



Garantir à tous les Français un égal accès aux soins optiques, dentaires et auditifs : c'est la promesse de campagne d'Emmanuel Macron qui s'est concrétisée le 13 juin dernier, lors du 42^e congrès de la Mutualité Française. Une mesure pour un zéro Reste A Charge et au-delà, une optimisation du modèle de protection sociale, que l'on appelle désormais « 100% Santé ».

A l'occasion du congrès, un protocole d'accord a été signé entre le gouvernement et la majorité des représentants des filières de l'optique et de l'audioprothèse. S'en est suivi le 21 juin, la signature du texte de la future convention dentaire entre la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) et les instances représentatives des chirurgiens-dentistes. Une nouvelle convention qui intègre les mesures 100% Santé et qui entrera en vigueur au 1^{er} janvier prochain.

Organisée par étapes de mise en œuvre, la réforme 100% Santé sera intégrée dans le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) 2019 ainsi que dans les textes réglementaires, et **progressivement accessible à tous les assurés entre 2020 et 2021.**

Ce qu'il faut retenir

Si le dentaire est différent de l'optique et de l'audiologie, l'objectif de la réforme est commun aux trois domaines : il s'agit d'éviter le renoncement aux soins pour motif financier en ouvrant l'accès à des équipements de qualité, 100% pris en charge par les assurances maladie Obligatoire et Complémentaire.

Pour les **soins dentaires**, la mesure prend la forme d'un plafonnement des tarifs de certaines prothèses associé à la garantie d'un reste à charge zéro, avec en contrepartie, la revalorisation des soins conservateurs (traitement d'une carie, détartrage...), et le déploiement d'actions de prévention.

Pour les **soins optiques et auditifs**, elle se traduit par la proposition systématique d'un équipement sans reste à charge et de qualité, avec la liberté pour l'assuré d'opter pour une autre offre prise en charge à hauteur de sa garantie d'assurance. Ainsi opticiens et audioprothésistes soumettront à chaque besoin un double devis, **panier « 100% santé »** et **panier « libre »**.

En parallèle, la réforme consolide les mesures du décret de 2016 visant à améliorer le parcours de santé par un **renforcement accru de la prévention** et la mise en place de **nouveaux modes d'organisation au sein de la profession.**

Panier 100% Santé et contrat responsable : les nouveautés

Le panier « 100% santé » correspond au premier niveau des soins et équipements pris en charge, à la qualité contrôlée et intégralement remboursés. Mis en œuvre dans le cadre du contrat responsable, qui régit plus de 94% du marché des complémentaires Santé, il sera accessible à la très grande majorité des assurés Français, sans être obligatoire. Il permettra notamment aux assurés dont les garanties sont les plus faibles, d'accéder à des équipements de qualité 100% pris en charge.

Ce panier sera couvert conjointement par la complémentaire santé et l'assurance maladie obligatoire, dont la base de remboursement (BRSS) augmente. Il instaure un prix limite de vente des équipements, correspondant aux planchers de prise en charge du contrat responsable.

Ainsi, pour assurer la qualité des équipements inclus dans le panier « 100% Santé », tout en conservant la maîtrise des dépenses de santé, le contrat responsable évoluera dès 2020 avec une hausse des planchers de remboursement, et de nouveaux plafonds de prise en charge.

En optique et en audiologie, **les principaux plafonds de remboursements du contrat responsable seront les suivants :**

- 1700 € par oreille pour un équipement auditif,
- 100 € pour une monture (au lieu de 150 € actuellement),
- Entre 470€ et 850€ pour les verres (selon l'indice de réfraction et la complexité du verre) – inchangé pour l'instant.

Les assurés Français pourront bénéficier du panier « 100% Santé » sans reste à charge **à partir de 2020 pour les équipements optiques et une partie des prothèses dentaires, et en 2021 pour les aides auditives.**



Pour anticiper au mieux les conséquences de la réforme « 100% Santé » sur les complémentaires santé et les assurés, une étude est en cours au sein de Carte Blanche Partenaires afin d'évaluer l'impact de la réforme sur les montants de remboursement et le reste à charge. Les résultats vous seront communiqués courant septembre.

POUR ALLER PLUS LOIN

Les principales mesures



En optique

C'est en 2020 qu'entrera en vigueur le panier optique « 100% Santé ». Il implique **la refonte de la nomenclature optique** nécessitant une **réécriture des garanties médicales des assurances complémentaires**.

Pour répondre à l'exigence de deux propositions, panier « 100% santé » et panier « libre », **la future nomenclature sera désormais scindée en deux classes : la classe A pour le panier « 100% Santé » et la classe B pour le marché libre**. Ces deux paniers seront systématiquement proposés dans le devis de l'opticien à partir de 2020.

Composition du panier « 100% Santé » optique

L'équipement inclus dans le panier 100% Santé comprend :

Des verres de classe A soumis à des **prix limites de vente (PLV)**, correspondant aux planchers de remboursement du contrat responsable, et bénéficiant d'une **hausse de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS)**



Une monture « de classe A » dont le **plancher de remboursement** est de **30€** (soit le prix limite de vente (PLV)).

A noter que, pour certifier la qualité des équipements de ce panier, les verres de classe A comporteront automatiquement les **options « Durci », « Aminci » et « Anti-reflet »**.

En fonction du niveau de correction et du type de verres (unifocaux et progressifs), le **prix limite de vente de l'équipement 100% Santé (verres + monture)** sera **compris entre 95 et 370 euros**.



Selon une première étude réalisée par Carte Blanche Partenaires sur les prises en charge soldées au sein du réseau optique Carte Blanche en 2017, il est probable que le panier « 100% Santé » moyen sera de 105€ pour les équipements avec des verres unifocaux, et de 210 € pour les équipements avec des verres progressifs.

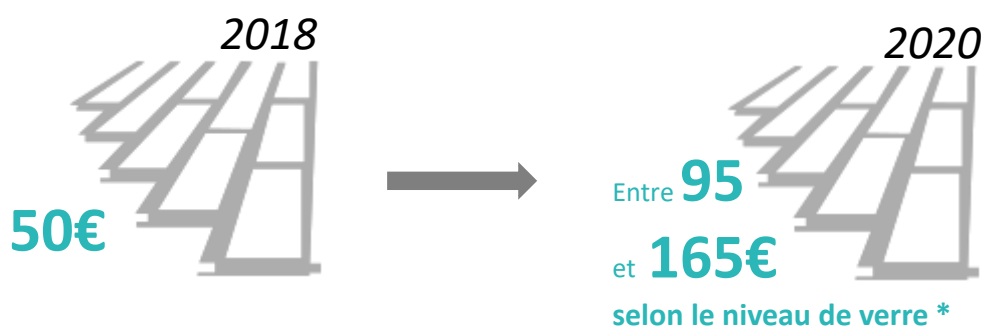
Pour garantir la liberté de choix dans l'offre sans reste à charge, la réglementation autorise le porteur à **associer des verres de classe A à une monture du marché libre**. L'assuré pourra ainsi être intégralement remboursé même s'il fait le choix d'une monture de classe B, à condition que son PLV soit inférieur ou égal au futur plafond de remboursement des montures, abaissé à 100 euros.

S'il est prêt à supporter une partie des frais, le porteur pourra aussi sélectionner des verres du panier 100% Santé et s'équiper d'une monture haut de gamme pour laquelle il aura un reste à charge.

Quel impact sur le contrat responsable ?

Dès 2020, les garanties optiques du contrat responsable intégreront cette nouvelle nomenclature. Le contrat responsable devra obligatoirement garantir un reste à charge nul sur le panier 100% Santé. Ainsi **les planchers de remboursement du contrat responsable seront mis en conformité pour correspondre aux PLV des équipements**.

A titre d'exemple, un équipement avec deux verres simples (unifocaux) :



Au niveau des plafonds de prise en charge, **seul le plafond de remboursement des montures sera modifié**:



Ce qui ne change pas

- La **prise en charge des dépenses optiques reste conjointe** entre le Régime Obligatoire (RO) et Régime Complémentaire (RC) et le taux de prise en charge RO reste inchangé, soit 60% de la BRSS.
- Concernant le **renouvellement des lunettes**, le délai minimum reste de 2 ans pour les adultes de plus de 16 ans (sauf dérogation liée à une modification de l'acuité visuelle) et de 1 an pour les moins de 15 ans.
- La **durée de validité de l'ordonnance** reste la même, soit 5 ans pour les + de 16 ans, 3 pour les + de 42 ans, 1 pour les – de 16 ans.

Vers un nouveau modèle organisationnel

La réforme 100% Santé vient consolider les nouvelles formes d'organisation **en application du décret de 2016**, dont le but est notamment de contourner les délais d'attente. Elles favorisent le développement de la **coopération entre professionnels de santé**, et autorise l'opticien à procéder à des examens de réfraction.

* Dans la future nomenclature, il existera 5 niveaux de verres correspondant aux 5 niveaux de remboursement dans chaque catégorie, verres unifocaux ou progressifs, soit 24 paliers de remboursements au total.



En audiologie

De même que pour les équipements optiques, les aides auditives seront répertoriées en **deux catégories** : **la classe 1** pour un équipement **100% pris en charge en 2021**, et **la classe 2** pour le **marché libre**.

Pour parvenir à un équipement intégralement pris à charge :



Le tarif des équipements de classe 1 sera **plafonné à partir de 2019** et **réduit chaque année**.



La BRSS sera progressivement augmentée, passant **de 200 € en 2018 à 400 € en 2021**.



Les planchers du contrat responsable = PLV des équipements 100% Santé
Limite de la prise en charge totale (part RC + RO) : **1700 € par oreille**.

A ce jour, le reste à charge moyen est de 850 € par oreille. Pour les aides auditives de classe 1, l'objectif, selon la DSS, est de « **diminuer les frais de 200 € par oreille en 2019**, puis **encore de 250 € en 2020**, pour atteindre en **2021 un zéro reste à charge** ».

Pour les **aides auditives de classe 2**, la BRSS sera identique au panier 100% Santé mais les tarifs des équipements seront libres. Ces derniers feront toutefois l'objet d'un contrôle par une instance conjointe entre la profession et la DSS.

Un parcours de santé auditive plus encadré

Pour accompagner le vieillissement de la population, et donc l'augmentation prévisionnelle des besoins, le gouvernement augmentera progressivement les effectifs des formations professionnelles des audioprothésistes.

La réforme garantit aussi **un meilleur suivi du patient**. Les audioprothésistes s'engagent à assurer des RDV de suivi et de réglage de l'appareil durant les 4 années qui suivent l'achat, une garantie qui reste incluse dans le prix de l'équipement. Ils devront aussi tenir un dossier de suivi et le faire suivre à un confrère si l'assuré décide d'en changer.

Pour prévenir les risques et diminuer les besoins de prise en charge, **les moins de 16 ans** bénéficieront d'**examens obligatoires avec bilan auditif intégralement pris en charge** par l'assurance maladie et la complémentaire santé.



En dentaire

Pour le domaine dentaire, il existera **3 paniers de soins** :

1 Un panier 100% Santé
intégralement
remboursé



46% des actes
prothétiques

2 Un panier avec
des prix
plafonnés



25% des actes
prothétiques

3 Un panier aux tarifs libres
permettant d'accéder aux
techniques et matériaux les
plus sophistiqués



29% des actes
prothétiques

Le plafonnement des tarifs des prothèses débutera dès 2019 et diminuera progressivement d'ici à 2023 pour limiter le reste à charge des patients. **Quant au panier 100% santé, il entrera en vigueur en 2020 pour certains des soins prothétiques dentaires, et sera généralisé en 2021 à toutes les prothèses incluses dans le panier.**

Les prothèses dentaires du panier « 100 % santé » offriront le choix entre divers matériaux, dont la **qualité esthétique** (matériau) **dépendra de la localisation de la dent** (visible ou non visible).

QUELQUES EXEMPLES

Pour une couronne dentaire céramo-métallique, quel panier suivant la dent ?

incisives canines 1ères prémolaires



Panier 100% Santé

2emes prémolaires



Panier maîtrisé

molaires



Panier libre

Pour une couronne sur une molaire, quel matériau pour chaque panier ?

Panier 100% Santé



Couronne métallique

Panier maîtrisé



Couronne céramique-
monolithique en zircon

Panier libre



Couronne céramo-métallique
ou couronne céramo-
céramique

Favoriser la prévention pour diminuer le besoin

La stratégie du « 100% Santé » pour le dentaire est de **passer du curatif au préventif**.

Dans le cadre du **programme M'T dents**, les 3 à 24 ans auront accès, a minima 1 fois tous les 3 ans, à un dépistage et des soins conservateurs entièrement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

De plus, de nouveaux types de soins préventifs seront désormais remboursés, comme l'application d'un vernis fluoré chez les enfants présentant un risque carieux élevé.

Enfin un forfait de prévention visant à couvrir intégralement un nombre déterminé de séances de soins, conseils et recommandations, sera progressivement expérimenté. En dehors de ces séances, les soins conservateurs seront revalorisés.