

// le dossier pratique

Quelles obligations pour les entreprises suite à la réforme du 100 % santé ?

Respecter le nouveau cahier des charges du contrat responsable

La réforme du « 100 % santé » (ou « Reste à charge zéro ») vise à permettre à tout assuré social d'accéder à des soins et d'acquérir des équipements, en matière d'optique, de dentaire et d'audiologie, sans aucun reste à charge, et de lutter ainsi contre le renoncement aux soins sur ces trois postes. Comment parvenir à cet objectif ? Quel rôle les entreprises vont-elles devoir jouer dans cette réforme ? Quel impact sur les contrats responsables ?

*Dossier réalisé par
Charlotte Bertrand,
avocate associée
du cabinet Fromont Briens*

QUELLES SONT LES PRINCIPALES MODIFICATIONS INDUITES PAR LA RÉFORME DU « 100 % SANTÉ » ?

Le législateur a pris soin d'encadrer chaque étape du processus d'accès aux soins (CSS, art. L. 165-1-4 et L. 165-9).

Tout d'abord, les **professionnels de santé** concernés (opticiens, dentistes et audioprothésistes) voient leurs **tarifs encadrés** sur certains produits (prix limites de vente) ou soins (honoraires limites de facturation) relevant de la gamme « 100 % santé ». Ils ont l'obligation corrélatrice de proposer ces derniers à la vente et d'en faire figurer l'existence dans des devis préalables désormais obligatoires. Le marché est coupé en deux catégories de produits et prestations (au moins) : la **gamme « 100 % santé »** dite à prise en charge renforcée et la **gamme « tarif libre »** *.

** Pour les aides auditives : un avis de projet de modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestation pour la prise en charge d'aides auditives au chapitre 3 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du Code de la sécurité sociale, du 21 juin 2018 ; un avis de projet de modification de tarifs et de prix limites de vente au public (PLV) du 21 juin 2018, un arrêté du 14 novembre 2018 sur la LPP, un avis du 28 novembre 2018 sur les tarifs et PLV.*

Pour le dentaire : un arrêté du 20 août 2018 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie du 21 juin 2018 et un arrêté du 29 mars 2019 portant approbation de deux avenants du 14 février 2019.

Pour l'optique : deux avis du 28 avril 2018 et du 21 juin 2018 sur le projet de modification de la LPP, deux avis du 21 juin 2018 sur les tarifs et PLV ; un arrêté du 3 décembre 2018 portant modification de la LPP.

Ensuite, les **produits ou soins** de la gamme « 100 % santé » sont **intégralement remboursés** par l'assurance maladie obligatoire et la couverture **complémentaire** santé, si cette dernière veut prétendre au bénéfice des avantages sociaux et fiscaux attachés à la qualité de **contrat responsable**.

Il résulte de cette réforme que l'assuré aura à terme véritablement accès à un équipement ou un soin entièrement remboursé, sans aucun reste à charge (CSS, art. L. 165-1 modifié et L. 165-2 modifié).

QUELS SONT LES AVANTAGES SOCIAUX ET FISCAUX CONDITIONNÉS AU RESPECT DU CAHIER DES CHARGES DES CONTRATS RESPONSABLES ?

La reconnaissance de la qualité de contrat responsable subordonne le bénéfice des avantages sociaux et fiscaux suivants :

– l'application au financement du contrat d'un **taux minoré de taxe de solidarité additionnelle** (TSA) à 13,27 % au lieu de 20,27 % ;

– l'**exonération de cotisations de sécurité sociale** de la **contribution patronale** du régime (sous réserve des autres conditions et dans les limites des plafonds en vigueur, v. le dossier juridique -Sécu., cotis.- n° 235/2018 du 31 décembre 2018) ;

– la **déductibilité fiscale** de l'**assiette** de l'**impôt** sur le **revenu** de la cotisation salariale (sous réserve, là encore, des conditions et des plafonds applicables) (CSS, art. L. 862-4 II, L. 871-1 et R. 871-1 et R. 871-2).

À CLASSER SOUS

MALADIE

PRÉVOYANCE

01 / 19

QUELS SONT LES CONTRATS D'ASSURANCE CONCERNÉS ?

La qualification de contrat responsable concerne tous les **contrats d'assurance complémentaires** de frais de santé : qu'ils soient **individuels ou collectifs**, souscrits par des entreprises au profit de leurs salariés, ou des associations souscriptrices au profit de leurs membres, comme, par exemple, les couvertures santé des professions libérales dites « Madelin » (CSS, art. L. 862-4 II et L. 871-1).

QUELLES SONT LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES D'UN CONTRAT RESPONSABLE AUJOURD'HUI ?

Être une complémentaire santé responsable suppose de rembourser les assurés de manière à responsabiliser les pratiques de tous les protagonistes : le patient avant tout, mais également le professionnel de santé. Ainsi, cela implique, et ce depuis la loi Douste-Blazy de 2004 (L. n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie), à la fois des **obligations de rembourser** intégralement les **pratiques jugées responsables** (des planchers de prise en charge minimale) et à l'inverse, **de ne pas rembourser les comportements irresponsables** (se traduisant par des interdictions et des plafonds de prise en charge).

On prendra pour exemple des obligations minimales de prise en charge le forfait journalier hospitalier sans limitation de durée ou encore le remboursement intégral et systématique du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par la sécurité sociale [sauf pour les cures thermales, l'homéopathie et les médicaments à prise en charge modérée (30 %) ou faible (15 %)].

À l'inverse, et là encore à titre d'exemples, la participation forfaitaire de 1 €, les franchises médicales ou encore les diminutions du remboursement de la sécurité sociale pour violation par le patient du parcours de soins coordonnés, ne peuvent en aucun cas être remboursées par le contrat complémentaire sauf à remettre en cause son caractère responsable. De même, les dépassements d'honoraires de médecins non adhérents au dispositif « Optam/Optam-co » (option pratique tarifaire maîtrisée / option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie obstétrique) ne peuvent être remboursés que dans une double limite de 100 % du tarif opposable de ladite prestation et de 20 % du tarif de responsabilité de moins que le remboursement appliqué aux honoraires de médecins adhérents au dispositif « Optam/Optam-co ».

Le remboursement de l'acquisition d'équipements d'optique médicale doit quant à lui être cumulativement compris dans un intervalle de six planchers et plafonds variables selon l'importance et la complexité du problème de vue (CSS, art. R. 871-2).

QUELLES SERONT LES MODIFICATIONS DU CAHIER DES CHARGES INDUITES PAR LE « 100 % SANTÉ » À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2020 ?

Le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 va **modifier**, à effet du **1^{er} janvier 2020 ou 2021** selon les postes concernés, l'article R. 871-2 du Code de la sécurité sociale, et partant les **obligations de prise en charge** qu'il prévoit. D'une manière générale, la philosophie de la réforme du « 100 % santé » conduit à **créer de nouveaux plan-**

chers de prise en charge obligatoire de certains soins ou produits **par la complémentaire santé**. En effet, il s'agit, en matière d'optique, de dentaire et d'audiologie, de rembourser l'intégralité du reste à charge de l'assuré ayant opté pour l'acquisition d'un équipement (lunettes ou aides auditives) ou le bénéfice d'un soin (prothèses dentaires), relevant de la gamme « 100 % santé ». En matière d'optique, sont ainsi visés les verres et montures appartenant à la classe à prise en charge renforcée dite A ; en audiologie, les appareils de la classe I ; et en dentaire, les actes qui seront prochainement définis par arrêté ministériel et qui devraient correspondre aux 58 actes du panier « 100 % santé » de la convention dentaire de juin 2018.

Si l'entrée en vigueur de ces modifications est par principe fixée au 1^{er} janvier 2020, elle est décalée au 1^{er} janvier 2021 pour les dispositifs d'aides auditives et certains soins prothétiques dentaires telle que modifiée par ses avenants.

COMMENT GÉRER LA MISE EN CONFORMITÉ AVEC LE « 100 % SANTÉ » AU SEIN DU CONTRAT D'ASSURANCE ?

La mise en conformité du contrat d'assurance avec les nouvelles exigences du « 100 % santé », nécessaire au maintien de la qualité de contrat responsable, suppose par principe une modification des stipulations du contrat portant sur les niveaux de garanties couverts. Toutefois, par dérogation à la règle civiliste consistant à ne pouvoir modifier un contrat que par un avenant signé des parties, le législateur a inséré, au sein des Codes des assurances (C. assur., art. L. 112-3), de la sécurité sociale (CSS, art. L. 932-3) et de la mutualité (C. mut., art. L. 221-5), une **procédure spécifique** réservée précisément aux **modifications** visant à une **mise en conformité** avec les **évolutions** du **cahier des charges des contrats responsables**. Ainsi, l'organisme assureur pourra proposer la modification par voie de « **lettre-avenant** » qui sera réputée acceptée à défaut d'opposition formulée par l'entreprise souscriptrice dans un délai de 30 jours. Les modifications acceptées (expressément ou suite au silence gardé pendant les 30 jours) entrent en vigueur au plus tôt un mois après.

LES ENTREPRISES DOIVENT-ELLES PARALLÈLEMENT MODIFIER LEUR ACTE DE FORMALISATION DU RÉGIME DE FRAIS DE SANTÉ (ACCORD COLLECTIF, RÉFÉRENDARE OU DUE) ?

La **LFSS pour 2019** (L. n° 2018-1203 du 22 décembre 2018) prévoit, en son article 51, que les **accords** d'entreprise et les décisions unilatérales de l'employeur (**DUE**) doivent **être adaptés** pour se mettre en conformité avec ses nouvelles obligations. **Toutefois**, nul ne peut contester qu'une **norme** ne doit **pas être modifiée si la modification** envisagée **ne porte pas** sur un **élément** qui fait **partie intégrante** de ladite norme. Dès lors, les modifications rendues nécessaires par le « 100 % santé » portant exclusivement sur les niveaux de garanties, l'acte de droit du travail ne doit logiquement être modifié que sous réserve qu'il contienne un engagement de l'employeur sur ces derniers. Or, force est de constater que tel n'est souvent pas le cas, l'employeur prenant soin de ne s'engager que sur les cotisations et de renvoyer la responsabilité des prestations au seul organisme assu-

reur. Dans ce cas, difficile de soutenir que l'acte de l'entreprise doit néanmoins être modifié. Mais la rédaction particulièrement extensive de la loi, confortée par la lettre de la Direction de la sécurité sociale au président du Ctip du 13 décembre 2018, ne manqueront pas de susciter le **débat** sur ce point avec les **Urssaf**. À ce titre, rappelons, à toutes fins utiles, que c'est bien le contrat d'assurance et non la norme collective de droit du travail qui doit respecter les critères du contrat responsable.

LA RÉFORME DU « 100 % SANTÉ » EMPORTE-T-ELLE D'AUTRES CONSÉQUENCES POUR LES ENTREPRISES ?

Au-delà des caractéristiques subordonnant le traitement social et fiscal de faveur inhérent au caractère respon-

sable du contrat, la réforme du « 100 % santé » va conduire à **rehausser** corrélativement le **niveau minimal** de la **couverture de frais de santé** que tout employeur doit offrir à ses salariés en vertu de l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale (*CSS, art. D. 911-1 tel que modifié par le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019*), c'est-à-dire le panier de soins minimal généralisé.

De plus, dès lors qu'il s'agit d'une modification des garanties collectives, les entreprises d'au moins 50 salariés devront **informer et consulter** leur **comité social et économique** de ladite modification, sous peine de délit d'entrave. En qualité de souscripteur du contrat d'assurance, l'employeur sera également tenu de **remettre** à tous ses **salariés** la nouvelle **notice d'information** faisant figurer les nouvelles modalités de couverture afin de rendre ces dernières opposables aux assurés (*art. 12 de la loi dite « Évin » n° 89-1009 du 31 décembre 1989*).

LES INCIDENCES DE LA RÉFORME 100 % SANTÉ SUR LES RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES : TROIS QUESTIONS À...

... Fabien Graeff, partner Corporate Risk Services chez Optimind

• Quel va être l'impact de la réforme du 100 % sur l'équilibre des régimes de complémentaire santé ?

La réforme du 100 % santé a un double objectif : réduire les dépenses tout en permettant un niveau de reste à charge de 0 sur les postes les plus onéreux (optique/dentaire et prothèses audio). Plusieurs leviers sont prévus pour atteindre ces objectifs. Tout d'abord, une nouvelle définition du contrat responsable avec l'encadrement de garanties *via* de nouveaux plafonds, combinée à une revalorisation des bases de remboursement et l'instauration de prix limitatifs de vente.

La combinaison de ces leviers de pilotage aura un impact plus ou moins important sur l'équilibre des contrats en fonction du niveau de ceux-ci et de l'étendue des garanties déjà proposées aux salariés par leur employeur.

Sur les contrats santé complémentaires dits « haut de gamme », une baisse des prestations est attendue pour les organismes assureurs. Sur les contrats santé complémentaires dits « paniers de soins », l'observation serait inversée avec une hausse des remboursements.

• Comment les organismes assureurs se préparent-ils à la réforme ?

Les organismes assureurs sont aujourd'hui en ordre de marche pour satisfaire leur devoir de conseil et permettre aux entreprises de répondre à leurs obligations en matière de protection sociale des salariés. Les réformes successives sur le domaine de la santé complémentaire conditionnent les exonérations de charges et déductions fiscales à la souscription par les entreprises de contrats collectifs respectant les minima de couverture et plafonds de garanties imposés par la réglementation.

À ce titre, la réforme « 100 % santé » est un chantier conséquent pour les organismes assureurs, contraints une nouvelle fois d'adapter leurs offres, leurs dispositifs de distribution et de gestion.

Ce chantier nécessite la mobilisation de nombreuses ressources humaines en interne (juridique/actuariat/commerciaux/gestion) et l'instauration d'outils et process performants afin de mettre en conformité l'ensemble de leur portefeuille santé. Cette adaptation doit être réalisée dans un calendrier contraint, fixé par le législateur.

• Vont-ils être amenés à augmenter leurs tarifs ?

La réforme 100 % santé repose sur des efforts financiers conjoints entre la sécurité sociale (augmentation des bases de remboursement), les professionnels de santé (instauration de prix limitatifs de vente) et les organismes assureurs. Pour ces derniers, les dépenses vont certainement augmenter et l'impact financier va dépendre du comportement des Français à consommer le panier « 100 % santé » aux prix encadrés. L'équilibre technique des contrats de santé complémentaire serait fragilisé par la hausse des bases de remboursement de la sécurité sociale sur lesquelles est calculé l'essentiel des remboursements des assureurs.

Face à l'observation incertaine d'un déséquilibre technique et compte tenu de l'engagement pris auprès du gouvernement, il est difficile aujourd'hui pour les organismes assureurs d'annoncer une hausse des cotisations de prime abord. Cependant, une renégociation sera probablement nécessaire en fonction des premiers résultats.

La mise en œuvre de cette réforme engendre d'autres coûts qui sont liés à la mise en conformité des contrats (refonte et réédition de l'ensemble des pièces contractuelles...) mais également à la création de nouvelles offres pour se différencier face à la standardisation des couvertures dans le domaine de la santé.

Un arbitrage doit alors être fait entre la répercussion de ces coûts sur les tarifs et les besoins de fidélisation/attraction des clients sur un marché très concurrentiel et où il est question de donner la possibilité aux entreprises de résilier leur contrat complémentaire santé à tout moment.