Quinze ans jour pour jour après l'adoption définitive par le Parlement de la loi créant la couverture maladie universelle (CMU), et au terme d'une concertation approfondie, le gouvernement franchit une nouvelle étape pour permettre à tous les Français d'accéder à des complémentaires de qualité. Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, présente aujourd'hui cinq projets de décrets particulièrement attendus dans le cadre de la réforme de la couverture complémentaire santé.

Objectifs :

-
- Améliorer la couverture par les complémentaires des frais de santé des salariés ;
- Améliorer la qualité des contrats offerts aux bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (ACS) ;
- Réformer les contrats responsables pour garantir une prise en charge de qualité, limiter les dépassements d'honoraires et faire baisser les prix de l'optique.

Améliorer la couverture par les complémentaires des frais de santé des salariés

Trois projets de décrets améliorent la couverture complémentaire des frais de santé en

entreprise, en :

-
- définissant le panier minimal de soins que doivent rembourser les contrats de complémentaire santé en entreprise pour être éligibles à la qualification de « contrat responsable »;
- assurant la transparence et l'impartialité dans le choix des organismes complémentaires « recommandés » par les branches ;
- précisant les prestations dites de « solidarité » (prévention, prise en charge des cotisations pour certains salariés précaires, etc.) que doivent prévoir les accords de branche recommandant un ou plusieurs organismes.

Ces textes font l'objet d'une saisine en vue des consultations obligatoires.

Améliorer la qualité des contrats offerts aux bénéficiaires de l'ACS

La sélection des contrats éligibles à l'ACS, consistant à réserver l'ACS à un nombre limité de contrats, sélectionnés après mise en concurrence sur la base du meilleur rapport qualité/prix, créée par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014, est précisée. Un décret d'application définit la procédure de sélection et les trois niveaux de garanties sur lesquels les organismes doivent candidater.

Cette réforme doit permettre d'améliorer le rapport qualité/prix des contrats proposés aux bénéficiaires de l'ACS et la clarté du dispositif pour les assurés.

Réformer les contrats responsables pour garantir une prise en charge de qualité, limiter les dépassements d'honoraires et faire baisser les prix de l'optique

Un des projets de décret présenté aujourd'hui met en œuvre la réforme des « contrats responsables » votée en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014. Ces derniers bénéficient d'aides fiscales et sociales : il est donc naturel qu'en contrepartie, les Français couverts par ces contrats bénéficient d'une garantie de qualité sur le contenu de leur couverture santé.

Garantir le contenu de la couverture santé en fixant des planchers de prise en charge :

-
- les contrats responsables devront prendre en charge au minimum le ticket modérateur (c.a.d. ce qui reste à la charge du patient après prise en charge par la sécurité sociale) sur l'ensemble des soins, à l'exception des cures thermales, des médicaments à 15% et 30% et de l'homéopathie ;
- Ils devront prendre également en charge le forfait journalier à l'hôpital sans limite de durée, ce qui constitue une amélioration de la prise en charge pour des situations qui peuvent laisser des sommes très élevées à la charge des patients ;
- enfin, en matière d'optique, si les contrats proposent une garantie allant au-delà du ticket modérateur, ils devront prendre au moins un forfait de 50€ pour une paire de lunettes à verres simples et de 200€ pour une paire de lunettes à verres complexes.

Réguler les dépassements d'honoraires :

Désormais, les contrats responsables ne pourront prendre en charge les dépassements d'honoraires qu'à hauteur de 125%, puis de 100% en 2017, si le médecin n'a pas signé le contrat d'accès aux soins (CAS) instauré par l'avenant n°8 à la convention médicale conclu en octobre 2012, pour lequel il s'engage à modérer ses tarifs. La prise en charge demeurera en revanche illimitée si le médecin a conclu un CAS.

Afin de renforcer l'incitation des médecins à entrer dans la démarche de stabilisation des dépassements d'honoraires instaurée par le CAS, les complémentaires qui proposent la prise en charge des dépassements d'honoraires – ce qui reste facultatif – devront offrir une garantie

de prise en charge des dépassements supérieure pour les soins réalisés par des médecins signataires du CAS à celle proposée pour les soins réalisés par les non signataires du CAS.

Agir sur les prix de l'optique :

Les prix pratiqués en matière d'optique sont de plus en plus élevés, et plus les complémentaires remboursent, plus les prix augmentent (certains distributeurs calant leurs prix sur la couverture des frais par les complémentaires) ; et plus les prix augmentent, plus le prix des complémentaires croît également. L'objectif du gouvernement est donc de casser cette spirale inflationniste en plafonnant ce que peuvent rembourser les complémentaires.

En matière d'optique, la prise en charge par les contrats responsables sera plafonnée à 470€ pour une paire de lunettes à verres simples, à 750€ pour des verres complexes, à 850€ pour des verres très complexes. Afin de garantir l'affectation de l'essentiel de ces prises en charge aux verres, la prise en charge des montures est plafonnée à 150€.

Pour garantir le recours à des produits de qualité, les exigences de transparence et d'information sur le prix des lunettes et sa décomposition seront renforcées. Les opticiens devront remettre un devis puis une facture, qui présentera les différentes composantes du prix final.

Après le lancement par le Président de la République en octobre 2012 de la généralisation de l'accès à une complémentaire santé de qualité d'ici 2017, et les différentes étapes engagées (ANI, extension de l'accès à la CMU complémentaire (CMU-C) et à l'ACS décidées dans le cadre du Plan pauvreté en janvier 2013, etc.), ***la réforme présentée aujourd'hui par Marisol Touraine permettra de franchir un pas important pour l'accès aux soins pour tous.***