# 100% SANTÉ

Des soins pour tous, 100% pris en charge

## DOSSIER DE PRESSE

MERCREDI 13 JUIN 2018

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

# Sommaire

100% santé : des soins pour tous, 100% pris en charge

100% santé – trois domaines de la santé, une ambition et des principes communs

- a L'audiologie
- b L'optique
- c Le dentaire

Le calendrier de la réforme – récapitulatif

Un choix d'assurance complémentaire plus éclairé

L'essentiel de la réforme

# 100% santé :
## des soins pour tous, 100% pris en charge

**Une réforme majeure pour l'amélioration de l'accès aux soins de qualité en optique, audiologie et dentaire.**

Donner à tous les Français un accès à des soins de qualité pris en charge à 100%, dans le domaine de l'optique, de l'audiologie et du dentaire constitue un des engagements du Président pendant la campagne. Après négociation avec les différents acteurs de la santé et professionnels des secteurs concernés, cette réforme majeure pour le quotidien des Français va pouvoir se mettre en place progressivement au cours des trois prochaines années.

**Les principes retenus sont les mêmes quel que soit le secteur concerné :** il s'agit de proposer un ensemble de prestations de soins identifiées (panier) qui répond aux besoins de santé nécessaires – **bien voir, bien entendre et soigner son hygiène bucco-dentaire** – avec une garantie de qualité.

Cette offre sera accessible à tous les Français et prise en charge à 100% par la Sécurité sociale et les complémentaires en santé, donc sans reste à payer pour les patients.

Elle garantit ainsi l'accès de tous les Français aux soins dans les secteurs de l'optique, du dentaire et des prothèses auditives. Plus largement, il s'agit un projet global d'amélioration de l'accès aux soins qui traite, au-delà des questions de remboursement, de l'ensemble des aspects touchant l'accès aux soins, qu'il s'agisse de prévention ou de l'organisation des filières, en cohérence avec la stratégie nationale de santé.

**Comment cette réforme va-t-elle se mettre en place ?** Les professionnels de santé des trois secteurs et les complémentaires de santé sont les principaux partenaires de cette nouvelle réforme. En amont de la mise en place de ce panier, c'est avec eux et avec les fabricants des dispositifs que se sont construites les offres pour qu'elles répondent à la volonté du gouvernement de **les rendre disponibles partout, quels que soient l'opticien, l'audioprothésiste ou le dentiste.** Les patients pourront néanmoins continuer à faire leur choix pour d'autres prestations non prises en charge à 100%.

En parallèle de la mise en place de l'offre, le gouvernement va travailler, avec les professionnels, à l'amélioration de l'accès aux soins via la prévention et le développement de modes d'organisation des soins plus efficaces.

**La mise en place de « 100% santé » va se déployer progressivement et par étape.** A partir du 1er janvier 2019, les assurés vont pouvoir bénéficier de paniers d'offres de mieux en mieux remboursés jusqu'au remboursement total, sans reste à charge, à l'horizon 2021.

Cette réforme constitue un double progrès sanitaire et social pour nos concitoyens. Elle contribue à consolider notre modèle de protection sociale contre la maladie fondée sur l'égal accès aux soins de tous.

# 100% santé
## trois domaines de la santé, une ambition et des principes communs

**Les trois secteurs de la santé concernés par le projet de reste à charge zéro « 100% santé » présentent chacun des spécificités** d'organisation qui ont justifié une négociation distincte pour chacun de ces secteurs.

Ils partagent toutefois une caractéristique commune, celle de **concentrer des restes à charge élevés pour les Français.**

Alors que le reste à charge direct des ménages en France est un des plus faibles parmi les pays de l'OCDE (8,3%, 77% des dépenses de santé étant prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et 13,3% par l'assurance maladie complémentaire[1]), il reste en effet important dans ces trois secteurs.

La part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire y est depuis très longtemps plus faible que dans les autres domaines du soin ; les prix y sont fixés librement et déconnectés des tarifs de remboursement.

1 Rapport de la commission des comptes de la santé- 2017

# L'objectif est donc de lever les obstacles à l'accès aux soins dans ces trois secteurs

Il s'agit de donner la possibilité d'accéder à une offre avec un reste à charge nul après l'intervention combinée de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire (95% de la population dispose d'une couverture complémentaire), sans évolution du tarif des complémentaires.

Les contrats d'assurance complémentaire devront proposer le panier « 100% santé », qui sera donc inclus dans les obligations au titre des contrats responsables[2].

# Une négociation distincte pour chaque secteur

**La convention dentaire a été négociée par la caisse nationale d'assurance maladie et les syndicats représentatifs des chirurgiens-dentistes.** Deux syndicats, représentant 60% de la profession, la CNSD et l'Union dentaire, ont annoncé les 31 mai et 1er juin leur intention de signer la convention.

Un protocole d'accord, signé officiellement le 13 juin, a été négocié entre la direction de la Sécurité sociale du ministère des Solidarités et de la Santé et **deux des trois syndicats d'opticien, le ROF et le SYNOM, représentant plus de 80% de la profession**.

Un protocole d'accord, signé également officiellement le 13 juin, a été négocié entre la direction de la Sécurité sociale du ministère des Solidarités et de la Santé et **l'ensemble de syndicats d'audioprothésistes (SYNEA, UNSAF, SYNAM), ainsi que par le SNITEM (industriels)**.

**Dans chacun des cas, la négociation a associé les fédérations d'organismes complémentaires (Fédération nationale de la mutualité française, Fédération française des assurances, Centre technique des institutions de prévoyance) et l'organisme qui les fédère (UNOCAM).**

# Des principes communs

**Un panier d'équipements de qualité**

Les paniers proposés sans reste à charge en optique, en audiologie et en dentaire seront composés d'équipements de qualité qui permettent de répondre aux besoins essentiels des Français, tout en préservant leur liberté de choix.

Les offres proposées dans le panier de soin seront amenées à progresser pour s'adapter aux évolutions techniques et aux besoins de santé des Français.

2 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 (TSA)

**Les offres « 100% santé » seront composées comme suit :**

| Le panier « 100 % santé » | |
|---|---|
| **Optique** | - Monture respectant les normes européennes, avec un prix inférieur ou égal à 30€. Chaque opticien aura au minimum 17 modèles différents de montures adultes « 100% santé » en deux coloris différents ;<br>- Verres traitant l'ensemble des troubles visuels ;<br>- Amincissement des verres en fonction du trouble, durcissement des verres pour éviter les rayures, traitement anti-reflet obligatoires. |
| **Aides auditives** | - Tous les types d'appareils sont concernés : contour d'oreille classique ; contour à écouteur déporté ; intra-auriculaire ;<br>- Au moins 12 canaux de réglage (ou dispositif de qualité équivalente) pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif ; système permettant l'amplification des sons extérieurs restituée à hauteur d'au moins 30 dB ;<br>- 4 ans de garantie ;<br>- Au moins 3 des options suivantes : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptative, bande passante élargie ≥ 6 000 Hz, fonction apprentissage de sonie, système anti-réverbération. |
| **Dentaire** | - Couronnes céramique monolithique et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1e prémolaire) ; couronnes céramique monolithique zircones (incisives et canines) ; couronnes métalliques toute localisation ;<br>- Inlays core et couronnes transitoires ;<br>- Bridges céramo-métalliques (incisives et canines) ; bridges full zircon et métalliques toute localisation ; prothèses amovibles à base résine. |

La mesure de la satisfaction des clients donnera lieu, dans les secteurs de l'optique et de l'audioprothèse, à des enquêtes régulières.

**Une liberté de choix préservée**

**Une offre sans reste à charge devra systématiquement être proposée** et un devis obligatoirement établi à cet effet par le professionnel.

Dans chacun de ces secteurs, **les assurés conserveront toutefois la possibilité de choisir des équipements différents, à tarif libre** et remboursés par leur assurance complémentaire dans des conditions définies par leur contrat.

**Un projet global d'amélioration de l'accès aux soins, au-delà de la seule question tarifaire**

Le projet « 100% santé » ne se limite pas à lever les obstacles financiers. Il vise plus globalement à améliorer l'accès aux soins dans chacun de ces secteurs :

- En développant **les actions de prévention**.

- En favorisant des organisations professionnelles et de travail plus efficaces, facilitant l'accès aux professionnels et aux équipements. Il s'agit en particulier de développer les coopérations professionnelles (ou partage de tâches) entre professions médicales et paramédicales.

**Une mise en œuvre progressive d'ici le 1er janvier 2021**

La réforme se mettra en œuvre selon un calendrier différent selon les secteurs, avec une mise en œuvre totale au 1er janvier 2021.

# Le suivi de la réforme

**Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019 prévoira les dispositions nécessaires à la mise en œuvre de la réforme.**

Elle fera l'objet d'un suivi régulier avec les fédérations d'organismes complémentaires et les professionnels des différents secteurs.

Ce suivi sera nourri des travaux des observatoires des prix et de la prise en charge en optique et en aides auditives qui réuniront les représentants des assurés, les distributeurs, les fabricants des secteurs, et les représentants de l'assurance maladie complémentaire. Ces observatoires seront chargés d'analyser les prix de vente, les caractéristiques et la qualité des équipements des deux paniers « 100% santé » et du marché libre ainsi que leur niveau de couverture par les contrats complémentaires en santé.

# Aides auditives

100% SANTÉ
DES SOINS POUR TOUS, 100% PRIS EN CHARGE

**L'objectif :**
prévenir la situation de renoncement aux soins.

**Le nombre de personnes souffrant de difficulté d'audition est estimé à environ 6 millions de personnes en France.** Parmi elles, environ la moitié, soit 3 millions de personnes, est susceptible d'être appareillée.

Le taux d'appareillage effectif dans notre pays est estimé de l'ordre de 35% de la population souffrant d'une déficience auditive. Même s'il progresse, il est encore inférieur à celui observé dans d'autres pays européens.

Si le prix de l'équipement n'est pas l'unique obstacle à l'appareillage, il est toutefois cité comme la cause première du non-appareillage.

**L'objectif est de se rapprocher d'un taux d'une personne malentendante sur deux appareillée** de manière à couvrir les besoins de la population.

# Le panier

Les aides auditives sont répertoriées en deux catégories : **la première catégorie fait l'objet du dispositif sans reste à charge**. La seconde catégorie permettra de proposer des équipements à prix libre.

**Les équipements proposés dans ce panier sont des équipements de qualité, tant par leur esthétique** - le panier inclut les dispositifs intra auriculaires - **que par leur performance technique et par les garanties qui sont associées :** 30 jours minimum d'essai de l'aide auditive avant achat ; 4 ans de garantie.

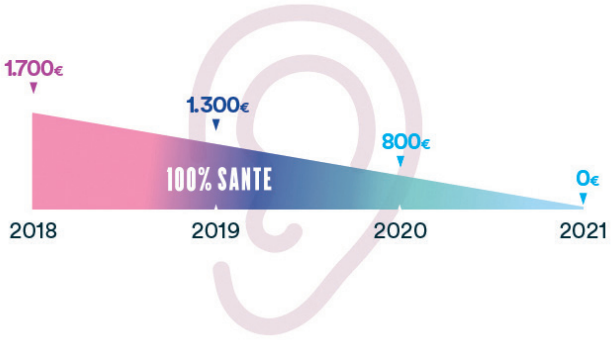
**Un progrès majeur dans l'accès aux soins**

*Les frais assumés par l'assuré, après prise en charge par l'assurance maladie et la complémentaire, sont aujourd'hui particulièrement élevés. Ils sont estimés en moyenne à 850€ par oreille, pour un coût moyen d'équipement de 1 500€ par oreille*.*

*Sur les appareils « 100% santé », en 2019, il y aura en moyenne 200€ de frais en moins ; en 2020, 250€ de moins. En 2021, il n'y aura plus de frais à la charge du patient.*

*La réforme permettra ainsi un accès à des équipements de qualité sans reste à charge pour le patient.*

**EVOLUTION DU RESTE À CHARGE MOYEN POUR DEUX PROTHÈSES AUDITIVES SUR LA BASE DE PROTHÈSES DE L'OFFRE 100% SANTÉ**




*La base de remboursement par la Sécurité sociale doublée : elle passera progressivement de 200€ en 2018 à 400€ en 2021, limitant ainsi le reste à charge final pour l'assuré, y compris pour les autres équipements.*

* Coût correspondant à la moyenne de prix constatée sur la totalité de l'offre en audioprothèses ; le prix moyen de l'offre concernée par « 100% santé » est de l'ordre de 1400€.

# Priorité prévention

Les difficultés d'audition concernent majoritairement des personnes âgées. Les difficultés d'audition ont un impact établi sur la désocialisation des personnes âgées. Ils constituent un facteur de risque de dépression et de troubles cognitifs, de même que de chute.

Mais la prévention doit être déployée également à destination des plus jeunes pour lesquels l'écoute de la musique sans protection peut avoir des conséquences dommageables.

Le plan Priorité prévention présenté par le Gouvernement le 26 mars prévoit de redéployer les examens obligatoires actuellement concentrés sur les enfants de moins de 6 ans et de créer nouvelles consultations destinées aux jeunes de 8-9 ans, 11-13 ans et 15-16 ans, prises en charge à 100%. Ces consultations incluront un bilan auditif.

## Garantir la disponibilité de professionnels et améliorer le suivi

**Le nombre des professionnels formés sera progressivement augmenté** pour s'adapter à l'évolution prévisionnelle du nombre de personnes appareillées. Il sera porté d'ici 2021 à 300, contre 214 aujourd'hui, pour l'essentiel par augmentation des effectifs des formations déjà existantes.

Le suivi des patients sera mieux assuré. La fourniture d'une aide auditive inclut la prestation de réglage et d'adaptation pour les quatre années ultérieures. La réalisation effective de cette prestation donnera lieu à suivi et traçabilité. Par ailleurs, la prise en charge en cas de déménagement ou de souhait du patient de changer d'audioprothésiste sera facilitée : l'audioprothésiste ayant réalisé l'appareillage transmettra à l'un de ses pairs (choisi par le patient) l'ensemble des informations nécessaires à la continuité de sa prise en charge.

## Le déploiement

Les tarifs des aides auditives faisant l'objet du panier « 100% santé » seront plafonnés à compter du 1er janvier 2019 et progressivement réduits. A partir de la même date, la base de remboursement de la Sécurité sociale sera progressivement augmentée.

- Sur les appareils « 100% santé », en 2019, il y aura en moyenne 200€ de frais en moins (par oreille) ; en 2020, 250€ de moins.
- A compter de 2021, les équipements seront garantis sans reste à charge, pour les aides auditives « 100% santé ».

**Dans le détail**

| Le panier « 100 % santé | |
|---|---|
| **Le contenu du panier** | - Tous les types d'appareils sont concernés : contour d'oreille classique ; contour à écouteur déporté ; intra-auriculaire ;<br>- 12 canaux de réglage pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif (ou dispositif de qualité équivalente) et système permettant l'amplification des sons extérieurs restitués à hauteur d'au moins 30 dB ;<br>- 30 jours minimum d'essai de l'aide auditive avant achat ;<br>- 4 ans de garantie ;<br>- Au moins 3 des options suivantes : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptative, bande passante élargie ≥ 6 000 Hz, fonction apprentissage de sonie, dispositif anti-réverbération.<br>- 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. |

**Classe II**

- La base de remboursement par la Sécurité sociale est identique à celle du panier « 100% santé ».
- Les tarifs sont libres
- Il existe un dispositif, conjoint avec la profession, de contrôle de l'évolution des tarifs : imposition d'un prix limite de vente en cas d'évolution trop importante des tarifs
- Par ailleurs, le tarif de prise en charge par les contrats des assureurs complémentaires (contrats responsables) limite la prise en charge totale (assurance maladie obligatoire et complémentaire) à 1700€ par oreille à appareiller.

# Optique

**Le taux de renoncement pour des raisons financières aux équipements d'optique s'établit à 10,1% en moyenne.** Il est de 17% pour les 20% de Français avec les revenus les plus faibles (et de 14% pour les 20% suivants).

**L'objectif est de permettre un accès à des équipements optique de qualité avec un reste à charge nul.**

Au sein du panier « 100% santé », l'accès à des montures sans reste à charge sera possible pour des montures dont le prix sera inférieur ou égal à 30€, ce qui correspond à des montures de qualité déjà présentes sur le marché. L'opticien devra dorénavant mettre en avant ces montures et proposer un minimum de 35 montures pour adultes et 20 montures pour enfants, avec 17 modèles différents de monture « adulte » correspondant à cette gamme et 10 modèles différents pour les enfants.

**Toutefois, l'assuré aura également la possibilité de « panacher » l'offre,** c'est-à-dire de choisir des verres sans reste à charge et une monture correspondant à ses goûts et choix esthétiques en

dehors du panier. Elle lui sera remboursée, dans les conditions prévues par son contrat d'assurance complémentaire, dans la limite de 100€ (contre 150€ aujourd'hui : le choix a été fait de recentrer le remboursement offert par les complémentaires sur le soin, c'est-à-dire les verres).

## Le panier

Il existe pour les verres deux classes : la classe A, qui est sans reste à charge, et la classe B, pour laquelle les prix sont libres.

Les équipements proposés en classe A sont des équipements de qualité, tant par leur esthétique (amincissement) que par leur performance technique (verres anti-rayures, verres anti-reflet).

Ils répondront à tous les besoins de correction visuelle.

**Aujourd'hui**

- *Prix médian des équipements optique à verres simples : 290€, dont 135€ de monture*
- *Remboursement par l'assurance maladie et la complémentaire, à hauteur de 78%, soit 225€*
- *Frais à la charge de l'assuré en moyenne à hauteur de 22% de la dépense, soit 65€*

**Après la réforme**

*- Si l'assuré choisit un équipement « 100% santé » :*

- *Le tarif maximal des lunettes sera à 105€, dont 30€ de monture.*
- *Le remboursement par l'assurance maladie et la complémentaire sera à hauteur de 100%, soit 105€.*
- *Les frais à la charge de l'assuré seront nuls.*

*- Si l'assuré choisit des verres « 100% santé » avec une monture à 135€ :*

- *Coût : 210€, dont 135€ de monture.*
- *Le remboursement par l'assurance maladie et la complémentaire s'élèvera à 75€ +100€ au maximum sur les montures (variable selon le contrat complémentaire souscrit).*
- *Les frais à la charge de l'assuré pourront être alors à 35€ (si remboursement au maximum).*

# Priorité prévention

Le plan Priorité prévention présenté par le Gouvernement le 26 mars prévoit de redéployer les examens obligatoires actuellement concentrés sur les enfants de moins de 6 ans et de **créer de nouvelles consultations destinées aux jeunes de 8-9 ans, 11-13 ans et 15-16 ans, prises en charge à 100%.** Ces consultations incluront un bilan visuel.

# Faciliter l'accès aux soins

Les difficultés d'accès aux soins ne se limitent pas aux aspects financiers. Pour bon nombre de patients, elles se traduisent également par une difficulté à avoir accès à un médecin ophtalmologiste (délai moyen d'attente de 87 jours, avec une forte disparité selon les régions).

Depuis plusieurs années, le cadre d'organisation de la filière des soins visuels a évolué, sans que cela se traduise encore par une amélioration de la situation sur le terrain. Il s'agit de faire entrer de nouveaux modes d'organisation dans la réalité.

En premier lieu, **les coopérations entre professionnels au sein des cabinets d'ophtalmologistes doivent se développer.** Des professionnels de santé spécialement formés à cet effet (orthoptistes) peuvent réaliser un certain nombre d'examens visuels, permettant de limiter le temps que l'ophtalmologiste consacre aux cas les plus simples. Ces modèles d'organisation sont reconnus par la Haute Autorité de santé. Dans tous les cas, le résultat des examens et la prescription sont validés par le médecin.

Ces formes d'organisation, qui permettent un gain de temps médical important et donc de diminuer les délais de rendez-vous, vont sortir du stade expérimental à compter de juillet 2018 grâce à la décision prise par l'assurance maladie de rembourser les actes réalisés dans ces conditions.

Pour faciliter les renouvellements d'équipement optique dans les cas les plus simples, la réglementation a également évolué. En application d'un décret du 12 octobre 2016, les personnes âgées de 16 à 42 ans peuvent obtenir **un renouvellement de leur équipement sans nouvelle ordonnance jusqu'à 5 ans après la prescription**, s'il n'y a pas d'évolution significative de la vue.

Cette règle, récente, est peu connue et peu mise en œuvre (on estime que le renouvellement d'équipements dans ces conditions ne dépasse pas 150 000 cas annuellement). Il s'agit de faire connaître cette règle auprès des Français et l'accord conclu avec les représentants des opticiens prévoit une rémunération pour la prestation d'adaptation de la correction optique, après examen de la vue, lorsqu'un nouvel équipement est délivré par l'opticien.

Pour l'avenir, il est nécessaire de développer les compétences en santé visuelle des opticiens, en complétant leur formation actuellement réalisée en deux ans (BTS) et à forte dimension technique.

L'Etat engagera une refonte de la formation des opticiens pour la porter à trois ans, en renforçant le contenu sanitaire. L'objectif est également de faciliter des passerelles de formation entre les métiers d'opticien et d'orthoptiste.

Des expérimentations pourront être lancées pour renforcer la place des opticiens dans la filière visuelle, notamment en mettant en place des actions de dépistage des troubles visuels.

# Le déploiement

**A compter du 1er janvier 2020, « 100% santé » entrera en vigueur sur un ensemble de montures et de verres** avec des garanties de choix et de qualité. Le niveau des frais engagés par les patients sera ainsi maîtrisé. Dans le même temps, la participation de la Sécurité sociale, en moyenne très faible (4% du coût total des équipements délivrés), sera revalorisée pour les équipements du panier « 100% santé » : la participation de l'assurance maladie obligatoire sera portée à 18% du coût total des équipements.

**Dans le détail**

| Le contenu du panier « 100% santé », (classe A) | |
|---|---|
| Optique | - Monture respectant les normes européennes, avec un prix inférieur ou égal à 30€. Chaque opticien aura au minimum 17 modèles différents de montures adultes « 100% santé» en 2 coloris différents ;<br>- Verres traitant l'ensemble des troubles visuels ;<br>- Amincissement des verres en fonction du trouble, durcissement des verres pour éviter les rayures, traitement anti-reflet obligatoires. |

**Classe B**

- Des tarifs libres
- Des tarifs de remboursement de la Sécurité sociale diminués
- Une diminution du plafond de prise en charge des montures par les assureurs complémentaires : de 150 à 100€

# Prothèses dentaires

**Le taux de renoncement moyen pour des raisons financières mesuré par l'enquête EHS-ESPS (2014) s'établissait à 16,8% en moyenne, mais 28% pour les 20% de Français avec les revenus les plus faibles et 23% pour le quintile suivant.** Or, ces renoncements peuvent avoir des conséquences néfastes sur la vie professionnelle et sociale des assurés et la santé dentaire constitue un champ sur lequel les inégalités de santé sont élevées dans notre pays.

Par ailleurs, les assurés vont moins souvent chez le dentiste en France que dans d'autres pays européens, la France se situant en 9e position si on prend en compte le nombre de personnes voyant un dentiste au moins une fois par an. C'est moins d'un assuré sur deux contre plus de deux assurés sur trois en Allemagne et au Royaume-Uni.

L'objectif est donc de développer l'accès régulier de tous aux soins dentaires et plus globalement de réorienter durablement le cadre d'exercice des chirurgiens-dentistes dans le sens d'une médecine bucco-dentaire plus préventive et conservatrice en programmant un effort sans précédent de revalorisation des soins courants.

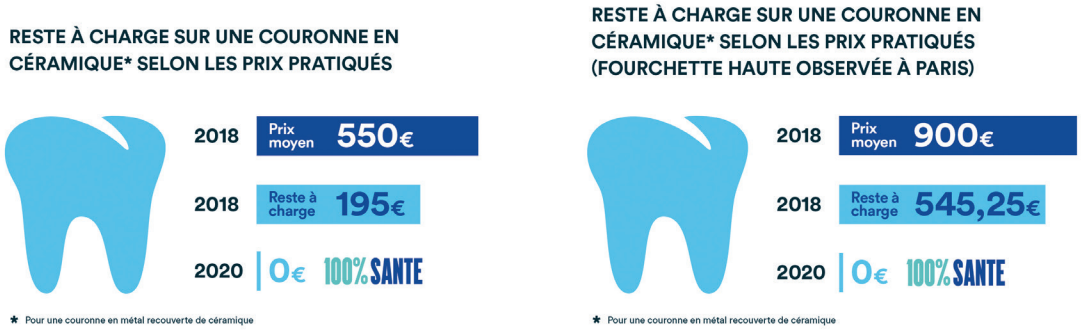
# Les soins et leur prise en charge

**Il existera trois paniers de soins prothétiques :**

1. Le panier « 100% santé », intégralement remboursé, (qui devrait concerner 46% des actes prothétiques effectués aujourd'hui),
2. Un panier aux tarifs maîtrisés, via des prix plafonnés (25%),
3. Un panier aux tarifs libres permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués (29%).

**Le panier de soins « 100% santé » permet de couvrir un large choix de prothèses fixes ou mobiles,** avec des matériaux (céramo-métallique, céramique full zircon, etc.) dont la qualité esthétique est adaptée à la localisation de la dent (distinction des dents « visibles » et celles « non visibles »).

## Un progrès majeur dans l'accès aux soins




*Exemple - Reste à charge sur une couronne en céramique* selon les prix pratiqués*

*Sur ce type de prothèse, le remboursement par l'assurance maladie est de 75,25€, le ticket modérateur étant de 32,25€. Le remboursement par les complémentaires s'élève en moyenne à 247,25€.*

*Facturée à 550 euros (son prix moyen), elle implique aujourd'hui un reste à charge moyen pour l'assuré de 195€. Facturée à 900 euros (exemple dans la fourchette haute observée à Paris), le reste à charge moyen pour le patient monte alors à 545,25€. Demain elle sera à reste à charge nul (selon la localisation de la dent).*

**Pour une couronne en métal recouverte de céramique.*

# Priorité prévention

L'assurance maladie prend en charge à 100%, pour les enfants et les jeunes adultes, un examen bucco-dentaire (programme M'T dents), qui permet non seulement de détecter les besoins de soins mais surtout de faire en sorte que les soins qui en découlent soient pris en charge.

Initialement prévu pour les enfants de 6 à 18 ans, et d'ores et déjà élargi, depuis le 1er janvier 2018, aux jeunes de 21 et 24 ans, il sera ouvert aux enfants dès 3 ans, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé. **En effet, on constate qu'en maternelle, 23% des enfants d'ouvriers ont des caries non soignées contre 9% seulement des enfants de cadres.**

Ainsi, tous les enfants et les jeunes en France, de 3 ans à 24 ans, pourront voir un dentiste pour un dépistage et les soins qui en découlent, intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire a minima une fois tous les trois ans.

**Par ailleurs, de nouveaux types de soins seront remboursés :** c'est le cas de la prise en charge de l'application de vernis fluorés chez les enfants présentant un risque carieux élevé, qui a fait la preuve de son efficacité en termes de prévention des caries.

Enfin, une expérimentation de prise en charge globale de la prévention sera mise en place. Elle prévoit de créer un forfait de prévention couvrant plusieurs séances au cours desquelles le dentiste réaliserait des soins et prodiguerait des conseils et recommandations. Elle sera déployée dans le cadre du fonds pour l'innovation du système de santé créé par la loi pour le financement de la Sécurité sociale pour 2018.

# Accompagner l'évolution de l'organisation de la profession

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a introduit dans le code de la santé publique la profession d'assistant dentaire. Le décret du 1er décembre 2016 a défini les modalités d'exercice de cette profession.

Les professionnels ont exprimé le souhait d'aller plus loin et envisager un deuxième niveau de compétence pour les assistants dentaires, leur donnant accès à une liste d'actes élargie (actes de prévention non invasifs notamment), toujours sous le contrôle du chirurgien-dentiste.

Les partenaires professionnels seront prochainement réunis pour définir le champ des actes nouveaux qui pourraient être retenus.

# Le déploiement

**Les tarifs des prothèses seront plafonnés et progressivement diminués à compter de 2019** ; le reste à charge sera en conséquence réduit.

**Dans le même temps, les tarifs des soins conservateurs seront progressivement augmentés** pour mieux valoriser ces actes réalisés par les chirurgiens-dentistes.

**Le panier « 100% santé » entrera en vigueur :**

- A compter du 1er janvier 2020, pour certains soins prothétiques dentaires (couronnes et bridges) ;
- A compter du 1er janvier 2021, pour l'ensemble des autres prothèses entrant dans le panier de soins sans reste à charge (prothèses amovibles notamment)

**Dans le détail**

| Panier « 100% santé » | |
|---|---|
| **Contenu du panier** | - Couronnes céramique monolithique et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1e prémolaire) ; couronnes céramique monolithique zircones (incisives et canines) ; couronnes métalliques toute localisation<br>- Inlays core et couronnes transitoires<br>- Bridges céramo-métalliques (incisives et canines) ; bridges full zircon et métalliques toute localisation ; prothèses amovibles à base résine |

# Le calendrier de déploiement de la réforme - récapitulatif

## A compter de 2019

- Les tarifs du panier « 100% santé », seront plafonnés en audiologie et en dentaire
- Le remboursement des aides auditives (Sécurité sociale + complémentaire) augmentera de 100€
- Au total, le reste à charge pour les assurés diminuera de 200€ en moyenne pour les aides auditives

## A compter de 2020

- « 100% santé » sera garanti en optique
- « 100% santé » sera garanti pour une partie du panier dentaire
- Pour les aides auditives, le plafond des tarifs sera abaissé de 200€ et le remboursement « Sécurité sociale + complémentaire » augmenté de 50€, soit un gain de reste à charge de 250€ en moyenne

## A compter de 2021

- « 100% santé » sera garanti pour le reste du panier dentaire
- « 100% santé » sera garanti pour les aides auditives

# Un choix d'assurance complémentaire plus éclairé

## Les objectifs

Dans le cadre de la mise en place de « 100% santé » les organismes complémentaires se sont engagés collectivement à améliorer la lisibilité des contrats et faciliter ainsi la comparaison entre contrats et le choix du consommateur.

## Les engagements

Tous les contrats comporteront **un tableau de garanties avec des libellés communs** pour les grands postes de soins. Les organismes complémentaires d'assurance maladie devront ainsi harmoniser les principaux intitulés dans leurs tableaux de garanties et utiliser ces intitulés sur l'ensemble des supports à destination des adhérents et assurés. Cette harmonisation des grands intitulés permettra une comparaison plus aisée entre contrats.

Par ailleurs, **un tableau d'exemples de remboursement exprimés en euros** et reprenant obligatoirement certaines prestations sera rendu accessible à chaque assuré ou personne souhaitant souscrire une complémentaire santé afin d'évaluer la couverture que lui offre son contrat ou le contrat proposé. Ces exemples doivent permettre aux assurés d'estimer, pour une situation et un tarif donné, les remboursements de l'assurance maladie obligatoire, ceux de l'assurance maladie complémentaire ainsi que leurs restes à charge éventuels. Les organismes complémentaires d'assurance maladie peuvent s'ils le souhaitent, ajouter à cette liste d'autres exemples.

Enfin, **des simulateurs de remboursement** seront progressivement développés (site internet, application, etc.).

L'ensemble de ces dispositions donnera lieu à un avis du comité consultatif du secteur financier (CCSF) le 19 juin. Le CCSF, qui réunit notamment les représentants de l'assurance maladie complémentaire, ceux des consommateurs et l'Etat, est chargé d'étudier les questions liées aux relations entre les établissements du secteur de l'assurance et leurs clientèles afin de proposer toutes mesures appropriées dans ce domaine, notamment sous forme d'avis ou de recommandations.

L'avis du CCSF permettra ainsi de détailler les engagements des organismes complémentaires sur le domaine de la lisibilité et d'en contrôler l'application pour les années à venir. Un rapport de suivi et d'évaluation sera établi par l'Autorité de contrôle prudentielle et de résolution (ACPR).

L'ensemble de ces mesures entreront progressivement en vigueur durant l'année 2019 pour une application complète au 1er janvier 2020. Elles permettront une meilleure comparabilité des offres.

# L'essentiel de la réforme

**Le reste à charge aujourd'hui :**

- 43% de reste à charge sur les prothèses dentaires
- 22% sur l'offre d'optique
- 53% sur les aides auditives

100% SANTÉ
Des soins pour tous, 100% pris en charge

100% SANTÉ DES SOINS POUR TOUS, 100% PRIS EN CHARGE

100% SANTÉ DES SOINS POUR TOUS, 100% PRIS EN CHARGE

100% SANTÉ DES SOINS POUR TOUS, 100% PRIS EN CHARGE

**DES PANIERS D'OFFRES DE SOINS DE QUALITE, SANS RESTE A CHARGE**
**UN ENSEMBLE DE PRESTATIONS DE SOINS QUI REPOND AUX BESOINS NECESSAIRES**
**UN RENFORCEMENT DANS LES ACTIONS DE PREVENTION ACCESSIBLE A TOUS LES FRANÇAIS**

**Un investissement important pour soutenir la mise en place de 100% Santé**

# 1 milliard d'euros à l'horizon 2023 par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire