

Mieux comprendre le 100% Santé en 10 questions

En 2020 et 2021, courtiers, mutuelles et compagnies d'assurance devront adapter leurs contrats complémentaires santé responsables au «100% Santé».

100% Santé ?

Le « 100% Santé » ou « reste à charge zéro » est une réforme gouvernementale du système de santé. Promesse de campagne d'Emmanuel Macron, son objectif est de permettre un meilleur accès aux soins pour les lunettes de vue, prothèses auditives et couronnes dentaires.

Le renoncement aux soins est important ?

Oui. Le renoncement aux soins est élevé. Aujourd'hui, selon le ministère des Solidarités et de la Santé, parmi les 20 % de Français aux revenus les plus bas, près d'1 sur 5 renonce à s'équiper en optique, et près d'1 sur 3 à des soins dentaires. Il s'agit pourtant de soins essentiels ayant des répercussions importantes sur la vie sociale et professionnelle, mais aussi sur la santé.

Ces soins coûtent cher ?

Oui. Non seulement les équipements nécessaires coûtent cher, mais ils sont aujourd'hui très mal remboursés en France. La prise en charge par l'assurance maladie obligatoire dans les secteurs de l'optique, du dentaire et de l'audiologie est depuis très longtemps plus faible que dans les autres domaines. Le reste à charge dans ces secteurs est particulièrement élevé. Ainsi, deux retraités malentendants sur trois ne sont pas appareillés. Et lorsqu'ils peuvent s'appareiller, leur reste à charge s'élève en moyenne à 850 euros.

TAUX DE RENONCEMENT AUX SOINS EN FRANCE



en optique



en dentaire



des malentendants ne sont pas équipés

RENONCEMENT AUX SOINS PARMI LES 20% DE FRANÇAIS AUX REVENUS LES PLUS BAS



en optique



en dentaire



RETRAITÉS MALENTENDANTS NON APPAREILLÉS



RESTES A CHARGE MOYENS



850 €

pour un appareil auditif



65 €

pour un équipement optique (monture et verres)



195 €

pour une couronne dentaire en céramique

Le gouvernement va donc augmenter les remboursements de la Sécurité sociale dans ces secteurs ?

Oui, mais pas seulement. Pour lever les obstacles de l'accès aux soins, plusieurs moyens vont être mis en oeuvre. Les équipements sont coûteux car les prix sont fixés librement. Entre 2019 et 2021, le gouvernement va exercer sa pression sur le prix limite de vente (PLV) et imposer des plafonds de prise en charge pour limiter l'inflation. Les professionnels de santé, dentistes, audioprothésistes, et les opticiens sont les premiers concernés par la réforme. Ils doivent prendre en compte les nouvelles bases de remboursement de la Sécurité sociale, respecter les prix limite de vente (PLV) et proposer des paniers de soins définis.

Des paniers de soins ?

Oui. Les pouvoirs publics ont travaillé avec les syndicats de professionnels de santé, les fédérations d'organismes complémentaires et les fabricants de dispositifs à l'élaboration de « paniers de soins ». Il s'agit d'offres pré-établies. Elles sont composées d'équipements de qualité répondant aux besoins de santé essentiels, avec des prix limite de vente et des plafonds de remboursement. Elles seront

disponibles chez tous les opticiens, dentistes et audioprothésistes. Des sanctions en cas de non-respect par les fabricants et les distributeurs sont prévues. Deux ou trois niveaux de soins pourront être proposés : le panier « **100% Santé** », ou « **reste à charge zéro (RAC 0)** », le panier « **reste à charge modéré** », les **tarifs libres**.

On parle de réforme « 100% Santé », mais aussi de panier de soins « 100% Santé », quelle est la nuance ?

La réforme « 100% Santé » englobe plusieurs mesures destinées à favoriser l'accès aux soins dans les domaines de l'optique, du dentaire et de l'audiologie. Le panier « 100% Santé » en est la mesure phare. Inédite, elle doit donner accès d'ici à la fin du quinquennat, à des soins essentiels de qualité, sans reste à charge. Les équipements proposés seront remboursés intégralement par la Sécurité sociale et les complémentaires santé responsables ou la CMU-C*. En clair, les patients bénéficiant d'un contrat de complémentaire santé (95% de la population) ou de la CMU-C n'auront rien à déboursier, mais libre à eux de dépenser plus s'ils le souhaitent.



* Y compris pour les personnes aujourd'hui éligibles à l'ACS qui bénéficieront à compter du 1er novembre 2019 de l'accès à la CMU-C.

Et les organismes complémentaires santé dans tout ça ?

Nous y voilà. Pour parvenir à proposer une offre sans reste à charge sur ces trois postes de soins, habituellement coûteux pour les usagers, tout le monde doit y mettre du sien. L'assurance maladie s'est engagée à améliorer le niveau de prise en charge, mais également les organismes de complémentaires santé. Au total un effort d'un milliard d'euros sera pris en charge pour trois-quarts par l'assurance maladie et pour un quart par les complémentaires. Les complémentaires devront adapter leurs prestations pour une prise en charge totale des paniers de soins « 100% Santé ». Ceci sera donc inclus dans les obligations au titre des contrats responsables, ainsi que de nouveaux plafonds de remboursement.

A quelle date la réforme doit-elle s'appliquer ?

La mise en œuvre de la réforme débute dès 2019. Elle doit ensuite se déployer progressivement et par étapes, sur trois années. L'objectif est d'atteindre le remboursement à 100% d'un panier de soins dans chaque secteur, à l'horizon 2021. Les échéances principales pour les complémentaires sont :

1er janvier 2020 :

- Le 100 % est garanti en optique.
- Le 100% est garanti pour une partie du dentaire.

1er janvier 2021 :

- Le 100 % santé est garanti pour le reste du panier dentaire.
- Le 100 % santé est garanti pour les aides auditives.

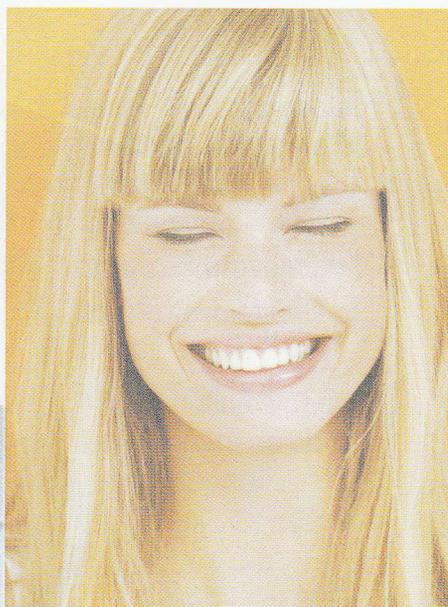
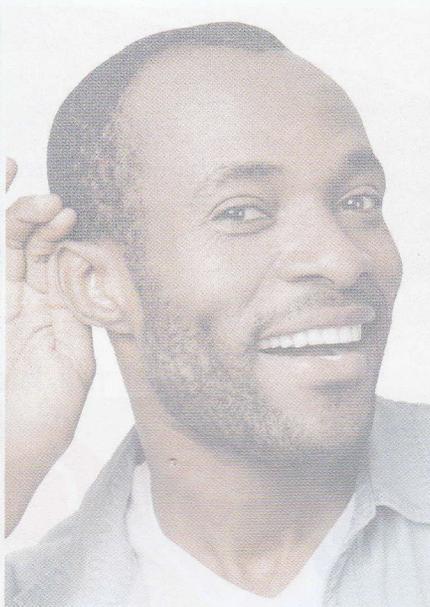
ENTRÉE EN VIGUEUR DU PANIER 100 % SANTÉ

1^{er} Janvier
2019
C'est parti !

1^{er} Janvier
2020
Ça avance ...

1^{er} Janvier
2021
C'est en place !





Le 100% Santé en optique

Equipements concernés : Lunettes de vue = 1 monture + 2 verres

Principe

2 paniers de soins

- ◆ **Le panier de soins 100 % Santé - Classe A, sans reste à charge**
Prix limite de vente (PLV) fixe sur la monture, variable selon la nature des verres.
- ◆ **Le panier Tarifs libres - Classe B**
Pas de PLV. Le marché est régulé par les planchers et plafonds des contrats responsables des complémentaires santé.

Les opticiens devront obligatoirement, dès le 1er janvier 2020, réaliser un devis normé proposant une offre 100% Santé.

Trois scénarios de prise en charge possibles

Le client pourra choisir le panier 100% Santé ou le panier Tarifs libres. Il pourra également panacher en choisissant les verres du panier 100% Santé et une monture du panier Tarifs Libres, ou inversement.





Ce qui change

Remboursement Sécurité sociale

- ◆ La Base de remboursement (BR) augmente sur le panier 100% Santé.
- ◆ Sur l'offre à Tarifs Libres, la Sécurité sociale se désengage presque totalement. Elle ne rembourse que 15 centimes par équipement.

Le remboursement de la Sécurité sociale est recentré sur le panier de soins 100% Santé pour assurer la qualité des équipements proposés et limiter l'achat de montures chères.

Contrats santé responsables

- ◆ Les contrats responsables devront couvrir intégralement le panier de soins 100% Santé, à compter du **1er janvier 2020**.
- ◆ Le **montant maximal de remboursement** pour les montures passe de 150 € à **100 €**.

Renouvellement

- ◆ **Adultes :**
Renouvellement maintenu à 2 ans avec possibilité de renouvellement anticipé.
- ◆ **Moins de 16 ans (contre 18 ans) :**
Renouvellement à 1 an avec possibilité de renouvellement anticipé.

Les conditions de prise en charge anticipée évoluent en prenant en compte le changement de correction.

Calendrier

Pour l'optique, une seule date est à retenir : le 1er janvier 2020.
La réforme sera mise en place chez tous les opticiens et les contrats de complémentaires santé responsables devront être conformes.

01/01/2019

01/01/2020

01/01/2021

01/01/2022

ENTRÉE EN VIGUEUR

Panier optique garanti :
nouvelle nomenclature & PLV
Prise en charge à 100% garantie



Description des paniers de soins

Panier A 100% Santé

Montures respectant les normes européennes

34 pour les adultes (17 modèles – 2 coloris)

20 pour les enfants (10 modèles – 2 coloris)

PLV* 30 €

Verres pour tous les troubles visuels

Obligatoirement amincis, anti-reflet et anti-rayure

PLV selon verres

PLV de l'équipement variable de 95 € à 370 €

Questionnaire de satisfaction

Reste
à charge
0 €

Panier B Tarifs Libres

Monture :

Plafond de remboursement des contrats responsables : 100 €

Verres

Plafond de remboursement des contrats responsables
selon pathologie

+ traitement:

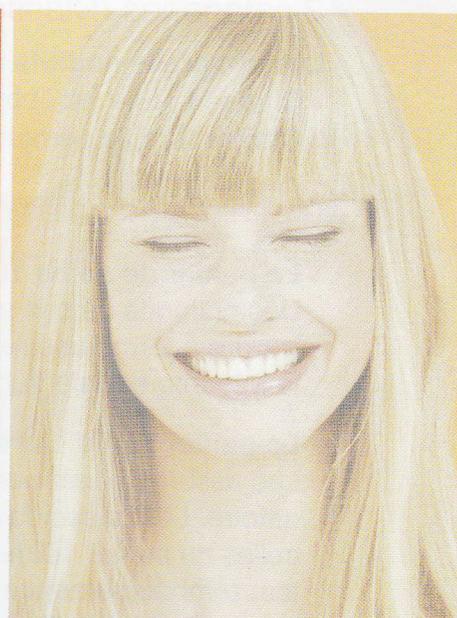
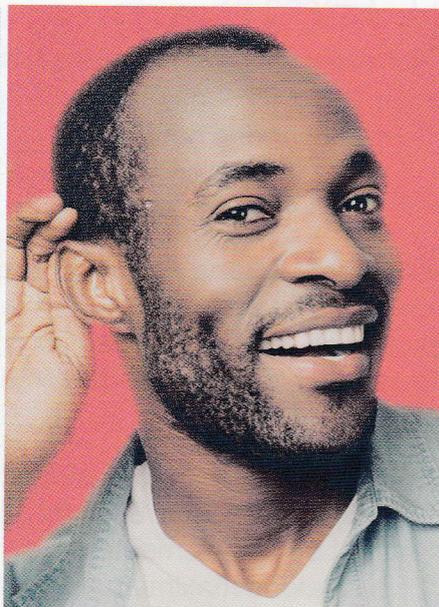
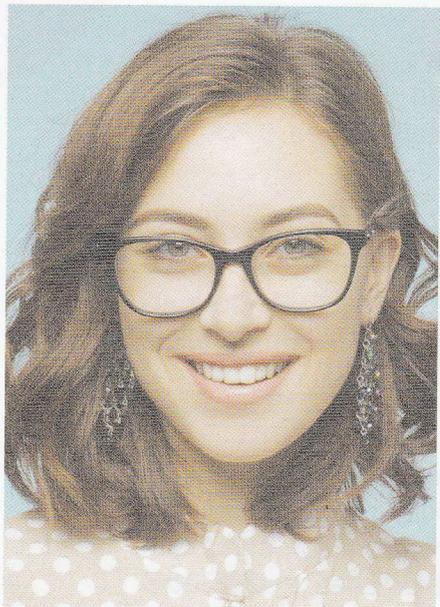
Norme ISO

Anti-rayure

Anti-reflet 1 face

Anti UV

* Prix limite de vente



Le 100% Santé en audiologie

Equipements concernés : Prothèses auditives

Principe

Dès janvier 2019, une nouvelle nomenclature et des prix limite de vente sont imposés aux audioprothésistes.



La Sécurité sociale double progressivement sa base de remboursement (BR).



Les assurés bénéficient d'une baisse du reste à charge avant l'obligation, au 1er janvier 2021, des complémentaires santé de prendre en charge le **panier de soins 100% Santé**.





2 catégories (Classe I - Classe II)

Les appareils auditifs sont répertoriés en 2 catégories :

- ◆ **Classe I** : Elle fait l'objet du dispositif sans reste à charge.
- ◆ **Classe II** : Elle permet de proposer des équipements à tarifs libres.

2 paniers de soins

◆ Le panier de soins 100 % Santé - Sans reste à charge

Des plafonds de prix sont instaurés progressivement de 2019 à 2021 pour atteindre à terme une réduction de 30% par rapport au prix moyen. En parallèle, la Sécurité sociale augmente sa base de remboursement.

◆ Le panier Tarifs Libres

Les assurés bénéficient de la revalorisation des prestations du Régime Obligatoire. Les bases de remboursement de la Sécurité sociale sont identiques à celles du panier 100% Santé. Les complémentaires santé sont libres de définir leur remboursement avec un plafond maximum de prise en charge de 1700€ par oreille appareillée. Un dispositif de contrôle est mis en place pour surveiller l'augmentation des tarifs.

Les audioprothésistes auront l'obligation de remettre un devis détaillé comportant au moins un équipement de l'offre 100% Santé.

Remboursements : ce qui change

Sécurité sociale

- ◆ **La Base de remboursement (BR) est augmentée progressivement de 2019 à 2021. Elle passe pour les + de 20 ans à 400 € (contre 200 €).**

(Le niveau de remboursement est de 60% sur la base d'un tarif unique quelle que soit la classe de l'appareil choisi. Elle diffère uniquement pour les - de 20 ans et les personnes souffrant de cécité).

- ◆ **Evolution de la fréquence de remboursement : 4 ans**

Contrats santé responsables

- ◆ Les contrats responsables devront couvrir intégralement le panier de soins 100% Santé, à compter du **1er janvier 2021**.
- ◆ Plafond limite de prise en charge totale : **1700 € par oreille à appareiller**.

Calendrier

Pour les audioprothèses, 2 dates sont à retenir :

- **1er janvier 2019** : Les audioprothésistes doivent respecter les prix limite de vente, les nouvelles nomenclatures.
- **1er janvier 2021** : Les complémentaires santé devront rembourser intégralement le panier de soins 100% et intégrer le plafond de remboursement prévu dans la réforme.

01/01/2019

01/01/2020

01/01/2021

01/01/2022

BR : 300 €

BR : 350 €

BR : 400 €

ENTRÉE EN VIGUEUR

Nouvelle nomenclature & PLV

Le panier 100% Santé est garanti pour les aides auditives

Le gouvernement améliore progressivement le remboursement de la Sécurité sociale et la baisse des prix de vente.



Description des paniers de soins

100% Santé

PLV

Appareils de Classe I

Contenu

- Tous les types d'appareils : contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire.
- 12 canaux de réglage.
- 30 jours minimum d'essai avant achat.
- 4 ans de garantie.
- Au moins 3 des options suivantes : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, bande passante élargie ≥ 6000 Hz, fonction apprentissage de sonie, dispositif anti-réverbération.
- Des prestations de suivi (au moins une fois par an) pour adapter en continu le réglage de l'appareil en fonction de l'évolution de la perte auditive.

Reste
à charge
0€

Tarifs Libres

Pas de PLV

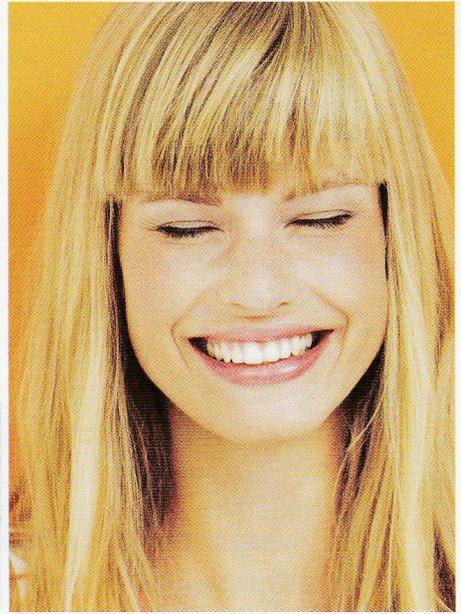
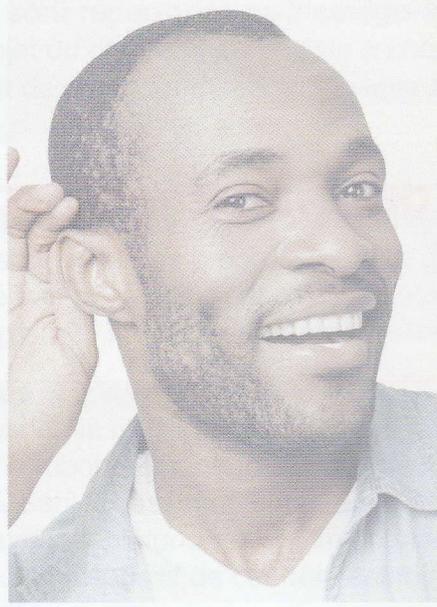
Appareils de Classe II

Plafond de remboursement des contrats responsables :

1700 € par oreille.

PLV : Prix limite de vente

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale



Le 100% Santé en dentaire

Equipements concernés : Prothèses dentaires

Principe

Les tarifs des prothèses sont plafonnés, en échange d'une revalorisation des tarifs des soins courants (carie, détartrage...). L'objectif est de valoriser les actes liés aux soins courants et à la prévention pour éviter des soins plus importants par la suite.

3 paniers de soins

◆ Le panier de soins 100 % Santé - Sans reste à charge

Les prix de vente sont plafonnés.

Le panier 100% Santé sera mis en place en 2 étapes : au 1er janvier 2020 pour les couronnes et bridges et au 1er janvier 2021 pour les dentiers.

◆ Le panier Tarifs Maîtrisés

Les prix de vente sont plafonnés, mais sans obligation de prise en charge par les complémentaires santé.

Les tarifs des paniers de soins « 100% Santé » ou « Tarifs Maîtrisés » varieront selon la nature des matériaux utilisés et la localisation de la dent concernée. Le principe retenu est qu'une dent visible doit pouvoir être remplacée par des matériaux qui garantissent une qualité esthétique, mais que cela est moins nécessaire pour une dent non visible comme une molaire.

◆ Le panier Tarifs Libres

Ce panier permet à l'assuré de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués, sans plafonnement de prix à respecter par le dentiste.





Ce qui change

Remboursement Sécurité sociale

- ◆ Augmentation de certaines bases de remboursement (BR) : couronnes, Inlay Onlay / Baisse d'autres BR : Inlay Core.
- ◆ Prise en charge de la prothèse provisoire.
- ◆ Revalorisation des soins bucco-dentaires, de certains honoraires et BR (soins conservateurs et actes peu invasifs).
- ◆ Diminution BR d'actes invasifs.
- ◆ Certains soins non pris en charge le seront à partir de 2020 : par exemple le « coiffage pulpaire » qui permet d'éviter la dévitalisation de la dent ou des bilans et traitements parodontaux pour les patients diabétiques.

Contrats santé responsables

- ◆ Obligation de prise en charge du panier de soins 100% Santé au **1er janvier 2020** et **1er janvier 2021**.

Codes des actes

- ◆ Réécriture des codes pour distinguer des actes identiques avec des remboursements différents.
- ◆ Codes de regroupement pour dissocier les 3 paniers.
- ◆ + 4 nouveaux codes.

PLV : Prix limite de vente

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale

Calendrier

La mise en œuvre de la réforme débute le 1er avril 2019 et se prolonge jusqu'en 2022, selon les actes.

01/04/2019

01/01/2020

01/01/2021

01/01/2022

ENTRÉE EN VIGUEUR
PARTIELLE

ENTRÉE EN VIGUEUR
TOTALE

PLV : 11 actes prothétiques
Baisse BR Inlay-Core
Création BR Couronne
transitoire

Panier 100 % Santé
garanti pour 14 actes

Panier 100 % Santé
garanti pour 47 actes

Plafonnement des prix / Revalorisation des soins courants



Description des paniers de soins

100% Santé

Couronnes

- Couronnes céramique monolithique et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines, 1ère prémolaire)
PLV : **500€**
- Couronnes céramique monolithique zircons (incisives, canines)
PLV : **440 €**
- Couronnes métalliques (toute localisation)
PLV : **290 €**

Inlays core et couronnes transitoires (couronnes définitives)

PLV : **350 €**

Bridges

- Bridges céramo-métalliques (incisives et canines)
PLV : **1465 €**
- Bridges métalliques toute localisation
- Prothèses amovibles à base résine
PLV : **1100 €**

Reste
à charge
0€

Tarifs Maîtrisés

PLV

La prise en charge reste libre pour les complémentaires santé

Reste
à charge
modéré

Tarifs Libres

Tarifs, choix des techniques et matériaux libres.

Honoraires libres.

Voir présentation détaillée en annexe

PLV : Prix limite de vente

Glossaire

Assurance Maladie Complémentaire (AMC)

Système d'assurance maladie qui prend en charge tout ou partie des frais liés à la santé en complément des remboursements de la Sécurité sociale.

Assurance Maladie Obligatoire (AMO)

L'AMO désigne les quatre systèmes de protection sociale, couvrant tout ou partie des dépenses liées à la santé :

- Le régime général
- La Sécurité sociale des Indépendants
- Le régime agricole
- Les régimes spéciaux

Chaque individu est rattaché à l'un de ces régimes obligatoires selon son statut professionnel.

Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS ou BR)

Tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par la Sécurité sociale française, ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné.

Contrat Responsable

Les contrats dits responsables répondent à un certain nombre d'obligations quant à leur contenu ; en contrepartie, ils se voient appliquer un taux réduit de taxe de solidarité additionnelle (TSCA).

Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)

Le DPTAM rassemble les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés [OPTAM (pour les médecins de secteur 2), OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique) et qui remplacent le dispositif du Contrat d'Accès aux Soins (CAS)].

Prix limite de vente (PLV) : Il correspond au prix maximum de vente du produit au public.

Professionnels de santé (PS)

Reste à charge (RAC) : C'est le montant qui reste à la charge de l'assuré après remboursement de la Sécurité sociale et de la complémentaire santé.

Reste à charge = Dépense – Remboursement SS – Remboursement complémentaire santé

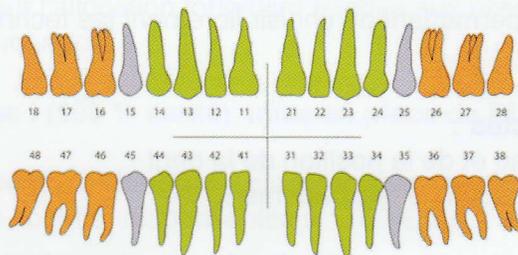
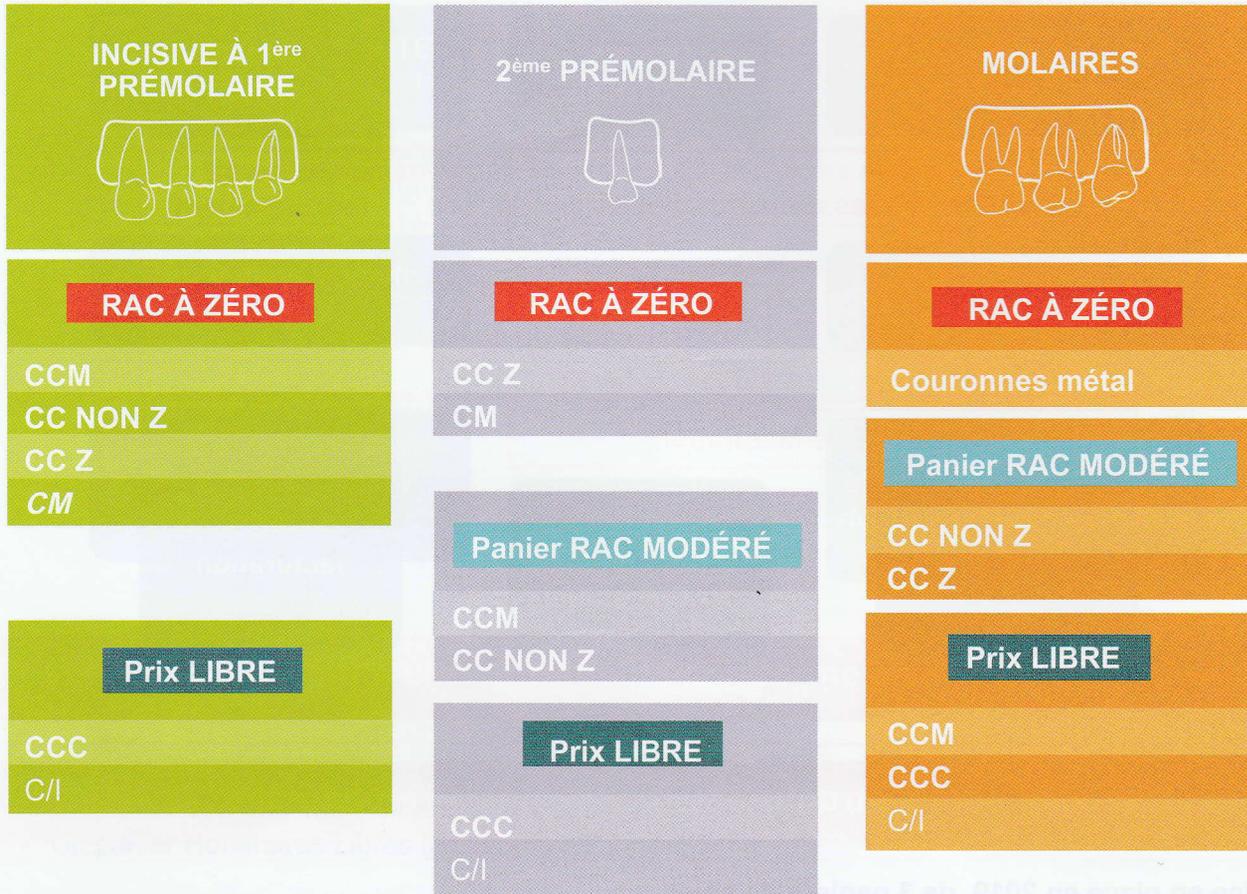
Reste à charge 0 (RAC 0)

Le montant qui reste à la charge de l'assuré, après le remboursement de la Sécurité sociale et celui de la complémentaire santé est nul.

Régime obligatoire (RO)

Régime légal de prévoyance sociale auquel est obligatoirement affilié l'assuré.

Présentation détaillée des paniers dentaires



CCM : couronne céramo-métallique

CCC : couronne céramo-céramique

CC Z : couronne céramique Monolithique en zirconie

CC Non Z : couronne Monolithique sans zirconie

CM : couronne métallique

C/I : couronne sur implant

■ : RAC À ZÉRO

■ : Prix LIBRE

■ : RAC MODÉRÉ