

COMMUNIQUE DE PRESSE

1ers effets de la mise en conformité des contrats complémentaires santé aux normes « contrats responsables » / mesure de l'augmentation des « reste à charges » sur les honoraires hospitaliers

La mise en conformité des régimes complémentaires santé avec le décret « Contrat Responsable » a déjà donné lieu à des évolutions de garanties dans de nombreuses entreprises. La fin de la période transitoire est fixée au 31/12/2017 et les premières entreprises qui s'y sont pliées ont pu constater des conséquences importantes sur les niveaux de couverture concernés par le décret, et en particulier les niveaux de « restes à charge ».

ACTENSE, Cabinet de Conseil en Protection Sociale et en Actuariat, a réalisé début 2017 une première étude portant sur presque 1 an de consommation médicale. ACTENSE a pu vérifier que d'une manière générale les gestionnaires (assureurs eux-mêmes ou délégataires de gestion) ont fait évoluer leur système d'information pour être en mesure de restituer l'information principalement attendue liée à l'apparition du « contrat responsable », à savoir la qualité « CAS » ou « non CAS » du médecin (c'est-à-dire signataire ou non du Contrat d'Accès aux Soins, appellation à peine entrée en vigueur qu'elle a d'ailleurs été rebaptisée « OPTAM » à compter de 2017 en raison de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale).

Le décret « contrat responsable » portait principalement sur l'optique d'une part (mais il est trop tôt pour fournir des tendances robustes ou générales) et sur les honoraires médicaux d'autre part. S'agissant des généralistes non CAS, les patients en général peuvent laisser quelques euros en reste à charge supplémentaire à chaque visite, et quelques dizaines d'euros pour les spécialistes non CAS (ce qui peut sembler « supportable » financièrement, ou donner lieu au choix d'un autre médecin. En revanche s'agissant des honoraires hospitaliers, l'addition pour les assurés peut s'avérer redoutablement salée et inattendue.

L'étude a porté sur plus de 60 000 personnes protégées par des complémentaires santé d'entreprise dont 15 % ont été amenées à exposer des frais de santé en environnement hospitalier.

1. Confirmation des « restes à charge » notamment sur les honoraires hospitaliers

Les complémentaires santé d'entreprise de l'échantillon ont toutes fait l'objet d'une mise en conformité avec le contrat responsable à effet du 1^{er} janvier 2016, de sorte que le maximum pris en charge par la complémentaire santé s'élève désormais à 200 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale y compris le remboursement de cette dernière chez un praticien « non CAS ». Concrètement, un régime haut de gamme qui pouvait rembourser la totalité d'une prothèse de hanche par exemple, laisse désormais à charge plus de 1 000 € si le praticien hospitalier non signataire du CAS a facturé son intervention 2 000 € (contre potentiellement un « reste à charge » nul antérieurement pour des régimes hauts de gamme).

2. Les résultats des simulations

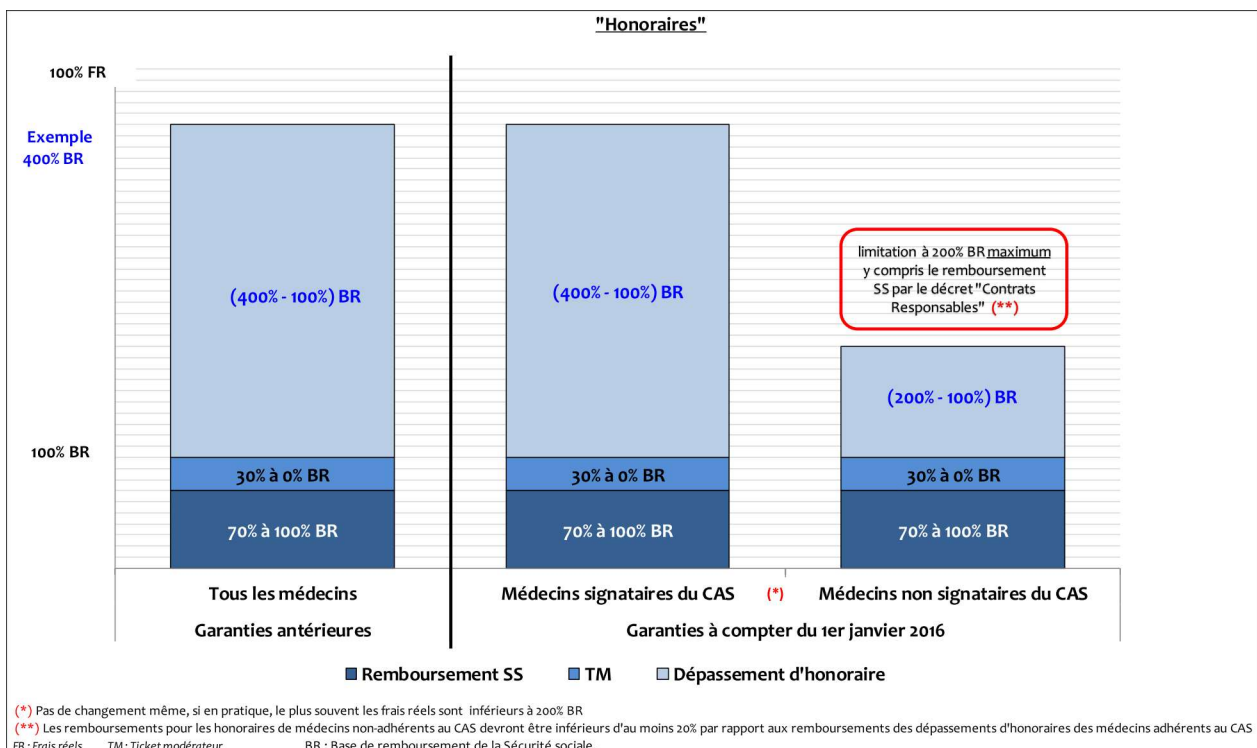
ACTENSE a mesuré pour une dizaine de contrats de grandes entreprises les conséquences de la mise en conformité des contrats responsables dont les anciennes garanties n'étaient pas plafonnées à 200 % de la Base de Remboursement (« BR »). Les niveaux de remboursement sont désormais réglementairement plafonnés à 200% de la BR pour l'ensemble des actes réalisés par des médecins et chirurgiens n'ayant pas signé le Contrat d'Accès aux Soins.

La simulation sur le périmètre des honoraires hospitaliers est intéressante à plus d'un titre, elle permet :

- de quantifier a posteriori les prestations ligne à ligne qui ne sont plus prises en charge et de constater le « reste à charge » lié au plafonnement des garanties :
 - environ 50 % des praticiens ayant facturé des honoraires en secteur hospitalier (à l'occasion d'une hospitalisation ou pour des soins externes) n'ont pas signé le CAS ; ils engendrent la grande majorité des reste à charge »
 - **après intervention du remboursement par la Sécurité sociale puis du régime frais de santé responsable**
 - **environ 3 % des personnes couvertes présentent au moins un « reste à charge » dans l'année supérieur à 100 €,**
 - **environ 1 % des personnes couvertes présentent au moins un « reste à charge » dans l'année supérieur à 500 €.**
- de vérifier les hypothèses des assureurs relatives à la tarification des contrats responsables lors de l'opération de mise en conformité au décret (lorsque les garanties étaient supérieures à 200% de la BR , la part des cotisations relative à ce type d'actes doit baisser).
- d'estimer le coût d'une option ciblée qui pourrait couvrir les honoraires au-delà des plafonds des contrats responsables.

3. Vers une « tentation » pour des options dites non responsables

Face à ce constat (limité d'un point de vue collectif, mais douloureux financièrement d'un point de vue individuel s'agissant du « reste à charge » des honoraires chirurgicaux principalement), de plus en plus d'entreprises commencent à s'interroger sur la mise en place d'options « sur-complémentaires » ciblées pour couvrir les seules garanties honoraires non CAS (non responsables, donc taxées à 20.27 %) ; ces options sont mises en place sur une base facultative, et financées à 100 % par les salariés qui le souhaitent (NB : ces options sont organisées et souscrites en marge du contrat collectif sans « polluer » ce dernier). La mise en place de telles options nécessite une tarification fine et justifiée, une communication adaptée, le respect de règles techniques strictes permettant de rendre ce risque assurable à un prix abordable, des niveaux de frais mesurés eu égard à la présence d'un contrat collectif chez le même assureur, et bien entendu un pilotage du risque.



Vos contacts :

Guy LE GOFF guy.legoff@actense.fr

Ligne Directe : 01 70 98 48 56

Portable : 06 40 76 55 14

Francois LUSSON francois.lusson@actense.fr

Standard : 01 42 22 11 00

Portable : 06 59 43 45 30