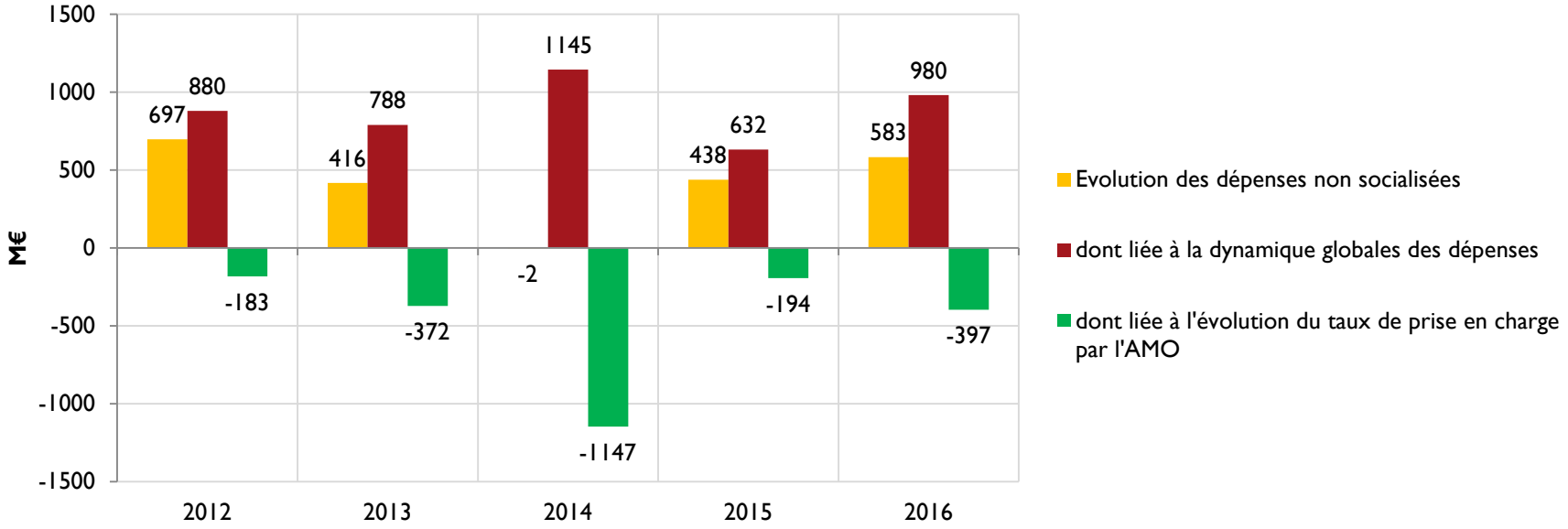
Quelle complémentarité entre AMO et AMC ?

DSS

Des domaines réservés à l'AMO influençant la dynamique du partage AMO/AMC

- Prise en charge à 100% du tarif de responsabilité de certains risques par l'Assurance maladie obligatoire (ALD, soins pour les nouveaux nés, médicaments onéreux…)



- 5 % de la population ne bénéficie que de la couverture AMO en 2014 (stabilité / 2012) :
  - 58% des assurés sociaux en 2014 contre 53% en 2012 met en avant des difficultés financières pour expliquer l'absence de couverture, 9 % prise en charge ALD, 11 % en cours d'adhésion, 11 % « n'y pensent pas/pas le temps », Enquête ESPS 2014).
    - Les populations non couvertes sont plus précaires (11 % du 1er quintile de revenus n'est pas couvert en AMC). 13,8% des chômeurs ne sont pas couverts.

Une complémentarité renforcée sur les risques en commun

- Différentes stratégies pour atteindre une complémentarité totale en termes de couverture de la population :
  - Pour les **salariés** : généralisation avec l'ANI
    - à compter du 1er janvier 2016, obligation de couverture de tous les salariés, sur un panier minimal, avec un financement de l'employeur au moins égal à 50% *. Dans le cas général via une couverture collective, mais pour certains salariés (contrats courts, temps partiels) possibilité de participation forfaitaire à la souscription d'une couverture individuelle.
  - Pour les **travailleurs indépendants** : soutien via les contrats Madelin qui couvraient 79 % des travailleurs indépendants en 2014 (94% des TI étant couverts par un OC)
  - Pour les assurés relevant de **contrats individuels** : le dispositif mis en place par l'article 4 de la loi Évin au bénéfice des anciens salariés a fait l'objet d'ajustements
  - Des dispositifs spécifiques en direction des **ménages modestes** : CMUc et ACS

- Le montant total des aides à l'acquisition d'une complémentaire santé a été estimé en 2016 par l'IGAS entre 6,4 et 8,3 Md€

* Quelques premiers éléments de bilan : Une prise en charge employeur en moyenne supérieure au minimum légal : 57% pour les PME, ETI et grandes entreprises (GE), et 59% pour les TPE (Source : FFA-FNMF de janvier 2017). Un niveau de couverture supérieur au panier minimal pour plus de 50% des entreprises.

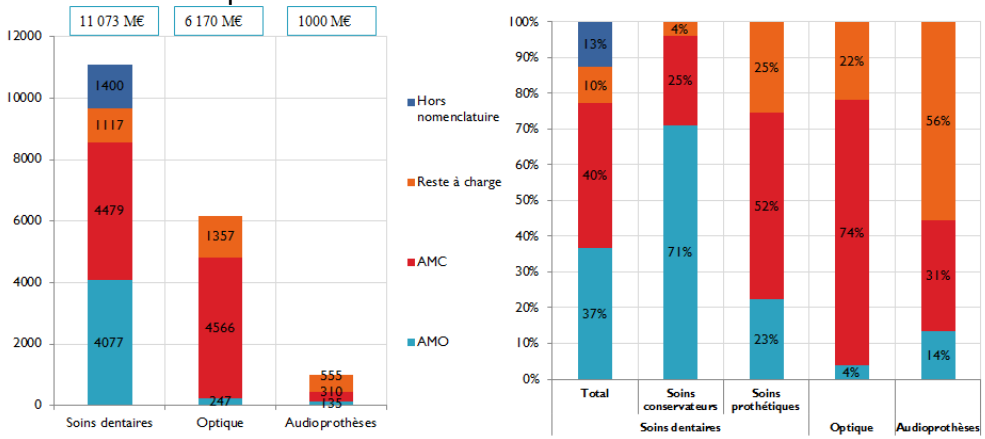
Une articulation AMO/ AMC toujours en évolution

- Harmonisation du socle d'intervention :
  - La modération tarifaire, un axe de la politique conventionnelle
    - Des dispositifs incitatifs : mise en place du CAS, remplacé depuis le 1/1/2017 par l'OPTAM-OPTAMCO (OPTAM, 30% des médecins en secteur 2 ont adhéré) ;
    - Des dispositifs contraignants : exemple de la négociation dentaire, avec instauration de tarifs maximums pour les soins prothétiques les plus courants. Pour tenir compte des disparités de pratique, des plafonds plus élevés ont été fixés dans sept départements.
  - L'encadrement des contrats de complémentaire santé pour éviter la sursolvabilisation et enrayer les effets inflationnistes d'une couverture AMC « généreuse »
    - Depuis la dernière réforme des contrats responsables (2014), les niveaux de prise en charge sont plafonnés en optique ; et pour les DH : 200% de la BR (225% en 2015/2016) pour les médecins hors OPTAM
  - La prise en charge du FJH dans le cadre du contrat responsable permet de lutter contre les RAC catastrophiques

- Régulation de l'offre de soins : le renforcement du rôle des OC dans la régulation de l'offre de soins, via les réseaux de soins
  - Réseaux de soins : baisse des prix de l'équipement optique médical constatée en 2015 par la DREES (-0,3%), et ce pour la première fois depuis 2001. En 2016, la baisse des prix se confirme : -0,5 %.

Quelques grands chantiers à venir

- RAC zéro sur l'optique, l'audioprothèse et le dentaire
  - Un RAC 0 sur quel panier de soins précisément ? Et sous quelles conditions (ex: passer par un réseau de soins, etc.) ? Un RAC 0 sur quels contrats complémentaires ? Tous les contrats, ou doit-il s'agir d'assurer l'existence d'une offre clairement identifiée et accessible financièrement sur le marché des complémentaires ?



- Innovations organisationnelles et financières
  - Forfaitisation
    - 4 Md€ de dépenses forfaitisées en 2016 (ROSP, forfait médecin traitant, prise en charge des cotisations, etc).
    - Financement innovant : quelle complémentarité dans le cadre d'une tarification au parcours ?
- Données de santé : échantillon de données de remboursement d'assurance maladie complémentaire dans le SNDS