

Santé : remboursement a minima

Avec les nouveaux contrats responsables, les assureurs doivent s'en tenir au strict remboursement du parcours de soins

Après l'instauration du parcours de soins obligatoire, le déremboursement de plusieurs centaines de médicaments, c'est maintenant au tour des organismes de santé complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance) d'être mis au pas. Là où la liberté contractuelle faisait loi, c'est désormais l'état qui réglemente les contrats et impose des règles strictes de remboursement des prestations de santé. Ainsi, à compter du 1^{er} janvier 2006, les assureurs doivent mettre en place un contrat de base, dit « responsable » dont l'objectif est de sanctionner, en le remboursant moins bien, l'assuré qui ne passe pas préalablement chez son médecin traitant pour une pathologie soumise au parcours de soins (voir IP 623, p. 27). Les assurés sociaux doivent s'attendre à voir leur budget santé exploser dans les prochaines années: cotisations de sécurité sociale, tarif des mutuelles et reste à charge.

Contrat minimaliste

Dans le cadre du contrat responsable qui sera désormais la règle à partir du 1^{er} janvier 2006, les organismes complémentaires de santé se voient imposer un lourd cahier des charges qu'ils devront suivre à la lettre au risque de perdre les avantages sociaux et fiscaux spécifiques aux complémentaires de santé (par ailleurs pointés du doigt par la Commission européenne qui, au nom des règles de libre concurrence, a déjà fait disparaître ces privilèges dans d'autres types de contrats).

Interdiction de rembourser.

Plusieurs dépenses ne peuvent plus être prises en charge par les complémentaires de santé, notamment:

- la majoration pour non respect du parcours de soins (un décret doit en fixer
- la franchise de 7 € appliquée en cas d'accès direct à un spécialiste sans passer chez le médecin traitant; autrement dit, en secteur 2 (la majorité des praticiens en région Ile de France), au delà de cette franchise, le dépassement pourra tout de même être pris en charge par la mutuelle de santé;
- la participation forfaitaire d'un euro instituée depuis le 1^{er} janvier 2005;
- la majoration en cas de refus du patient de l'accès à son dossier médical personnel prévu pour juillet 2007 (montant non encore fixé).

EXEMPLE

Alors que **dans le parcours de soins**, pour la consultation de spécialiste en secteur 1, le taux de remboursement de la sécurité sociale et de la complémentaire de santé (à contrat égal) ne sera pas modifié, **hors parcours de soins**, l'assuré sera pénalisé, pour la même dépense, au niveau de ses remboursements:

Aujourd'hui :

Dépense de l'assuré = 32 €

Remboursement:

- sécurité sociale = 17,50 € (70 % de 25 €) - 1€
 - assurance complémentaire = 13,50 € (30 % de 25 - 1€)
- Reste à charge pour l'assuré = 1 € (forfait non remboursable)

Au 1er janvier 2006 :

Dépense de l'assuré = 32 €

Remboursement: sécurité sociale = 15 € (60 %* de 25 €) - 1 €

- assurance complémentaire = 7,50 € (30 % de 25 - 1 €)
- Reste à charge pour l'assuré = 10,50 € (dont forfait de 1 € non remboursable)
(*taux fixé par décret à paraître)

Prise en charge obligatoire.

Le contrat responsable devra couvrir:

- comme aujourd'hui, 30 %, au moins, du tarif des consultations et les prescriptions du médecin traitant (la consultation d'un généraliste en secteur 1 sera ainsi intégralement remboursée);
- comme aujourd'hui, 35 %, au moins, du prix des médicaments remboursés à 65 % par l'assurance maladie (étiquettes blanches) ainsi que les analyses et actes de laboratoire;
- 100 % du tarif opposable de la sécurité sociale de deux prestations annuelles de prévention, considérées comme prioritaires au regard de la politique de santé publique, à choisir dans une liste qui reste encore à fixer par décret et qui concernerait notamment le dépistage d'un cancer, contrôle bucco dentaire, etc.

Petite marge de manoeuvre.

La formule du ticket modérateur, qui laisse à la charge de l'assuré une participation forfaitaire, est largement utilisée par la réforme et les pouvoirs publics pour faire des économies. Hormis pour le forfait d'un euro, les mutuelles n'ont pas de consigne de remboursement tant pour le nouveau forfait concernant les interventions médicales lourdes que pour le forfait hospitalier. Ces nouvelles dépenses risquent de peser sur leurs tarifs si elles décident de les prendre en charge:

- forfait hospitalier: figé depuis plusieurs années à 13 €, il a été revalorisé à 14 € par la loi de réforme de la santé qui, par ailleurs, a prévu sa revalorisation sur trois ans, à raison d'un euro annuel, soit 15 € à partir du 1^{er} janvier 2006. Jusqu'ici pris totalement en charge, il pourrait à l'avenir ne plus figurer dans les contrats responsables si ceux-ci devaient être commercialisés à un tarif conventionnel imposé;
- ticket modérateur sur les interventions médicales lourdes: prévue dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (voir p. 15), une participation de 18 € s'appliquerait aux actes médicaux d'un coût égal ou supérieur à 91 €. Quelle sera la politique de remboursement des complémentaires de santé qui se plaignent de ne pas avoir été consultées sur ce projet?

Mise à jour des contrats

Tous les contrats actuellement en cours, qu'ils soient individuels ou collectifs, doivent être mis en conformité avec les nouvelles règles de remboursement. Ce qui ne va pas sans poser plusieurs difficultés

- un contrat n'est modifiable, en principe, qu'à son échéance annuelle sauf accord des cocontractants;
- pour chaque contrat individuel, l'assuré
- pour un contrat de groupe, l'accord doit être obtenu selon le même formalisme que lors de la souscription: accord de l'employeur ou du comité d'entreprise ou du personnel (par référendum).

Avenir des contrats collectifs.

Les contrats collectifs d'entreprise qui concernent 60 % des salariés vont, eux aussi, devoir adapter leurs prestations, aujourd'hui généreuses, aux contraintes du contrat responsable. En effet, pour conserver les avantages fiscaux et les exonérations de charges sociales dont les contrats collectifs profitent aujourd'hui, ces prestations devraient logiquement s'aligner sur le label responsable. Sinon les employeurs n'auront plus aucun intérêt à offrir à leurs salariés des couvertures santé dont les tarifs ont été multipliés par 2 ou 3 et pourraient s'orienter vers l'octroi d'autres avantages en nature.

Le joker des surcomplémentaires

Les contrats responsables mettent également à mal les contrats aux frais réels qui, aujourd'hui, remboursent intégralement l'assuré de ses dépenses de santé. L'interdiction faite aux complémentaires de rembourser les dépassements et les majorations d'honoraires autorisés pour non respect du parcours de soins ne semble pas compatible avec ce type de garantie maximaliste. Sauf à ce que les assureurs augmentent substantiellement le prix du contrat pour compenser la perte des avantages sociaux et fiscaux qu'ils perdraient en se mettant hors des clous du contrat responsable.

En réalité, toute la question est là: ne va-t-on pas voir fleurir une nouvelle gamme de contrats privés, en complément des contrats responsables de base, pour rétablir de meilleurs remboursements ? La trop forte pénalisation pourrait contribuer au développement d'un marché parallèle de contrats non responsables, les fameuses surcomplémentaires dont tout le monde parle déjà. Le métier d'assureur n'est-il pas d'assurer ?

Annexe 1 :

Les cotisations sociales préfinancent les soins

Pour évaluer ses dépenses de santé, chacun doit prendre en compte, outre ses primes d'assurance complémentaire de santé et le nouveau reste à charge non remboursable des contrats responsables, les cotisations versées à l'Assurance maladie.

Pour un salarié dont la rémunération brute s'élève à 2500 €, les cotisations sociales représentent 212,74 €, soit 8,5 % de son salaire:

- sécurité sociale: 18,75 €;
- CSG déductible de l'impôt sur le revenu (IR): 123,67 €;
- CSG non déductible: 58,20 €;
- CRDS: 12,12 €.

Annexe 2 :

Les complémentaires de santé prennent en charge près de 13% des dépenses courantes de soins des assurés.

Annexe 3 :

Outre le non remboursement des frais engagés hors parcours de soins, le déremboursement prochain de 156 médicaments au service médical soi disant d'une efficacité insuffisante permettrait aux mutuelles, selon le ministère de la Santé, d'économiser plus de 300 millions d'euros par an.

En revanche, la mise en place du parcours de soins (et donc la multiplication des consultations), la revalorisation du forfait hospitalier et la mise en place prochaine d'un nouveau ticket modérateur (voir p. 15) vont alourdir la charge des organismes complémentaires.

Que les mesures annoncées allègent ou alourdissent la charge des complémentaires, l'assuré sera de toute façon obligé de revoir à la hausse son budget santé:

- soit la complémentaire prendra en charge toutes ses dépenses de santé (parcours de soins ou hors parcours) et elle majorera nécessairement ses tarifs;
- soit elle ne remboursera pas les dépenses hors parcours de soins et le patient supportera seul les majorations de prix.