



FORM' ACTION

FEDERATION CGT DES SOCIETES D'ETUDES

263 rue de Paris - Case 421 - 93514 MONTREUIL CEDEX

Tél : 01 55 82 89 41 - Fax : 01 55 82 89 42 - E-mail : fsetud@cgt.fr - Site : <http://www.soc-etudes.cgt.fr>

LE 100% SANTE

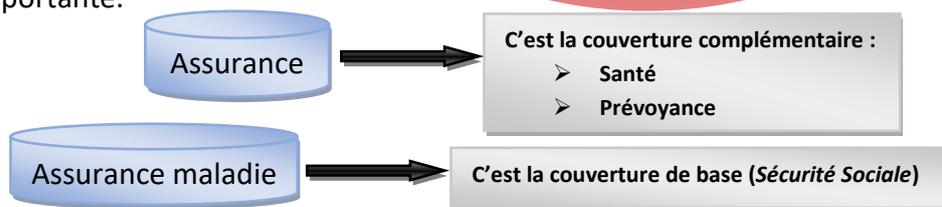
[Journée d'étude du 4 juin 2019]

Intervenant : Malakoff Médéric Humanis

Introduction

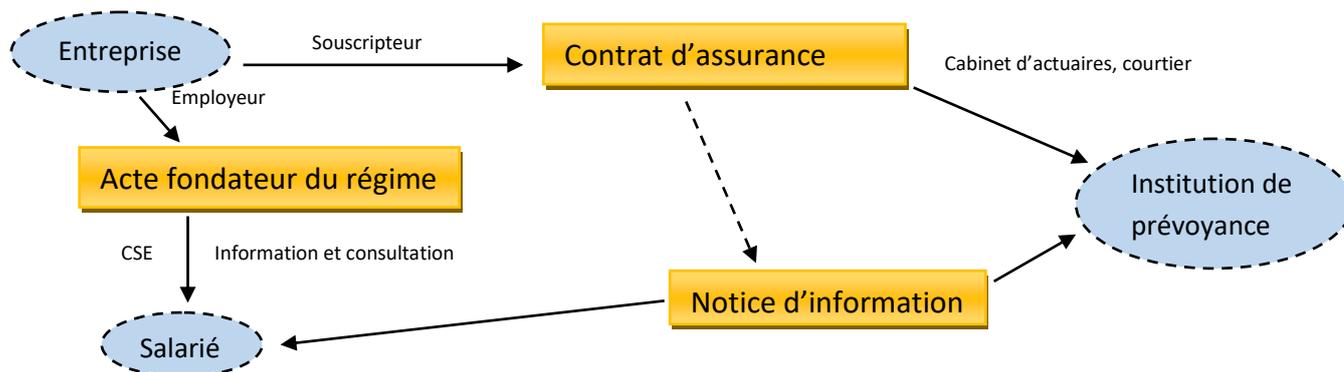
La CGT revendique une prise en charge totale de la santé des travailleurs par la seule Sécurité Sociale. Peu à peu, chaque gouvernement a mené des politiques de transfert de prise en charge de la Sécurité Sociale vers des assureurs. C'est pourquoi, il nous paraît important d'appréhender toutes les problématiques liées à la santé, y compris celles qui sont aujourd'hui du ressort des assureurs. Encore faut-il entendre par assureur, les institutions de prévoyance dont la gouvernance est paritaire. Cela signifie que nous devons nous battre contre les assureurs à but lucratif, les courtiers, les actuaires... c'est, nous semble-t-il, une tâche importante.

Nous avons donc :



La santé regroupe les soins de ville, la pharmacie, le dentaire, les frais d'hospitalisation... tandis que la prévoyance lourde compte l'invalidité, l'incapacité et le décès.

L'assurance complémentaire, que ce soit la santé ou la prévoyance est généralement mise en place dans les branches et les entreprises. L'employeur peut donc mettre en place un régime frais de santé ou prévoyance par accord collectif, décision unilatérale ou référendum.



LES BASES DU CONTRAT RESPONSABLE

En France, les médecins appartiennent nécessairement à un « secteur » de soins. Ces secteurs sont au nombre de trois :

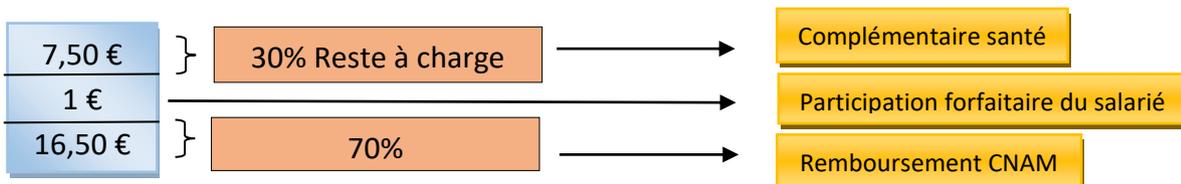
- **Le secteur 1** : le médecin qui adhère à la convention secteur 1 s'engage à ne pas pratiquer de dépassement du tarif de base/convention. Cela représente 85% des médecins avec une forte disparité selon les régions.
- **Le secteur 2** : le praticien dit à « honoraires libres » peut demander un dépassement du tarif Sécurité Sociale. Le remboursement Sécurité Sociale ne tient toutefois pas compte de ces dépassements. Cela représente 14% des médecins.
- **Le secteur non conventionné** : les actes effectués par les médecins n'ayant pas adhéré à la convention nationale – les « non conventionnés » - sont remboursés à partir d'un tarif d'autorité beaucoup plus bas que le tarif de convention. On compte environ 800 médecins répertoriés dans cette catégorie.

Les médecins du secteur 2 essentiellement peuvent adhérer à l'OPTAM, ex-contrat d'accès aux soins. C'est un contrat proposé aux médecins par l'Assurance Maladie Obligatoire, par lequel le médecin s'engage notamment à stabiliser son taux moyen de dépassement d'honoraires. Il bénéficie en contrepartie d'une participation de l'Assurance Maladie Obligatoire au financement d'une partie de ses cotisations sociales. Le contrat est souscrit, sur la base du volontariat pour une durée de 3 ans.

Il faut donc faire attention et choisir un médecin du secteur 1 ou du secteur 2 conventionné.

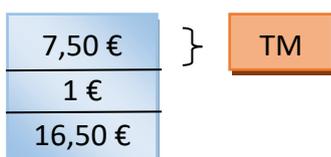
Les remboursements se font à partir d'une Base de Remboursements, BR.

Elle est fixée par la convention médicale entre les professionnels de santé et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). La convention détermine grâce à un barème, pour chaque acte médical, le montant sur lequel est calculé le remboursement de la Sécurité Sociale. Ainsi, la consultation médicale d'un généraliste est fixée à 25 €.

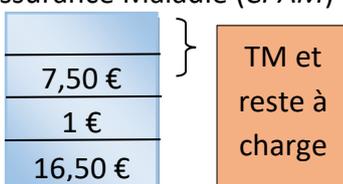


Il faut comprendre que quelque soit le coût du médecin généraliste, la CNAM ne prend en charge que 16,50 €. C'est-à-dire 70% du taux fixé par accord entre la CNAM et les professionnels de santé, à savoir aujourd'hui 25 €. A ce remboursement, il faut bien entendu enlever le taux forfaitaire.

Le reste à charge, c'est-à-dire les 7,50 € est aussi appelé Ticket Modérateur™. Il peut être pris en charge sous certaines conditions par la complémentaire santé.



Il peut y avoir un deuxième reste à charge, celui qui est au-delà du TM. Il correspond à la somme restante à payer par l'assuré social, une fois déduits ses remboursements provenant de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et de la complémentaire santé.



Dans ce cadre, le contrat responsable c'est quoi ?

- Des nouveaux minima de couverture
- Et des exclusions de prise en charge

Avoir un contrat responsable est la condition pour bénéficier des exonérations de cotisations sociales pour les contrats collectifs et de l'exonération de la taxe sur les contrats d'assurance.

LE 100% SANTE

a) Généralités

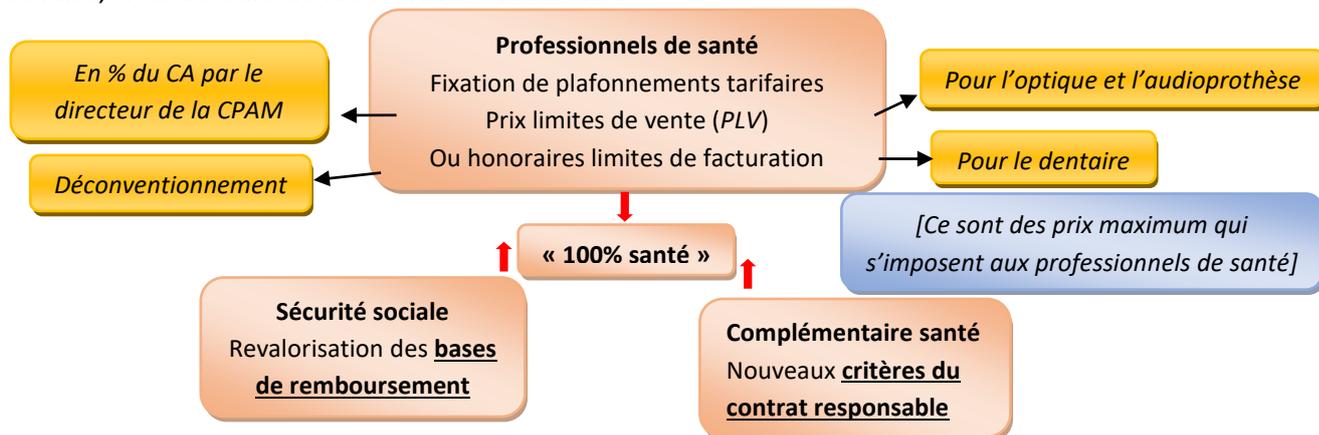
Ce dispositif s'appuie sur une loi, un décret et des arrêtés :

- La loi : loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2019 du 22 décembre 2018 (*article 51*)
- Le décret : n°2019-21 du 11 janvier 2019
- Les arrêtés :
 - ✓ Pour l'optique : du 3 décembre 2018
 - ✓ Pour l'audioprothèse : du 14 novembre et du 27 décembre 2018
 - ✓ Pour le dentaire des 20 août 2018, 30 mars et 14 mai 2019.

Les objets du dispositif sont de :

- Permettre à tous les français un accès aux soins de qualité sans reste à charge sur
 - ✓ L'optique
 - ✓ L'audiologie
 - ✓ Le dentaire
- Passer d'un reste à charge subi à un reste à charge choisi par l'assuré.

Pour ce faire, trois acteurs de la réforme cohabitent :



En ce qui concerne la Sécurité Sociale, la revalorisation des bases de remboursement se fera sur plusieurs années et sur chacun des trois postes. Pour rappel, la base de remboursement de la Sécurité Sociale (*BRSS*) constitue le tarif sur lequel est appliqué un pourcentage de prise en charge de l'Assurance Maladie Obligatoire. Le différentiel constitue le TM.

Les contrats responsables ont désormais de nouveaux critères :

- Sur les « paniers 100% santé », reste à charge nul pour l'assuré,
- Sur les autres paniers, des planchers et/ou plafonds seront fixés.

b) Analyse domaine par domaine

1) L'optique

➤ **Pour la Sécurité Sociale**

Une nouvelle nomenclature optique avec la création de 2 classes est mise en place :

- ✓ La classe A, le panier 100% santé avec un Prix Limite de Vente,
- ✓ La classe B en prix libre.

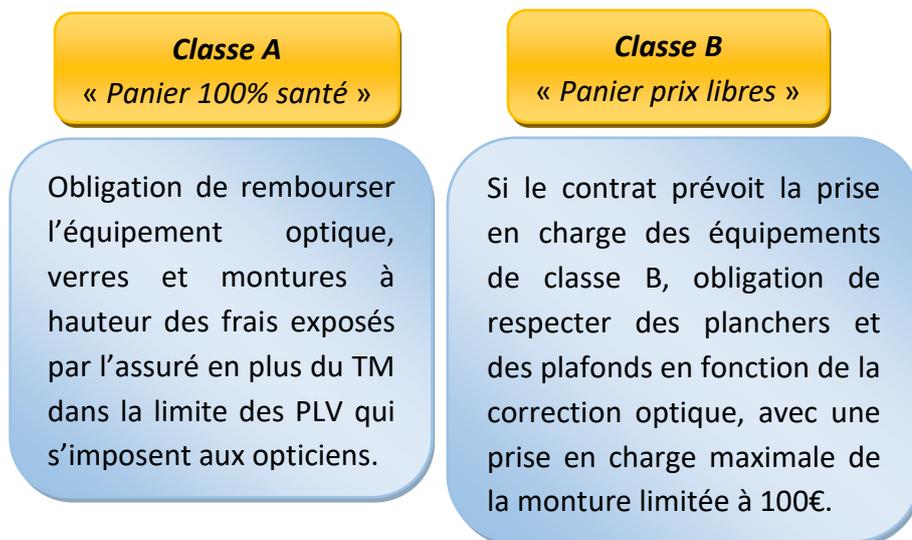
Le « *rechargement* » du droit à remboursement de la Sécurité Sociale sera possible au terme d'une période de 2 ans après la dernière prise en charge.

➤ **Pour les Opticiens-lunetiers**

Il y a de nouvelles obligations. Ils doivent disposer d'un nombre minimal de montures de classe A, 35 pour les adultes et 20 pour les enfants. Pour satisfaire ce seuil, un même modèle de montures ne peut être comptabilisé que jusqu'à deux fois pour deux coloris différents. La structure du devis est fixée réglementairement. Il devra comprendre au moins une offre 100% santé, montures et verres.

➤ **Pour la Complémentaire Santé**

Il s'agit du contrat responsable.



Les délais de renouvellement des équipements optiques varient en fonction de l'âge :

- Adultes et enfants de 16 ans et plus : 2 ans
- Enfants de moins de 16 ans : 1 an
- Enfants jusqu'à 6 ans : 6 mois dans le cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie de son visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Les délais de renouvellement diffèrent en cas d'évolution de la vue ou dans le cadre de pathologies limitativement énumérées.

Le point de départ du délai se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement optique médical ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie.

Exemple pour une myopie modérée (- 3 dioptries)

	Aujourd'hui 290 €		Classe A – Offre 100% santé (2020) 105 €		Offre mixte verres classe A monture Classe B 210 €	
	Verres	Montures	Verres A	Monture A	Verres B	Montures B
	155 €	135 €	75 € PLV	30 € PLV	75 € PLV	135 €
Assurance maladie BRSS	4,58 €	2,84 €	22,50 €	9 €	22,50 €	0,05 €
Remboursement Sécurité Sociale 60%	2,75 €	1,70 €	10,50 €	5,40 €	13,50 €	0,05 €
Remboursement Complémentaire Santé	220,55 €		86,10 €		61,50 €	35 €
Reste à charge	65 €		0 €		35 €	

2) L'audiologie

➤ Pour la Sécurité Sociale

Une nouvelle nomenclature est créée avec deux choses :

- ✓ La classe 1 – 100% santé avec PLV
- ✓ La classe 2 en prix libre

Le « *rechargement* » du droit à remboursement de la Sécurité Sociale sera possible au terme d'une période de 4 ans après la date de facturation de l'aide auditive. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

➤ Pour les audioprothésistes

La structure du devis est fixée réglementairement. Il devra comprendre au moins une offre 100% santé.

➤ Pour la Complémentaire Santé

Il s'agit d'un contrat responsable

Classe 1

« Panier 100% santé »

Obligation de rembourser le dispositif médical d'aides auditives à hauteur des frais exposés par l'assuré en plus du TM dans la limite des PLV qui s'imposent aux audioprothésistes.

Classe 2

Obligation de respecter de plafond maximal d'un montant de 1700€ par aide auditive.

Exemple pour deux prothèses auditives

	2018	2019	2020	Offre 100% santé – classe 1 2021
	3000 €	2800 € PLV	2400 € PLV	1900 € PLV
Assurance Maladie BRSS	400 €	600 €	700 €	800 €
Remboursement assurance maladie (60%)	240 €	360 €	420 €	480 €
Remboursement Complémentaire Santé	1060 €	1140 €	1180 €	1420 €
Reste à charge	1700 €	1300 €	800 €	0 €

3) Dentaire

➤ Pour la Sécurité Sociale

Une nouvelle nomenclature est créée avec trois « paniers » :

- ✓ Le panier « 100% santé » avec Honoraires Limite de Vente sans reste à charge,
- ✓ Le panier « tarifs maîtrisés » avec Honoraires Limite de Facturation et reste à charge
- ✓ Les tarifs libres.

La répartition des actes en 3 paniers différents est fonction du type d'acte, de la localisation de la dent et de la nature du matériau.

➤ Pour les Chirurgiens-dentistes

La structure des devis est fixée conventionnellement. Si le dentiste propose au patient un acte avec reste à charge, il devra s'engager à proposer une alternative sans reste à charge ou à défaut avec un reste à charge maîtrisé à chaque fois qu'une alternative thérapeutique existe.

➤ Pour la Complémentaire santé

Il s'agit d'un contrat responsable

Panier « 100% santé »

Obligation de rembourser les frais de soins dentaires prothétiques, à hauteur des frais exposés par l'assuré dans la limite des HLF qui s'imposent aux chirurgiens-dentistes.

Classe 2

Aucune obligation au titre du contrat responsable. Mais respect du HLF.

Panier libre

Aucune obligation au titre du contrat responsable. Mais respect du HLF.

Exemple pour une couronne métal recouverte de céramique sur une prémolaire.

	2019 (jusqu'au 31 mars)	Offre panier « 100% santé » 2020
	550 €	500 € PLV
Assurance maladie BRSS	107,50 €	120 €
Remboursement assurance maladie (70%)	75,25 €	84 €
Remboursement complémentaire santé	279,50 €	416 €
Reste à charge	195,25 €	0 €

Le décret n°2019-65 du 31 janvier 2019 stipule

« Qu'en plus des prises en charges prévues dans le contrat responsable, la couverture minimale (**panier de soins**) comprend certains planchers améliorés que la classe B et une prise en charge à au moins 125% de la Base de Remboursement pour les frais de soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dentofaciale qui ne sont pas dans le « 100% santé ».

Garanties obligatoires	Planchers	Plafonds	
Soins de ville			
Auxiliaires médicaux, examens de biologie, médicaments...	Ticket Modérateur	Pas d'obligation	
Hospitalisation			
Forfait journalier	Pris en charge intégrale sans aucune limitation de durée		
Aides auditives (renouvellement au minimum tous les 4 ans)			
Classe 1	Remboursement intégral		
Classe 2	Ticket Modérateur	Maxi 1700 € (remboursement cumulé de l'AMO et l'AMC)	
Dentaire			
Soins dentaires	Ticket modérateur	Pas d'obligation	
Panier « 100% » (soins prothétiques)	Remboursement intégral		
Panier maîtrisé	125% de la BRSS	Pas d'obligation	
Panier libre	125% de la BRSS	Pas d'obligation	
Orthodontie	125% de la BRSS	Pas d'obligation	
Optique (renouvellement au minimum tous les ans)			
Classe A	Remboursement intégral		
Classe B	Ticket Modérateur compris dans les planchers et plafonds ci-dessous		
2 verres simples & 1 monture	100 (50)	420 €	Dont 200 € max pour la monture
1 verre simple & 1 verre complexe & 1 monture	150 (125)	650 €	
2 verres complexes & 1 monture	200 €	700 €	
1 verre simple & 1 verre très complexe & 1	150 (125)		

monture		
1 verre complexe & 1 verre très complexe & 1 monture	200 €	
2 verres très complexes & 1 monture	200 €	
Si le contrat propose ces garanties	Planchers	Plafonds
Dépassements honoraires		
Médecins non OPTAM & Médecins non OPTAM-CO	Ticket Modérateur	Double limite 100% du TR & 80% du dépassement pris en charge pour les médecins adhérents OPTAM & OPTAM-CO

LE CALENDRIER

Tous les accords doivent être mis à jour pour le 1^{er} janvier 2020.

2019

2020

2021

1^{er} janvier 2019

- Nouvelle nomenclature
- Début baisse des prix limite de vente.
- Début augmentation progressive des bases de remboursement.

1^{er} avril 2019

- Nouvelle nomenclature
- Fixation des honoraires limites de facturation sur certains actes dentaires (RAC M).

1^{er} janvier 2020

Poursuite de la baisse progressive des PLV et de l'augmentation des bases de remboursements.

1^{er} janvier 2020

- Mise en place en dentaire du « 100% santé » dans les contrats pour certaines couronnes et bridges.

1^{er} janvier 2020

Mise en place du « 100% santé » dans les contrats pour l'optique.

1^{er} janvier 2021

- Poursuite de la baisse progressive des PLV et de l'augmentation des BR.
- Mise en place définitive du 100% santé dans les contrats.

1^{er} janvier 2021

- Poursuite annuelle de la mise en place définitive du « 100% santé » dans les contrats pour les autres prothèses dentaires.