

— L'enquête —

# DERNIÈRE LIGNE DROITE

PROTECTION SOCIALE

pour adopter

# LE CONTRAT RESPONSABLE

**p.18 Étude**

L'augmentation des restes à charge hospitaliers passée au crible

**p.20 L'Oréal**

Un contrat rénové mieux-disant

**p.21 Sordalab**

Un accompagnement décisif pour une solution sur mesure

**p.22 D'Aucy**

La généralisation, première étape de l'harmonisation

Les entreprises ont jusqu'à la fin de cette année pour se mettre en conformité avec le nouveau cadre du contrat responsable. Nombre de DRH se sont déjà saisis de ce dossier et de premières inquiétudes et incompréhensions se sont exprimées sur des niveaux de restes à charge plus élevés qu'auparavant. D'où l'enjeu de bien communiquer sur ce sujet et/ou de proposer des surcomplémentaires à leurs salariés.

COORDONNÉE PAR VIRGINIE LEBLANC ILLUSTRATION PATRICK BONJOUR

L'ESSENTIEL

1

Le nouveau contrat responsable, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2015, oblige les entreprises au réexamen de leur régime de complémentaire santé proposé aux salariés. Dernière échéance pour se mettre en conformité : le 31 décembre 2017.

2

Le plafonnement des prises en charge pour les dépassements d'honoraires, alors que les pratiques tarifaires des médecins ne baissent pas, engendre des hausses de restes à charge.

3

Des entreprises proposent à leurs salariés des surcomplémentaires facultatives, et parfois obligatoires, afin qu'ils bénéficient d'un meilleur niveau de remboursement.



## — L'enquête —



Le 1<sup>er</sup> juillet prochain, les salariés de L'Oréal bénéficieront d'un nouveau régime de complémentaire santé (lire p. 20), conforme aux nouvelles modalités du contrat responsable, qui instaure des planchers et des plafonds de prise en charge en fonction des types de dépense (lire l'encadré ci-dessous). Pour eux, le passage au contrat responsable new-look sera synonyme de meilleurs remboursements sur certains postes et d'innovations. Selon le calendrier légal de mise en conformité, L'Oréal aurait pu attendre encore jusqu'à la fin de l'année mais l'entreprise a préféré prendre les devants et bien expliquer les changements aux salariés dans une période qu'elle jugeait plus favorable. Si les

changements chez le géant de la cosmétique sont favorables aux salariés, dans d'autres entreprises, nombre d'entre eux ne sont pas à l'abri de mauvaises surprises. « Des salariés ayant réalisé des devis en fin d'année, se sont retrouvés à subir une intervention après mise en conformité au contrat responsable au 1<sup>er</sup> janvier et à devoir payer un reste à charge sans comparaison avec ce qui était prévu dans leur devis ! », relate Mylène Favre-Béguet, associée en charge du pôle prévoyance santé au cabinet d'actuariat conseil Galéa & Associés.

### DES RESTES À CHARGE EN AUGMENTATION

« L'objectif de départ était de limiter certaines dérives de prix, notamment en optique, et certains abus en matière de dépassements d'honoraires, chez les généralistes et les spécialistes, rappelle Olivier Massa, directeur du développement prévoyance santé de Siaci Saint Honoré. Les salariés devaient être mieux remboursés et leur reste à charge diminuer. Dans les faits, nous n'avons pas forcément vu d'effets bénéfiques pour l'utilisateur. »

C'est le moins que l'on puisse dire. « Les études des courtiers

et des actuaires, les retours de nos militants, montrent que les restes à charge augmentent fortement, les conséquences sont désastreuses », s'alarme Thierry Douine, secrétaire général adjoint CFTC, syndicat qui a publié un communiqué fin 2016 pour dénoncer cet état de fait. « Ce contrat n'a rien de responsable ! Je ne cesse d'en dénoncer les absurdités, vilipende Anne Marion, présidente du cabinet d'actuarias Actuarielles. On rembourse des médicaments à service médical modéré mais pour une hernie discale, on devra payer un reste à charge ! *In fine*, on a autorisé les désengagements de la Sécurité sociale. »

Dans une analyse publiée en avril, Mercer décrypte « le cas d'école des contrats responsables ». L'Optam (option pratique tarifaire maîtrisée, anciennement CAS, contrat d'accès aux soins), dispositif par lequel les médecins autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires s'engagent à une meilleure prise en charge du patient, ne suscite pas des adhésions massives. Or ce sont les dépassements d'honoraires pratiqués par ces médecins signataires qui sont mieux pris en charge que ceux des non-signataires, dans le cadre du contrat responsable (lire l'encadré p. 17).

### DES PRIX IDENTIQUES

Mercer révèle qu'il n'y a « pas eu d'ajustement tarifaire des médecins ». *In fine*, seuls 3% des praticiens ont diminué leurs honoraires de plus de 5%. Parallèlement, souligne le courtier, cette nouvelle évolution du contrat responsable n'a pas abouti à la diminution des restes à charge. Rien d'étonnant à cela puisque l'incitation des praticiens à adhérer à l'Optam a été faible. « En d'autres termes, assène le courtier, les prix restent identiques, mais les remboursements diminuent. Donc les restes à charge augmentent »

C'est surtout vrai pour l'hospitalisation et la chirurgie (lire l'étude Actense p. 18). Les grandes en-

treprises avec un niveau élevé de garanties sont particulièrement touchées, « surtout à Paris et dans les zones où il y avait des dépassements d'honoraires significatifs », souligne Pierre François, DG de SwissLife Prévoyance et Santé. « Nous nous sommes tout de suite rendu compte que sur les postes honoraires d'une intervention chirurgicale, nous arrivions vite à quelques centaines d'euros de reste à charge. Avec parfois des montants qui peuvent grimper à 1 000 euros, et j'ai même eu connaissance d'un cas pour lequel la somme s'élevait à 8 000 euros, rapporte Guy Le Goff, consultant du cabinet Actense. Tout dépend de la garantie d'origine, mais pour deux tiers de nos clients – ceux qui avaient des garanties hospitalisation très supérieures à deux fois la base de remboursement, 300% voire supérieures à 400%, les effets de la réduction de garanties sont conséquents. »

« Du fait de l'écrêtement des garanties, sur certains comptes, nous avons observé l'apparition de restes à charge n'existant pas auparavant, atteste Olivier Huet, directeur des grands comptes d'Harmonie Mutuelle. Le taux de reste à charge pour des médecins spécialistes peut être multiplié par deux, et en hospitalisation, alors qu'il était quasi-nul sur les honoraires, il peut dépasser désormais 15%. Ce n'est pas neutre. Des grands comptes m'ont dit qu'ils ont vu pour la première fois des salariés venir à la DRH avec des dépassements d'honoraires pouvant aller de 1 000 à 1 500 euros et ils s'interrogent sur la prise en charge de ces sommes. Nous serons peut-être sollicités en tant qu'opérateur pour utiliser notre fonds d'action sociale ou celui dédié au compte, mais ce ne peut être systématique. »

Plusieurs assureurs et courtiers signalent la multiplication d'appels téléphoniques d'assurés désemparés. « Nous avons reçu des lettres de réclamations, atteste également Philippe Dabat,

AG2R La Mondiale. Et dans notre baromètre clients, nous avons observé une baisse sensible de la note sur la satisfaction relative au niveau des garanties, ce qui correspond pour nous aux effets du rabout opéré par le contrat responsable. Nous avons expliqué à nos clients que l'insatisfaction ressentie avait pour origine une loi, et non un dysfonctionnement de notre part. Mais il faut reconnaître qu'il n'est pas forcément facile pour un particulier de savoir si le médecin consulté a signé l'Optam ou pas, et il n'est pas toujours en mesure de choisir. In fine, cela pénalise les personnes qui ont le moins de moyens car le reste à charge augmente. » En outre, le responsable prédit une deuxième vague de mécontentement en 2018, avec les dernières entreprises qui appliqueront la réforme.

### SURCOMPLÉMENTAIRE NON RESPONSABLE

Pour autant, nombre d'entreprises ont tenté d'anticiper ces déconvenues. On rencontre deux types de situation, avance Julien Vignoli, directeur général délégué de Gras Savoye : « Des entreprises qui ont dit à leurs salariés : c'est la loi, nous l'appliquons et chacun peut prendre des dispositions personnelles pour compenser la différence, ou des entreprises qui sont attentives à leur offre de package global et qui veulent proposer une compensation. La première hypothèse se traduit par une diminution des garanties du contrat de 3% à 4% pour les grandes entreprises de plus de 1 000 salariés. La seconde engendre une proposition de surcomplémentaire, non responsable, obligatoire ou facultative, soit couvrant toutes les dépenses, soit un seul facteur comme l'hospitalisation. » 30% des clients accompagnés par Gras Savoye et passés au contrat responsable ont choisi de proposer une surcomplémentaire non responsable.

Celles qui se sont mises en conformité en 2015, avaient parfois « une logique de coût et d'équilibre

— Dernière ligne droite —  
pour adopter le contrat responsable

### L'Optam vise à réduire les dérives tarifaires des praticiens

Le nouveau contrat responsable différencie la prise en charge du dépassement d'honoraires en fonction de l'adhésion, ou non, du médecin de secteur 2\* à ce que l'on appelle aujourd'hui les options pratiques tarifaires maîtrisées (Optam et Optam-CO), remplaçant du contrat d'accès aux soins (CAS) depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017. Il s'agit d'encourager la stabilisation des dépassements d'honoraires et d'accroître la part des soins facturés à tarif opposable, indique l'Assurance maladie.

L'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2\*); et l'option pratique tarifaire maîtrisée, chirurgie et obstétrique (Optam-CO), est ouverte aux médecins de secteur 2 exerçant une spécialité chirurgicale\*\* ou de gynécologie obstétrique.

En souscrivant l'une ou l'autre de ces options, le médecin s'engage à respecter un taux moyen de dépassement et un taux moyen d'activité facturée sans dépassement.

Le médecin souscrivant à l'Optam ou à l'Optam-CO permet à ses patients d'être mieux remboursés, car ils bénéficient des tarifs de remboursement du secteur 1 à la fois pour les consultations et les actes techniques.

Il est possible d'entrer et de sortir de ces dispositifs à tout moment en cours d'année.

\* Par dérogation, les médecins de secteur 1 titulaires des titres requis pour accéder au secteur 2 et installés avant le 1<sup>er</sup> janvier 2013 sont éligibles à l'Optam.

\*\* Chirurgien, gynécologue-obstétricien, ophtalmologue, oto-rhino-laryngologue, stomatologue, chirurgien oral ayant réalisé au moins 50 actes inscrits sous l'appellation « acte de chirurgie » ou « acte obstétrique ».

### Les principes du contrat responsable

Le contrat responsable doit respecter des planchers et des plafonds de prise en charge, selon les postes de dépense (soins de ville, hospitalisation, optique notamment). Il incite aussi les assurés à respecter le parcours de soins coordonnés. En contrepartie, il garantit le remboursement à minima de certaines dépenses de santé. Les nouvelles règles du contrat responsable sont applicables depuis le 1<sup>er</sup> avril 2015 pour les contrats souscrits à compter de cette date. Mais une période transitoire de mise en conformité avait été prévue, jusqu'au 31 décembre 2017, valable pour les contrats collectifs issus d'une décision unilatérale de l'employeur, d'un accord collectif ou d'un référendum conclus avant le 19 novembre 2014, si aucune modification n'était apportée au régime depuis cette date.

Ainsi, chez AG2R La Mondiale, deux tiers des contrats sont déjà conformes, 70% dans le portefeuille de Gras Savoye depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, tout comme chez Mercer, plus de la moitié chez Harmonie Mutuelle. En revanche, seulement 5% des entreprises du portefeuille de Malakoff Médéric doivent encore franchir le cap, des grands comptes principalement. Le régime fiscal et social des contrats responsables est plus favorable car ils permettent de bénéficier : d'une exonération des charges sociales pour les contributions versées par l'employeur dans la limite d'un certain plafond et d'un taux réduit de taxe de solidarité (TSA) additionnelle rénovée de 13,27% au lieu de 20,27%; et pour les salariés, d'une déduction de la part salariale dans le calcul de l'impôt sur le revenu. ♦

technique de leur contrat à gérer, complète Olivier Massa, donc le plafonnement des remboursements a été l'occasion de revoir à la baisse les garanties, de cantonner la participation employeur au régime de base et de créer une surcomplémentaire facultative pour les salariés. » Les entreprises qui étaient généreuses et souhaitaient garder le même niveau de garanties ont soit voulu bénéficier de la période transitoire, ou bien ont anticipé en proposant des options ou surcomplémentaires non responsables, « avec un maintien du niveau de la couverture à des prix raisonnables, malgré une fiscalité forte », observe Vincent Harel, directeur Santé-Prévoyance de Mercer France. « De grands groupes ont vite vu les effets de l'écrêtement des garanties sur leur accord social et ont

décidé de proposer une surcomplémentaire utile visant notamment à retrouver le niveau de garanties antérieures nonobstant l'évolution de la fiscalité », rappelle par exemple Olivier Huet (lire le cas de Total dans Entreprises & Carrières n° 1261). Dans le portefeuille de la mutuelle, outre Total, un très petit nombre d'entreprises ont pour l'heure instauré une surcomplémentaire obligatoire ou facultative. Peut-être de l'attentisme sur le contenu des futurs projets de loi de financement de la Sécurité sociale. « Une entreprise qui proposait des garanties aux frais réels, a voulu prendre les devants, rapporte Guy Le Goff, du cabinet Actense, et au 1<sup>er</sup> janvier 2017, elle a proposé une surcomplémentaire ciblée pour l'hospitalisation pour des dépassements au-delà de deux fois la base de »

## — L'enquête —

remboursement, avec un tarif attractif, l'objectif étant que les salariés adhèrent. En trois mois, elle a reçu 50% d'adhésions (à un tarif de 4 à 5 euros pour une famille)». Le consultant souligne l'importance de faire adhérer le maximum de personnes et donc de communiquer. Afin de piloter le risque, et pour éviter des comportements de « consommation », il recommande aussi de définir précisément les conditions d'adhésion, par exemple d'interdire à un salarié qui résilierait

l'option ciblée d'adhérer de nouveau, pendant un délai de trois ans. Parmi les clients d'Actense, une entreprise a choisi une option ciblée au 1<sup>er</sup> janvier 2017, une dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016, et une autre l'envisage dans un avenir proche.

Certaines en ont aussi profité pour proposer de nouvelles garanties en développant la médecine douce et l'implantologie dentaire, signale Éric Marrel, responsable de l'offre d'assurances, direction marketing de Malakoff

Médéric. « Mais on sent bien que les budgets ne sont pas extensibles, poursuit-il, d'autant que les entreprises gèrent un budget global santé prévoyance et que la portabilité en prévoyance a été étendue il y a un an. »

### LES GAGNANTS DE LA RÉFORME

Si ce n'est pas aux salariés, à qui profite cette réforme? Pour Olivier Massa, les plus grands bénéficiaires seraient les assureurs « car cela a permis de re-

mettre les contrats à l'équilibre par le biais de plafonnements de garanties et de la diminution de certains remboursements ». Pour Vincent Harel, « Le principal gagnant sera le collecteur des impôts, car les surcomplémentaires non responsables, donc taxées à 20,27%, seront plus recherchées par les cols-bleus. Par conséquent l'idée d'Emmanuel Macron de proposer trois contrats types n'est pas idiote, après il faudra en analyser les détails... ».

VIRGINIE LEBLANC

## ÉTUDE

# L'augmentation des restes à charge hospitaliers passée au crible

**Le cabinet de conseil en protection sociale et en actuariat Actense a présenté fin mars une étude sur les premiers effets de la mise en conformité des contrats complémentaires santé aux normes "contrats responsables". Il a notamment mesuré l'augmentation des restes à charge sur les honoraires hospitaliers.**

Début 2017, le cabinet Actense a réalisé une première étude portant sur presque un an de consommation médicale. Elle porte sur plus de 60 000 personnes protégées par des complémentaires santé d'entreprise dont 15% ont été amenées à présenter des frais de santé en environnement hospitalier. Les régimes complémentaires analysés avaient fait l'objet d'une mise en conformité avec le contrat responsable au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

S'agissant des honoraires médicaux, pour les généralistes non signataires de l'Optam (option pratique tarifaire maîtrisée), « 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 Optam », souligne l'étude, ce qui peut sembler « supportable financièrement ». En revanche, l'addition

peut s'avérer « redoutablement salée et inattendue » s'agissant des honoraires des médecins et chirurgiens du secteur hospitalier privé.

Le montant maximal pris en charge par la complémentaire santé s'élève désormais à 200% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, y compris son remboursement chez un praticien "non Optam". Concrètement, souligne Actense, 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 euros si le chirurgien non signataire de l'Optam a facturé son intervention 2 000 euros, contre un « reste à charge » nul potentiellement auparavant.

Le cabinet a mesuré pour une dizaine de contrats de grandes entreprises les conséquences de la mise en conformité des contrats

### Honoraires chirurgicaux et exemples de restes à charge

Les exemples de dépenses et restes à charge ci-dessous (en euros) sont supposés intervenir dans le cadre d'un acte pratiqué par un praticien non signataire de l'Optam (option pratique tarifaire maîtrisée), ce qui est le cas pour la grande majorité des cas.

Acte	Base de remboursement Sécurité sociale	Plafond contrat responsable (y compris remboursement Sécurité sociale)	Exemple de dépense	Reste à charge
Correction déviation nasale	175,56	351,12	500	148,88
Appendisectomie	242,22	484,44	800	315,56
Ablation d'une hernie discale	403,42	806,84	1200	393,16
Pontage cardiaque	313,5	627	1200	573
Pose d'un anneau gastrique	314,8	629,6	1000	370,4
Prothèse du genou	446,67	893,34	1500	606,66

Source : Actense, mars 2017. Contrats responsables, incidences sur le reste à charge.

responsables dont les anciennes garanties n'étaient pas plafonnées à 200% de la base de remboursement.

La simulation sur le périmètre des honoraires lors d'une hospitalisation aboutit aux résultats suivants : après intervention du remboursement par la Sécurité sociale puis du régime frais de santé responsable, environ 3% des personnes couvertes présen-

tent au moins un "reste à charge" dans l'année supérieur à 100 euros, et environ 1% des personnes couvertes présentent au moins un "reste à charge" dans l'année supérieur à 500 euros.

Actense constate qu'environ 50% des praticiens ayant facturé des honoraires en secteur hospitalier privé n'ont pas signé l'Optam. Ils engendrent donc la grande majorité des restes à charge. **V. L.**