de nouvelles mesures : pour être responsable, un contrat devra désormais respecter des planchers et des plafonds de prise en charge.

Les textes récents relatifs au contrat responsable sont nombreux, un récapitulatif s'impose : tout d'abord, la loi de financement de la Sécurité sociale 2014 a modifié le code de la Sécurité sociale pour y intégrer de nouvelles conditions au contrat responsable. Le nouveau « cahier des charges » a ensuite été défini par le décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

Enfin, la circulaire du 30 janvier 2015 est venue apporter des précisions quant aux modalités d'application de ce nouveau cahier des charges du contrat responsable pour les contrats collectifs et travailleurs non-salariés.

Le dispositif initial « *contrat responsable* »

Les contrats « *responsables* » ont pour objectif d'encourager le parcours de soins coordonné par le médecin traitant et d'encadrer les niveaux de garanties afin de limiter les remboursements de dépassements d'honoraires de médecins et d'optique tout en garantissant la prise en charge de l'intégralité des tickets modérateurs.

La date à retenir quant à la réforme des contrats « *responsables* » était le **1^{er} avril 2015** : tous les nouveaux contrats souscrits à compter de cette échéance doivent respecter cette nouvelle réglementation. Mais quid des contrats souscrits avant cette réforme, alors même que leur terme n'est pas immédiat ? La récente circulaire sur les contrats responsables prévoit **une période transitoire** pour les contrats individuels et collectifs. Les entreprises déjà couvertes ont ainsi théoriquement, **jusqu'au 31 décembre 2017** pour se mettre en conformité. Toutefois, l'appréciation pratique de cette transition distingue les cas des entreprises couvertes avant et après le 19 novembre 2014, date de publication du décret sur ces contrats « *responsables* ».

Quels contrats sont concernés ?

Tous les contrats de complémentaire santé sont concernés par cette réforme, qu'ils soient individuels ou collectifs. Les contrats existants courent jusqu'à leur échéance, et seront obligatoirement mis en conformité

avec la nouvelle réglementation par la suite. Seule exception à cette règle générale : le cas des entreprises qui ont souscrit une complémentaire santé collective après **le 19 novembre 2014**, date de publication du décret sur cette réforme. La moindre modification de l'acte juridique doit entraîner une mise en conformité du contrat.

Les contrats frais de santé collectifs doivent désormais couvrir :

- l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'Assurance maladie (prise en charge intégrale du ticket modérateur) ;

Exceptions (sans pour autant être une interdiction de prise en charge) :

- frais de cure thermale ;
- médicaments dont le service médical rendu (SMR) est jugé faible ou modéré ;
- homéopathie,
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier,
- la participation de l'assuré aux prestations liées à la prévention,
- en cas de garantie optique, un montant minimum (incluant le ticket modérateur) déterminé en fonction de la complexité de l'équipement.

Les garanties du contrat responsable sont différentes des garanties du panier de soins minimal !

Des garanties minimales

Au 1^{er} janvier 2016, les garanties des contrats de complémentaire santé obligatoires devront correspondre, au minimum, à **un panier de soins** défini par décret.

Cinq composantes constituent ce panier :

- Le ticket modérateur : l'intégralité du ticket modérateur (part restant à la charge des assurés sur toute dépense faisant l'objet d'un remboursement par l'Assurance maladie de base) sera prise en charge par la complémentaire santé. Cela ne couvre pas les dépassements d'honoraires pouvant être pratiqués.
- L'optique : les frais d'optique, de manière forfaitaire, seront remboursés par période de 2 ans (sauf exceptions) : 100 € minimum pour les corrections simples, 150 € minimum pour une correction mixte (simple et complexe) et 200 € minimum pour les corrections complexes.
- Les soins dentaires : les frais pour soins dentaires seront désormais remboursés à hauteur de 25 % en plus des tarifs de responsabilité.
- Le forfait hospitalier : le forfait journalier hospitalier, non remboursé par l'Assurance maladie, est pris en charge par la complémentaire santé. En 2014, il correspond à un montant de 18 € par jour en hôpital ou en clinique ; de 13,50 € par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé.
- Les frais pharmaceutiques : ces frais sont pris en charge à hauteur de 100 % du ticket modérateur.

Exposé des motifs du dispositif de 2004 – le cahier des charges :

*« Le cahier des charges pourra prévoir à la fois **des niveaux minima de couverture et des exclusions de prise en charge**. Seuls les contrats qui répondront à ce cahier des charges pourront bénéficier **des exonérations de cotisations sociales** pour les contrats collectifs et de l'exonération de la taxe sur les contrats d'assurance. De même, pour bénéficier de ces avantages sociaux et fiscaux, les contrats ne devront pas prévoir la couverture de la nouvelle contribution à 1€ sur les actes et consultations médicales, **afin qu'elle contribue à la responsabilisation des assurés** ».*

Champ d'application

- Tous les contrats « santé » !
- Un cahier des charges identique pour tous les contrats.

Mais des enjeux différents selon la nature du contrat !

Les enjeux sociaux et fiscaux

	TSA fusionnée (13,27 ou 20,27 %)	Exonération de cotisations sociales L.242-1 du CSS	Déductibilité IS
Entreprise (collectif) Adhésion obligatoire	X	X	X
Entreprise (collectif) Adhésion facultative	X		

Le nouveau cahier des charges des « *contrats responsables* »

Les nouveautés en termes de prestations

- Mise en œuvre
- Spécificité

	Obligations de prise en charge	Interdictions de prise en charge
Ancien cahier des charges	<ul style="list-style-type: none"> • mini 30 % BR consultations des médecins traitants et correspondants • mini 30 % BR médicaments à vignettes blanches • mini 35 % BR frais d'analyse ou de laboratoire, • TM d'au moins 2 actes de prévention choisies dans la liste fixée par arrêté 	<ul style="list-style-type: none"> Participation forfaitaire de 1€ Franchises médicales
Nouveau cahier des charges	<p><u>Garanties obligatoires:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • TM des actes remboursables par l'AMO (sauf homéopathie, cures thermales et médicaments remboursés à 15 % et 30 %) ☞ La participation forfaitaire de 18 € pour les actes coûteux* • Forfait Journalier, uniquement en établissements hospitaliers, sans limitation de durée <p><u>Garanties encadrées:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dépassements d'honoraires des médecins (distinction CAS/ hors CAS : annuaire : annuaire.sante.ameli.fr)** • Plafonds de tarifs en optique incluant le TM <p><u>Mécanisme de prise en charge</u> : Tiers payant généralisé</p>	<ul style="list-style-type: none"> Majoration du TM pour les actes exécutés hors parcours de soins. Dépassements d'honoraires autorisés hors parcours de soins

Les obligations minimales de prise en charge :

Focus sur la prise en charge du Ticket Modérateur (TM) :

TM illimité pour toutes les dépenses de santé (y compris la prévention) de l'AMO sauf homéopathie, cures thermales et médicaments remboursés à 15 % et 30 %.

Focus sur le Forfait Journalier Hospitalier (FJH) :

La prise en charge du FJH ne concerne pas les établissements médico-sociaux (ex : MAS, EPHAD)

Exception : Lorsque le contrat prévoit la couverture d'une garantie optique, le TM est limité tous les 2 ans (ou tous les ans).

NB : Absence de délais de carence sur ces Prises En Charge minimales.

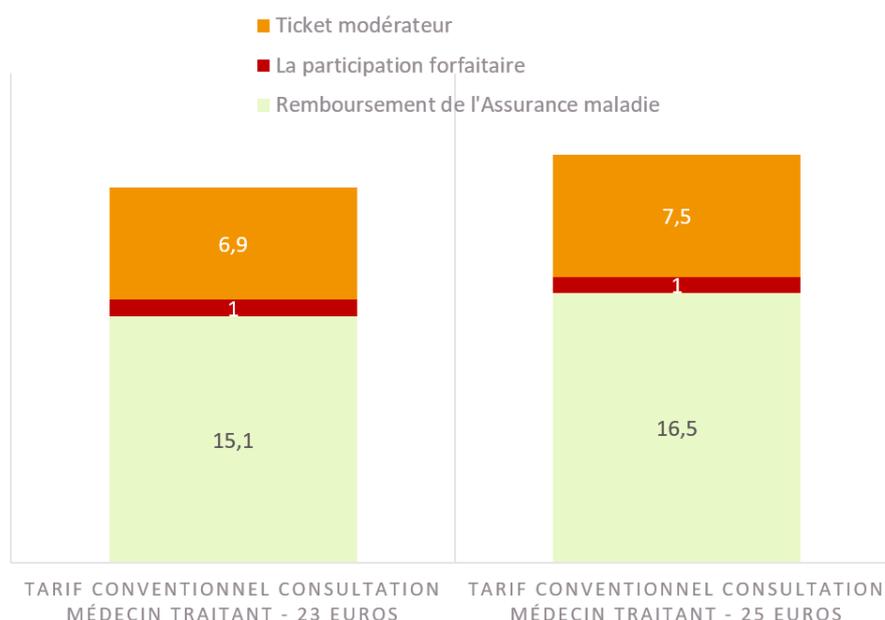
IMPACTS SUR LE RESTE A CHARGE

En France, malgré un financement de l'Assurance Maladie obligatoire élevé et stable dans le temps (76% en moyenne en 2014) ; les dépenses de santé restant à la charge des assurés après remboursement de l'Assurance Maladie obligatoire, composés de tickets modérateurs, franchises, participations forfaitaires et dépassements d'honoraires peuvent s'avérer élevées. Source IRDES (institut de recherche et documentation en économie de la santé).

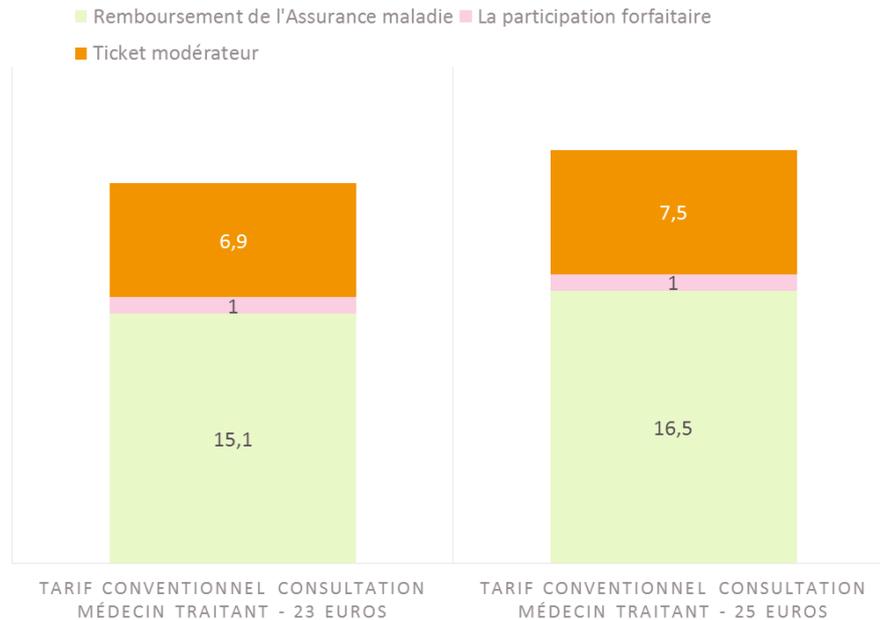
Notions :

Tarif conventionnel ou « *opposable* » ou Base de Remboursement (BR) :

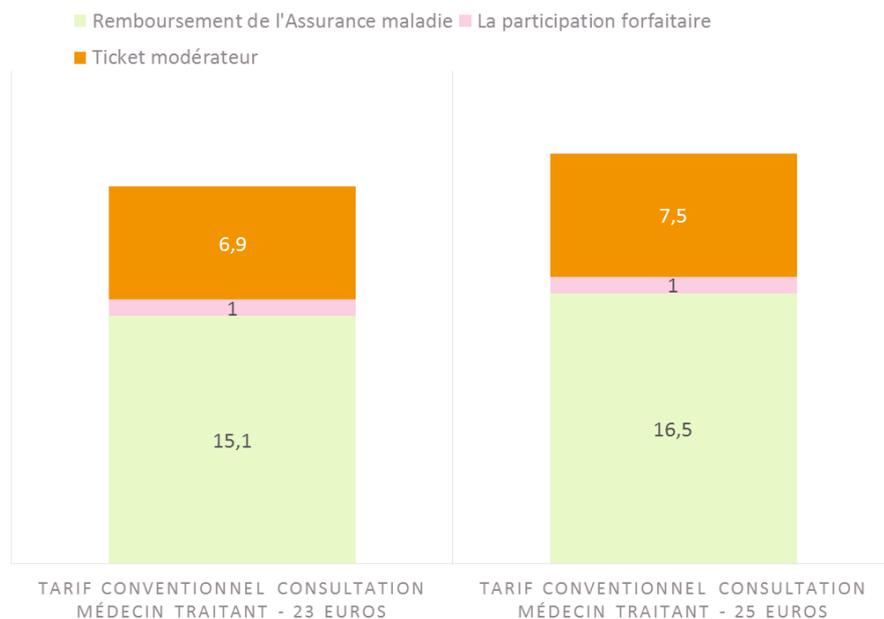
Il est fixé par la convention médicale entre les professionnels de santé et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). La convention détermine grâce à un barème, pour chaque acte médical, le montant sur lequel est calculé le remboursement de la Sécurité Sociale. La consultation médicale d'un généraliste de secteur 1 est fixé ainsi à 23 Euros (1^{er} mai 2017 : 25 Euros).



Ticket modérateur (TM) : le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social une fois que l'AMO (Assurance Maladie Obligatoire) a remboursé sa part. La complémentaire santé peut le prendre en charge en partie ou en totalité.



Reste à charge : le reste à correspond à la somme restante à payer par l'assuré social, une fois déduit ses remboursements provenant de sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et le cas échéant sa complémentaire santé.



Les obligations minimales de prise en charge :

Focus sur la prise en charge du TM :

- **TM illimité pour toutes les dépenses de santé (y compris la prévention) de l'AMO** sauf homéopathie, cures thermales et médicaments remboursés à 15 % et 30 %.
- **Exception** : Lorsque le contrat prévoit la couverture d'une garantie optique, le TM est limité tous les 2 ans (ou tous les ans).

Focus sur le forfait journalier hospitalier :

- La prise en charge du FJH ne concerne pas les établissements médico-sociaux (ex : MAS, EPHAD).

NB : Absence de délais de carence sur ces Prises En Charge (PEC) minimales.

Prise en charge des dépassements d'honoraires encadrée :

Plafonnement uniquement sur la prise en charge (PEC) des dépassements des médecins non adhérents au Contrat d'Accès au Soin (CAS) dans la limite la plus faible :

- 100 % BR (125% pour 2015 et 2016) : limite 1.
- Montant PEC des dépassements des médecins CAS – 20 % BR : limite 2.

Exemples :

- Si la PEC pour les médecins adhérents au CAS est à 300 % Base de Remboursement (BR), la PEC des médecins non adhérents au CAS est limitée à 100 % (125% pour 2015 et 2016) => limite 1 applicable.
- Si la PEC pour les médecins adhérents au CAS est à 60 % BR, la PEC des médecins non CAS est limitée à 40 % => limite 2 applicable.

	Cas n° 1	Cas n° 2
Spécialiste	Adhérent au CAS*	Non adhérent au CAS*
Prix de sa consultation	50 €	50 €
AMO (assurance maladie obligatoire)		
Base de remboursement	28 €	23 €
Taux de remboursement	70 %	70 %
Montant remboursé	18,6 € (19,6 € – 1 € de participation forfaitaire)	15,1 € (16,1 € – 1 € de participation forfaitaire)
Complémentaire santé à hauteur de...	... 200 % de la BRSS**	... 125 % de la BRSS**
Base maximale de remboursement	28 € × 200 % = 56 €, plafonnés à 50 € (frais engagés)	23 € × 125 % = 28,75 €
Montant remboursé	50 € – 18,6 € (– 1 € de participation forfaire) = 30,4 €	28,75 € – 15,1 € (– 1 € de participation forfaire) = 12,65 €
Remboursement total perçu	18,6 € + 30,4 € = 49 €	15,1 € + 12,65 € = 27,75 €
Reste à charge	1 €	22,25 €

* CAS : contrat d'accès aux soins.
** BRSS : base de remboursement de la Sécurité sociale.

« LES ÉCHOS » / SOURCE : « LES ÉCHOS »

Prise en charge optionnelle et encadrée :

Régime X option 1 :

150% de la BR sous déduction sécurité sociale (Médecins traitants adhérents CAS)

130% de la BR sous déduction sécurité sociale (Médecins traitants non adhérents CAS)

La consultation est fixée à 50 euros :

Prise en charge si adhérent CAS

150% de la BR (sous déduction sécu.) = 150% de 23 euros = 34,50 euros

Prise en charge si non adhérent CAS

130% de la BR = 150% (sous déduction sécu.) de 23 euros = 29,90 euros

Qui paie quoi ?

Prise en charge optionnelle et encadrée :

Régime X option 1 :

150% de la BR sous déduction sécu. (Médecins traitants adhérents CAS)

130% de la BR sous déduction sécu. (Médecins traitants non adhérents CAS)

La consultation est fixée à 50 euros :

Prise en charge si adhérent CAS

150% de la BR (sous déduction sécu.) = 150% de 23 euros =

34,50 euros – 15,10 euros = 19,40 euros

Prise en charge si non adhérent CAS

130% de la BR (sous déduction sécu.) = 130% de 23 euros =

29,90 euros - 15,10 euros = 14,80 euros

Qui paie quoi ?

Médecin adhérent

- 15,10 euros par la Sécu
- 19,40 euros par complémentaire
- 1+14,50 euros par l'assuré

Médecin non adhérent

- 15,10 euros par la Sécu
- 14,80 euros par complémentaire
- 1+19,10 euros par l'assuré

Prise en charge optionnelle et encadrée :

Focus sur la prise en charge des équipements d'optique.

La Prise En Charge d'un équipement optique (2 verres + 1 monture) par assuré tous les 2 ans.

PEC tous les ans pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue.

PEC de 2 équipements en cas de déficit de vision de près et de loin.

La monture est limitée à 150 € au sein du remboursement de l'équipement global.

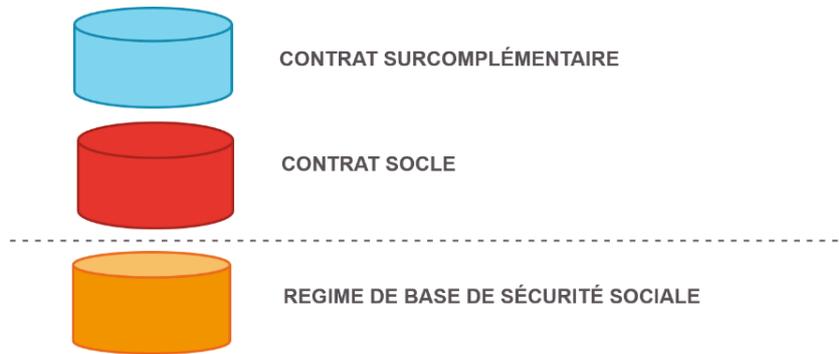
Respect de planchers et plafonds basés sur la correction des verres.

Entrée en vigueur du dispositif pour les contrats collectifs obligatoires :

Date de souscription du contrat	DUE / accord collectif / référendum conclu ou modifié		
	Avant le 19/11/2014	Après le 19/11/2014	
		Prise d'effet de la modification < 01/04/2015	Prise d'effet de la modification > 01/04/2015
Contrat < 01/04/2015	31/12/2017 au plus tard (tant que l'acte n'est pas modifié)	Echéance annuelle (31/12/2015 au plus tard)	mise en conformité à la date d'effet de la modification prévue dans l'acte
Contrat > 01/04/2015		mise en conformité immédiate	mise en conformité à la date d'effet de la modification prévue dans l'acte

Cas spécifique des contrats multiples :

- Le respect des critères responsables s'apprécie contrat par contrat.
- Si le contrat socle n'est pas responsable, le contrat sur complémentaire sera contaminé.
- En revanche, si le contrat sur complémentaire n'est pas responsable, le contrat socle responsable ne sera pas pollué.



Cas spécifique des contrats à options :

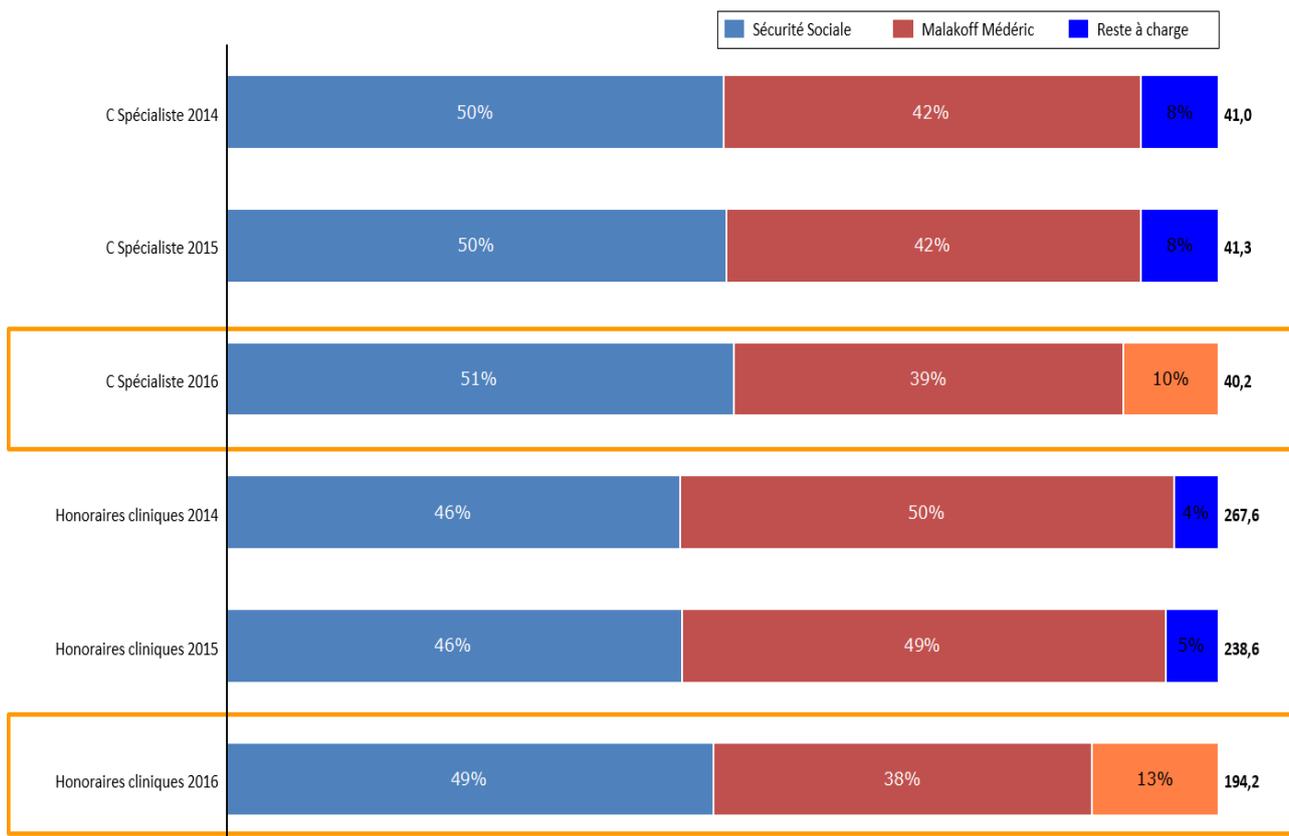
Un contrat à options est un contrat unique !

Les options ne peuvent pas être considérées comme une sur complémentaire
 ≠ du montage contrat socle / sur complémentaire

- ❑ Vérification du caractère responsable du contrat dans sa globalité
- ❑ Conséquence : Si l'une des options n'est pas responsable, requalification du contrat dans son ensemble !

Une hausse significative de la part du RAC (reste à charge) dans la dépense réelle en 2016.

- Ventilation de la dépense réelle moyenne par consultation/acte technique (% et €) -



PROPOSITIONS ET SOLUTIONS POUR REpondre A L'URGENCE DE NOTRE SYSTEME DE SANTE

- ➔ Suppression du *numerus clausus* et possibilité laissée aux universités d'organiser plusieurs voies d'entrée dans les études de médecine, y compris la possibilité d'intégrer le cursus après une validation des acquis de l'expérience (VAE) pour certains professionnels, notamment paramédicaux.
- ➔ Formation de plus de généralistes que de spécialistes pour mieux répondre aux nouveaux besoins d'une population vieillissante atteinte de polyopathologies pour laquelle l'objectif n'est plus de « guéri » mais de garder le meilleur état de santé possible, le plus longtemps possible.
- ➔ Les zones d'installation permettant un conventionnement par la Sécurité sociale sont définies annuellement par les pouvoirs publics. Les médecins qui s'installent hors de ces zones ne sont pas conventionnés. Ce système a été mis en place pour les infirmières il y a plusieurs années et a permis une nette régression des disparités géographiques sans provoquer de lever de bouclier dans la profession.
- ➔ Mise en place de mécanismes de réorientation professionnelle permettant de contractualiser avec les praticiens volontaires, la prise en charge financière de leur formation continue contre un engagement à travailler dans une zone prédéfinie.
- ➔ Favoriser le développement des centres de santé pluri professionnels dont la gestion peut être assurée par des établissements publics de santé, des collectivités locales, des structures coopératives ou des associations à but non lucratif.
- ➔ Dans ce cadre, le médecin est soit salarié, soit travailleur indépendant au sein d'une structure de gestion collective.
- ➔ Fin de la rémunération à l'acte et financement forfaitisé – avec une part liée à la variation du volume d'activité – des structures de soins conventionnées avec la Sécurité sociale.
- ➔ Les structures de soins rémunèrent les professionnels de santé soit sous forme de salaire, soit, dans le cas de structures associatives regroupant des travailleurs indépendants, sous la forme d'une rémunération globale en fonction des critères regroupant des travailleurs indépendants, sous la forme d'une rémunération globale en fonction des critères définis par leurs membres.
- ➔ L'organisation du système doit se faire au niveau territorial entre l'hôpital et les centres de santé, soit en gestion directe (centre de santé géré par l'hôpital), soit de manière contractuelle (autre gestionnaire).
- ➔ Une activité mixte ville-hôpital pour un nombre important de médecins, ce qui correspond à leurs aspirations et permet également une gestion optimale des ressources humaines, notamment des spécialistes.
- ➔ Pour l'hôpital, cela exige, comme pour la ville, de sortir du financement à l'acte (T2A ou tarification à l'activité) pour passer à un financement forfaitaire sur la base d'objectifs de santé intéressant le territoire au sein duquel l'hôpital et un réseau de centres de santé gèrent l'offre de soin.
- ➔ Le conventionnement par la Sécurité sociale est réservé aux structures publiques et privées à but non lucratif. Les établissements privés à but lucratif ne devront plus bénéficier d'un financement par la Sécurité sociale pour leur investissement.

➔ L'objectif est de construire un grand service public de la santé reposant sur des centres de santé et des hôpitaux à statut public, avec du personnel bénéficiant du statut de la Fonction publique. La santé ne fait pas partie pour la CGT des domaines d'activité qui de la responsabilité de l'état, car il s'agit d'un bien commun qui ne peut être dans la sphère du secteur marchand.

Il s'agit de maintenir et de développer un maillage d'hôpitaux de proximité qui corresponde à une logique d'aménagement du territoire.

➔ L'hôpital de proximité est un établissement doté d'un service d'urgences, d'une maternité de niveau 1, de services de médecine et de chirurgie, de services de soins de suite et de structures pour les personnes âgées (Ehpad, USLD). Il est en lien avec un réseau de centres de santé et la psychiatrie de secteur.

➔ Rétablissement de structures administratives déconcentrées de l'État dans les territoires comme l'étaient les Ddass et les Drass. Ces structures doivent retrouver leurs prérogatives qui ont trop souvent été confiées à des « agences » développées en dehors de l'administration d'État.

➔ Création de Chambres territoriales de santé dans lesquelles siègeraient des élus, des représentants locaux des professionnels et des organisations syndicales de salariés, les organismes de Sécurité sociale et les services déconcentrés de l'état.

ENSEMBLE BOUSCULONS LE QUOTIDIEN !



SYNDIQUEZ-VOUS CGT



Fédération des Sociétés d'Études

263, rue de Paris - Case 421 - 93514 Montreuil - Cedex - Téléphone : 01 55 82 89 41
Fax : 01 55 82 89 42 - E-mail : fsetud@cgt.fr - Site Internet : www.soc-etudes.cgt.fr