

Dossier

la protection sociale et le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2019



EDITO

Chers lecteurs,

La navette parlementaire s'est achevée fin novembre sur un désaccord entre Sénat et Assemblée nationale. Cependant, les principaux points concernant la protection sociale devraient être adoptés.

Cette réforme porte sur 3 types d'équipements sur lesquels un important reste à charge est constaté : les soins prothétiques en dentaire, les équipements en optique médicale et les aides auditives.

Au moment où la France se trouve dans une impasse sociale, l'annonce des réformes liées à la nouvelle loi de finance de la sécurité sociale risque de faire une nouvelle vague de mécontentement...

Nous vous souhaitons une bonne lecture et de très belles fêtes de fin d'année.

Socialement vôtre,
L'équipe Sofraco



groupe
sofraco

L'expert de la protection sociale.

GROUPE SOFRACO

8 avenue Roger Lapébie

ZI Chanteloiseau

33140 VILLENAVE D'ORNON

Tél. 05 57 35 57 35 - Fax : 05 57 35 57 36

Société de Courtage d'Assurance
immatriculée à l'ORIAS

sous le n° 07 003303 Sous le contrôle de l'ACPR
4 Place Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09

LA PROTECTION SOCIALE ET LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE 2019

Zoom sur la Réforme du 100 % santé

(article 33 du PLFSS)

Promesse de campagne présidentielle, la réforme du reste à charge zéro (RAC 0), baptisée 100 % santé, doit entrer en application progressivement à compter du 1er janvier 2019 avec une hausse de certains remboursements de base, puis la mise en place des premiers paniers de soins RAC 0 dès 2020.

Les postes de soins concernés

Cette réforme porte sur 3 types d'équipements sur lesquels un important reste à charge était constaté : les soins prothétiques dentaire, les équipements en optique médicale et les aides auditives.

L'étude d'impact du PLFSS 2019 précise que les restes-à-charge des ménages, après intervention de l'assurance maladie et des assurances complémentaires, représentent à ce jour 25 % de la dépense en soins prothétiques dentaires, 56 % pour les aides auditives et 22 % en optique.

Les acteurs de la réforme

L'Assurance maladie, les filières de soins et les organismes assureurs sont mis à contribution par la réforme. Elle prévoit en effet :

- un relèvement des bases de remboursement de la Sécurité sociale (mais une diminution en optique sur les équipements à tarifs libres) ;
- la fixation de prix limites de vente d'équipements sur les paniers 100 % santé, avec l'obligation pour les professionnels de santé d'établir un devis les faisant apparaître ;
- la couverture complémentaire totale par les contrats santé responsables et solidaires des prestations relevant des paniers « 100 % santé » et l'instauration de plafonds de remboursement sur les équipements à tarifs libres.

Un comité de suivi de la réforme sera créé afin de suivre l'évolution

des garanties des contrats complémentaire santé et de leurs cotisations, la qualité et le volume des ventes des équipements du panier 100 % santé et l'évolution des prix des autres équipements.



La modification des critères responsables

Cette réforme passe par la modification des actuels critères responsables des contrats complémentaires santé.

Pour rappel, le respect des critères responsables est la condition sine qua non pour éviter une majoration de taxe sur les garanties santé, pour bénéficier des exonérations sociales pour les contrats collectifs obligatoires des salariés et des déductions fiscales pour les cotisations salariales sur ces contrats d'entreprises et sur les contrats Madelin pour les Indépendants, ou encore pour recevoir la participation de l'employeur public sur les contrats santé spécifiques à la fonction publique.

Tous les contrats santé dits « responsables » devront intégrer ces nouveaux paniers 100 % santé. De nouveaux plafonds de remboursement et périodes de prise en charge seront fixés par décret.

Au jour de la rédaction du présent article, des projets de décret sur les nouveaux critères responsables circulent donnant quelques indications, encore non officielles.

Ainsi, en optique, les actuels plafonds de remboursement variables selon le type de verres devraient être diminués. Le remboursement des montures passerait de 150 euros à 100 euros.

La possibilité de changer de lunettes reste limitée à un équipement tous les deux ans, sauf évolution de la

vue. Jusqu'à présent, cette limitation ne concernait pas les mineurs. Le nouveau texte la réserverait aux enfants de moins de 16 ans.

Un plafond de remboursement sur les aides auditives serait fixé à 1 700€ par aide et par période de 4 ans.

Le Gouvernement s'est engagé à publier le décret avant fin 2018, d'autant qu'il s'est opposé aux amendements du PLFSS visant à instaurer une période transitoire de mise en conformité des contrats santé.

Calendrier de mise en œuvre

Le nouveau cahier des charges des contrats santé responsables sera applicable, pour les contrats individuels, comme pour les contrats collectifs, dès le 1er janvier 2020.

Toutes les nouvelles offres, mais également tous les contrats en cours devront être adaptés pour cette date, sachant que la mise en place de la réforme est progressive et les derniers paniers de soins seront ouverts en 2021. Quel que soit l'organisme assureur, ces modifications liées à la mise en conformité des critères responsables peuvent s'effectuer par lettre avenant, modifications réputées acceptées à défaut d'opposition du souscripteur.

En outre, les accords collectifs de branche ou d'entreprise ainsi que les référendums ou décisions unilatérales des employeurs devront également être mis en conformité.

Ce délai est très court, notamment pour mener à bien les négociations avec les partenaires sociaux.

Notons que la modification des contrats socle va impliquer l'adaptation des contrats surcomplémentaires.

La polémique sur la hausse des cotisations des complémentaires santé

Selon certains actuaires, les trois domaines concernés par la réforme, dentaire, optique et audioprothèse, représentent près de la moitié des cotisations des contrats santé.

Pourtant, le Gouvernement prétend qu'il ne doit pas y avoir d'augmentation des cotisations des complémentaires santé dans la mesure où la charge supplémentaire pour les organismes assureurs ne serait que de 250 millions d'euros, l'Assurance maladie prenant en charge 75 % de l'impact financier de la réforme estimé à 1 milliard d'euros.

Les prévisions des organismes assureurs et de leurs Fédérations sont plus pessimistes, ou réalistes (avec des estimations moyennes de hausses des coûts liées à la réforme de 3 à 5 %, en plus des augmentations annuelles habituelles).

Les garanties haut de gamme devraient être peu touchées puisqu'elles assument déjà une prise en charge élevée. La baisse future des plafonds de remboursement en optique peut même leur être profitable ; en contrepartie le reste à charge va augmenter pour les assurés choisissant les équipements à tarifs libres.

En revanche les garanties de premier niveau vont forcément être touchées. En fait, plusieurs paramètres peuvent faire varier l'impact de la réforme sur les coûts :

- l'attitude des professionnels de santé, selon le type d'équipements qu'ils vont conseiller ;
- l'attitude des assurés, qui conservent la liberté de choix des équipements ; le recours renforcé aux soins pour ceux qui les avaient différés ou y avaient renoncé ;
- le type de contrat individuel ou collectif et le niveau de garanties, l'impact étant donc plus fort pour l'entrée de gamme,
- les populations couvertes par les garanties, les contrats pour les retraités seront plus touchés car ces assurés sont les plus consommateurs sur ces postes.

Sans compter la surcharge de travail pour les entreprises et tous les professionnels concernés par la mise en conformité des contrats et des actes de droit du travail régissant les couvertures collectives d'entreprise.



Adaptation CMU-C et ACS (article 34 PLFSS)

Ces dispositifs d'aide à la complémentaire santé devraient être rapprochés en fin 2019. La CMU-C resterait gratuite jusqu'aux plafonds de ressources actuels, puis soumise à participation financière sur les mêmes plafonds majorés de 35 % en remplacement de l'ACS.

Amendement sur le forfait social et l'épargne salariale (article 11 ter nouveau du PLFSS)

Le retard pris dans les débats sur la loi PACTE a poussé le Gouvernement à introduire un amendement dans le PLFSS 2019 sur le forfait social afin de pouvoir appliquer ces améliorations dès le début de l'année 2019.

Les entreprises de moins de 50 salariés seraient exonérées de forfait social sur les sommes versées au titre de la participation et de l'abondement aux plans d'épargne entreprise. Cette exonération serait étendue aux entreprises de moins de 250 salariés pour les sommes versées au titre de l'intéressement.

Le taux serait baissé à 10 % en cas d'abondement de l'entreprise à la contribution du salarié en vue de l'acquisition d'actions ou de certificats d'investissement émis par son entreprise.

Allongement de la durée du congé maternité pour les indépendantes (article 47 du PLFSS)

La durée du congé maternité des indépendantes sera alignée sur celle des salariées. L'objectif est de passer de 4 à 8 semaines, dont 2 avant la

date prévue de l'accouchement. La durée maximale d'indemnisation évoluerait de 74 jours à 112 jours, mais encore faut-il que les Indépendantes puissent en pratique suspendre aussi longtemps leur activité professionnelle.

Attribution automatique de la pension vieillesse en cas d'inaptitude au travail (article 48 du PLFSS)

Actuellement, seuls les travailleurs indépendants bénéficiant d'une pension d'invalidité totale et définitive (équivalente aux catégories 2 et 3 pour les salariés) se voient attribuer automatiquement une pension de vieillesse au taux plein. Les bénéficiaires d'une pension d'invalidité partielle au métier (équivalente à la pension de catégorie 1 pour les salariés) doivent en revanche être reconnus inaptes par le médecin conseil pour pouvoir bénéficier d'une pension à taux plein. A compter du 1er janvier 2019, les indépendants bénéficiaires d'une pension d'invalidité se verront automatiquement attribuer la pension de vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail, donc à taux plein, quelle que soit la catégorie de la pension d'invalidité, comme pour les salariés.

Récapitulatif de différentes mesures concernant les cotisations

- Mise en œuvre de la transformation du CICE et du CITS en baisse pérenne de cotisations sociales pour les employeurs avec aménagement du calendrier (art 8 PLFSS)
- Exonération de cotisations salariales sur le recours aux heures supplémentaires (article 7 PLFSS)
- Aménagement de la cotisation subsidiaire d'assurance maladie (article 10 PLFSS)
- Clarification des modalités de calcul des cotisations sociales des travailleurs indépendants (article 16 PLFSS)
- Prolongation de l'expérimentation sur l'autoliquidation des cotisations des indépendants jusqu'au 31 décembre 2019

