

QU'EST-CE QU'UNE GARANTIE RESPONSABLE ?

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie a mis en place un ensemble de mesures visant à la maîtrise des dépenses de santé. Elle a défini les « garanties responsables » qui visent à inciter le patient à respecter le parcours de soins.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a introduit une réforme en profondeur de ces garanties responsables, avec la mise en place de nouvelles obligations de prise en charge et le plafonnement de certaines prestations. Ce nouveau cahier des charges du contrat responsable a été précisé par décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

Le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires a adapté le cahier des charges des contrats responsables, tel qu'il résultait du décret du 11 novembre 2014, pour la mise en œuvre de la réforme « 100% santé » telle qu'issue de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019. Ces évolutions prendront effet respectivement :

- à compter du 1^{er} janvier 2020 pour les nouvelles dispositions relatives à l'optique et au dentaire ;
- à compter du 1^{er} janvier 2021 pour les dispositions relatives aux aides auditives.

Les garanties proposées par la Mutuelle respectent, sauf exceptions précisées dans les fiches gammes ou conditions particulières, le cahier des charges des contrats « responsables » conformément aux dispositions légales et réglementaires des articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Une garantie responsable doit prévoir :



Des prises en charge obligatoires

- La prise en charge de 100% de la participation laissée à la charge des assurés pour tous les actes pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (= **100 % du Ticket modérateur**), sauf pour la pharmacie remboursée à 15 % et 30 %, l'homéopathie et les cures thermales ;
- La prise en charge de l'intégralité du **forfait journalier hospitalier**, sans limitation de durée.



L'encadrement de certaines prestations si elles sont prévues par le contrat

- **Dépassement d'honoraires des médecins** : la prise en charge des dépassements d'honoraires par le contrat responsable est plafonnée lorsque le médecin qui pratique le dépassement d'honoraire n'a **pas adhéré à un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM)*** prévus par la convention médicale en vigueur. Ainsi, cette prise en charge ne peut pas être supérieure à 100% de la base de remboursement sécurité sociale (BRSS) et doit être inférieure d'au moins 20% de la BRSS à la prise en charge, par le contrat, des dépassements d'honoraires des médecins qui ont adhéré à un DPTM.

(*) Ces dispositifs sont l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO).



Des prises en charges en dentaire, optique et des aides auditives

- **Remboursement Optique** : le contrat responsable distingue entre deux classes d'équipements optiques :
 - La prise en charge des équipements de Classe A « reste à charge zéro » tels que définis dans la LPP¹ après l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100% des frais réels.
 - La prise en charge des équipements de Classe B « à tarifs libres » à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect des montants minimum et maximum de remboursement définis en fonction du type de verre, tels que précisés par l'article R871-2 du Code de la sécurité sociale. Enfin, le remboursement de la monture au sein de l'équipement est limité à 100 euros.

La prise en charge d'un équipement (verres + monture) se fait par période de deux ans, appréciée à compter de la date d'acquisition. Le renouvellement est possible au terme d'une période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (telle que définie dans la LPP), ainsi que dans d'autres cas précisés par la LPP.

¹ Liste des Produits et Prestations

QU'EST-CE QU'UNE GARANTIE RESPONSABLE ? (suite)

• **Remboursement des aides auditives** : le contrat responsable distingue entre deux classes d'aides auditives :

- La prise des équipements de Classe I « reste à charge zéro » tels que définis dans la LPP au-delà de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100% des frais réels.
- La prise des équipements de Classe II « à tarifs libres » à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect du montant maximum de remboursement, tels que précisés par l'article R871-2 du Code de la sécurité sociale.

Le renouvellement de l'équipement est possible au terme d'une période de 4ans après le dernier remboursement, dans les conditions fixées dans la LPP. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

• **Remboursement dentaire** : le contrat responsable distingue trois paniers de soins :

- La prise en charge des actes appartenant au panier « 100 % Santé » (« reste à charge zéro ») au-delà de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100% des frais réels engagés
- La prise en charge des actes appartenant au panier de soins à « reste à charge maîtrisé » à hauteur du ticket modérateur,
- La prise en charge des actes appartenant au panier de soins « à tarifs libres » hauteur du ticket modérateur.



La possibilité de bénéficier du tiers payant

La garantie responsable doit permettre à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de cette garantie, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité. Le bénéfice du tiers payant sur la part complémentaire est toutefois subordonné à la demande du professionnel de santé à l'origine des soins.



Des exclusions de prise en charge

- la majoration du ticket modérateur sur les consultations et actes techniques effectués hors parcours de soins,
- la franchise sur les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques (consultations) et techniques pratiqués par des spécialistes hors parcours de soins,
- la participation forfaitaire instaurée sur les actes médicaux,
- les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Les éventuelles nouvelles exclusions mises en place par des textes législatifs ou réglementaires intervenant après l'élaboration du présent document s'appliqueront immédiatement afin de conserver à la garantie son caractère responsable.

Les éventuelles nouvelles exclusions mises en place par des textes législatifs ou réglementaires intervenant après l'élaboration du présent document s'appliqueront immédiatement afin de conserver à la garantie son caractère responsable.

100 % SANTÉ

Objectifs de la réforme

La réforme du système de santé "100 % santé" vise à supprimer le reste à charge de certaines dépenses en optique, audiologie et dentaire dans le but de diminuer le renoncement aux soins pour raisons financières sur ces trois postes.

La France enregistre le taux de reste à charge des ménages en santé parmi le plus bas des pays de l'OCDE, alors qu'il atteignait 9,2 % en 2011, il diminue depuis lors pour s'élever à 8,3 % de la CSBM (Consommation de Soins et de Biens Médicaux) en 2016, soit 16,2 Mds € (ou 248 € par habitant).

Toutefois, sur certains postes de garanties, la situation n'est pas aussi satisfaisante. Ceci est particulièrement vrai pour les soins prothétiques dentaires.

- Selon l'étude d'impacts de la loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2019 le taux de reste à charge moyen des ménages s'élève à :
 - **56 % pour les aides auditives**
 - **22 % en optique**
 - **25 % de la dépense en soins prothétiques dentaires**
- Selon l'enquête santé-protection sociale 2014 EHS-ESPSIRDES, le renoncement aux soins pour raisons financières est estimé en moyenne à :
 - **32,5 % en audiologie**
 - **10,1 % en optique**
 - **16,8 % en dentaire**

L'enjeu est de permettre à tous les français d'accéder à une offre sur les trois postes de garanties sans reste à charge après l'intervention de l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire.

Mesures complémentaires attendues

En optique, dentaire et audiologie

Une obligation de production de devis comportant au moins un équipement "reste à charge zéro" et l'évaluation de la satisfaction des assurés par le biais d'un questionnaire remis obligatoirement par les professionnels de santé ou les distributeurs.

En optique, une obligation de présenter **au moins une gamme de monture « reste à charge zéro »** composé de 35 modèles pour adulte et 20 modèles pour enfant.

Prévention

La mise en œuvre d'une stratégie de prévention des problèmes dentaires et des troubles auditifs et visuels dès le plus jeune âge avec :

- la création de trois nouvelles consultations du médecin traitant ou scolaire destinées aux jeunes de 8-9 ans, 11-13 ans et 15-16 ans, prises en charge à 100 %,
- un renforcement de la prévention buccodentaire prévu pour diminuer le recours aux soins prothétiques grâce à la mise en place d'un examen MT'dents obligatoire pour les enfants de 3 ans.

Calendrier de mise en œuvre et panier de soins

2019

1^{ER} JANVIER

AUDIOLOGIE

- Instauration de prix limites de vente (PLV) (1^{re} étape)
- Revalorisation des bases de remboursement (BR) (1^{re} étape)

1^{ER} AVRIL

DENTAIRE

- Instauration d'honoraires limites de facturation (1^{re} étape)
- Évolution des BR (1^{re} étape)

2020

1^{ER} JANVIER

AUDIOLOGIE

- Instauration de PLV (2^e étape)
- Revalorisation des BR (2^e étape)

OPTIQUE

- Instauration de PLV
- Baisse des plafonds de prise en charge (PEC) des contrats responsables
- Évolution des BR (2^e étape)

DENTAIRE

- Instauration d'honoraires limites de facturation (2^e étape)
- Évolution des BR (2^e étape)

RESTE À CHARGE ZÉRO EN OPTIQUE

RESTE À CHARGE ZÉRO EN DENTAIRE (LISTE PARTIELLE)

2021

1^{ER} JANVIER

AUDIOLOGIE

- Revalorisation des BR (3^e étape)
- Instauration de PLV (3^e étape)
- Instauration du plafond de PEC de 1700 € dans les contrats responsables

DENTAIRE

- Instauration d'honoraires limites de facturation (3^e étape)

RESTE À CHARGE ZÉRO EN AUDIOLOGIE

RESTE À CHARGE ZÉRO EN DENTAIRE (LISTE COMPLÈTE)