

Actualités

Aperçu rapide

263 Le 100 % santé : une instruction peu instructive !

Charlotte BERTRAND,
avocat associé, cabinet Fromont Briens



INITIALEMENT annoncée dans le programme de campagne du candidat Macron, la réforme du 100 % santé (initialement appelée « reste à charge zéro ») vise à permettre à tout assuré social de bénéficier de soins et d'équipements en matière d'optique, de dentaire et d'audiologie sans aucun reste à charge et ainsi de lutter contre le renoncement aux soins constaté sur ces trois postes (V. JCP S 2019, 1166, étude Ph. Coursier, A. Marion et B. Serizay). Elle est notamment mise en œuvre par une incitation à l'amélioration des remboursements des complémentaires santé par la modification du cahier des charges des contrats responsables.

Suite aux modifications effectuées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 du 22 décembre 2018 et par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, une circulaire d'interprétation de la Direction de la sécurité sociale (DSS) était fortement attendue. Elle est arrivée le 29 mai 2019, sous la forme d'une instruction (*Instr. n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116, 29 mai 2019 : JCP S 2019, act. 238*). Cette instruction ministérielle, régulièrement publiée et partant opposable aux Urssaf en vertu de l'article L. 243-6-2 du Code de la sécurité sociale, a vocation à encadrer le traitement social de faveur attaché aux complémentaires santé dites « responsables ».

À titre liminaire, rappelons que les complémentaires santé qui revêtent la qualité de contrats « responsables et solidaires » bénéficient d'un traitement social et fiscal de faveur consistant en : l'exonération de cotisations de sécurité sociale du financement patronal du régime (sous réserve que l'ensemble des autres conditions et des plafonds soient également respectés) ; la déductibilité fiscale de la cotisation salariale y afférente (là encore, sous certaines conditions et limites) ; l'application d'une taxe de solidarité additionnelle (TSA) à un taux minoré de 13,27 % au lieu de 20,27 %.

Dans la mesure où la réforme du 100 % santé vient compléter un dispositif légal d'ores et déjà établi et commenté au sein d'une circulaire de la DSS du 30 janvier 2015 (*Circ. n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2015/30, 30 janv. 2015*), la présente instruction reprend en grande partie les dispositions de cette précédente doctrine toujours d'actualité et les complète des nouvelles règles induites par la réforme du 100 % santé. Sans revenir sur les points d'ores et déjà en vigueur depuis 2015, ci-après un décodage des apports de cette instruction.

1. Des nouveaux planchers

L'instruction rappelle, sans ajout ou précision particulière, le principe de base de la réforme : afin d'atteindre une absence de reste à charge en optique, dentaire et audiologie, les garanties des contrats d'assurance responsables doivent obligatoirement couvrir l'intégralité des frais d'acquisition de prestations et d'équipements à prise en charge renforcée, c'est-à-dire appartenant à la gamme dite « 100 % santé » (appelée classe A ou I, en optique et audiologie). Ainsi, les complémentaires santé doivent prendre en charge l'intégralité du différentiel entre les prix limites de vente (PLV) (ou les honoraires limites de facturation) et le remboursement de la sécurité sociale.

2. Des nouveaux plafonds

L'instruction revient sur l'application des nouveaux plafonds de remboursement en matière d'optique médicale et d'aide auditive, aucun plafond n'ayant été fixé en dentaire.

Pour l'optique : les nouveaux plafonds de remboursement d'un équipement d'optique médicale correspondent aux anciens plafonds issus du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 diminués de 50 euros en raison de l'abaissement du plafond de la monture qui passe de 150 euros à 100 euros.

La DSS précise qu'ils s'appliquent **de manière globale à l'acquisition d'un équipement complet dès lors qu'au moins l'une de ses composantes** (monture et/ou verres) **appartient à la classe B** (c'est-à-dire à la gamme à tarifs libres et non à la gamme « 100 % santé »). On remarquera en revanche que l'exemple initialement pris en annexe du projet de circulaire concernant un équipement composé de deux verres appartenant chacun à une classe différente n'est plus repris dans la version définitive de l'instruction.

L'instruction traite ensuite le cas particulier des contrats d'assurance qui allouent des forfaits de remboursement spécifiques aux verres d'une part et à la monture d'autre part. Dans ce cas, la prise en charge de chacune des composantes pourra s'effectuer dans la limite des garanties contractuellement prévues, c'est-à-dire sans diminuer le niveau du remboursement effectué au titre de l'autre composante. Cette précision permet donc de majorer (de 24,60 euros... ! correspondant au montant du remboursement complémentaire d'une monture de classe A) le remboursement de verres de classe B dès lors que le contrat exprime les garanties de manière distincte.