

CONTRAT RESPONSABLE ET CIRCULAIRE DSS

Est-ce bien responsable ?

Charlotte Bertrand, Avocat associé, Fromont Briens

Depuis la loi Douste-Blazy d'août 2004, le législateur n'a cessé de responsabiliser les comportements en matière de dépenses de santé, que ce soient ceux du patient (création du médecin traitant, parcours de soins coordonné...) ou ceux des professionnels de santé (encadrement des tarifs notamment). Pour ce faire, il institue, notamment, des participations devant rester à la charge définitive des patients, lesquelles ne peuvent être remboursées ni par la Sécurité sociale, ni par le contrat complémentaire, sauf à priver le dispositif de toute vertu. C'est la naissance du « *contrat responsable* ».

Pour inciter les protagonistes, employeurs et organismes assureurs, à respecter le cahier des charges des contrats responsables, des avantages sociaux et fiscaux sont attachés au financement de telles couvertures : notamment, exonération de cotisations de sécurité sociale du financement patronal, déductibilité fiscale de la cotisation salariale, et application d'un taux de taxe (sur les conventions d'assurance aujourd'hui et de solidarité additionnelle à compter du 1^{er} janvier 2016) minoré de 7 points.

Depuis dix ans, les grandes caractéristiques de ce contrat responsable sont restées relativement stables, jusqu'à la récente loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, dont le décret d'application n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 a redéfini ce cahier des charges réglementaires en instaurant des obligations minimales de couvertures, mais également, désormais des plafonds de prise en charge.

Il faut reconnaître que le sujet n'est pas simple et que la compréhension de ce nouveau cahier des charges suppose une bonne connaissance du fonctionnement du système de santé français. Mais (pour une fois...), on peut se

réjouir que la circulaire d'interprétation de la Direction de la sécurité sociale (DSS) n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015, ci-après commentée, résolve plus de problèmes qu'elle n'en crée. Que l'on soit d'accord ou non avec les réponses qu'elle apporte aux principales questions soulevées par les dispositions légales et réglementaires, elle a le mérite d'offrir une grille de lecture et un mode d'emploi du parfait « *contrat responsable* ».

1 LE CONTENU DU NOUVEAU CAHIER DES CHARGES DES « CONTRATS RESPONSABLES »

► Les planchers de garanties

Le « *ticket modérateur* »

Dès lors que la dépense de santé engagée est prise en charge par la Sécurité sociale, la différence entre le tarif opposable et le remboursement de l'assurance-maladie obligatoire, communément appelé le « *ticket modérateur* », doit systématiquement être pris en charge par le contrat complémentaire de frais de santé pour être qualifié de responsable. Cette obligation s'applique quelle que soit la nature des frais de santé concernés, c'est-à-dire tant pour les consultations médicales que pour les médicaments, les frais de laboratoires, les actes techniques, les soins dentaires, les frais d'optique... en synthèse, dès qu'un ticket modérateur peut être identifié.

Sont ainsi notamment visés les tickets modérateurs afférents aux « *actes de prévention* » énumérés par l'arrêté du 8 juin 2006. Certes, ces prestations de prévention ne font plus l'objet d'une mention particulière au sein du décret du 18 novembre 2014. Mais, dès lors qu'elle déclenche un remboursement par la Sécurité sociale, et partant la mise à la charge du patient d'un ticket modé-

rateur, l'obligation générique ci-dessus englobe nécessairement le ticket modérateur afférent à de tels types d'actes. Les anciennes énumérations contractuelles limitatives de deux actes de prévention uniquement, à l'exclusion des autres, devront donc être à l'avenir supprimées.

Dans le même sens, la participation forfaitaire de 18 euros appliquée au cours d'une hospitalisation dont les actes sont affectés d'un coefficient et/ou d'un tarif particulièrement importants, doit également être prise en charge dès lors qu'il s'agit bien là d'un ticket modérateur, mais d'un montant minoré.

Au cas particulier des frais d'optique, la DSS précise que le ticket modérateur des verres et des montures doit également être pris en charge, sans distinction, et ce peu important que la couverture ne comporte pas de garanties optiques spécifiques, lesquelles seraient, le cas échéant, encadrées par d'autres fourchettes de tarifs ultérieurement précisées.

Seules exceptions à cette obligation de prise en charge systématique de tous les tickets modérateurs : les cures thermales, l'homéopathie ainsi que les médicaments à service médical rendu modéré ou faible (c'est-à-dire ceux pour lesquels le remboursement de la Sécurité sociale s'élève respectivement à 30 % et 15 %, laissant donc à la charge des assurés un ticket modérateur de 70 % et 85 %).

Le forfait journalier hospitalier

Un « *contrat responsable* » doit obligatoirement prendre en charge le forfait journalier hospitalier appliqué par la Sécurité sociale et ce, sans limitation de durée possible.

La circulaire de la DSS précise, à ce titre, que n'est visé que le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non par les établissements ●●●