La prise en charge des soins par l'AMO et l'AMC pour les plus modestes : état des lieux et enjeux

13 ème Matinée thématique du Collège des Économistes de la Santé

Quelle complémentarité entre AMO et AMC ? – 19 octobre 2017

Marianne CORNU-PAUCHET

Directrice du Fonds CMU-C

La prise en charge AMO-AMC pour les plus modestes

Pour les personnes dont les revenus sont inférieurs au seuil de pauvreté, l'assurance maladie complémentaire fait l'objet d'aides publiques spécifiques

- La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)
  - Couverture complémentaire gratuite pour les plus pauvres (R < 727€ mensuels pour une personne seule)
- L'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)
  - Aide publique à l'achat d'un contrat de complémentaire santé privé (727€ < R < 981€ mensuels)
  - « Chèque » modulé selon l'âge

Age du bénéficiaire	Montant de l'ACS
Moins de 16 ans	100 €
De 16 à 49 ans	200 €
De 50 à 59 ans	350 €
60 ans et plus	550 €

La prise en charge AMO-AMC pour les plus modestes

La prise en charge AMC est conçue pour limiter le risque de restes à charge élevés que le système d'assurance maladie peut engendrer

- Au moyen de la définition d'une couverture large
  - Prise en charge du ticket modérateur à 100% pour tous les frais de santé en ville (consultations médicales, médicaments, analyses,…)
  - Prise en charge des soins à l'hôpital et du forfait journalier hospitalier à 100%
- Mais surtout de la mise en place de tarifs plafonds opposables aux professionnels de santé
  - Tarifs conventionnels pour les consultations médicales (généralistes, spécialistes, auxiliaires médicaux) quel que soit le secteur de conventionnement du praticien
  - Pour la CMU-C : tarifs plafonds définis par décret pour les soins coûteux (prothèses dentaires, optique et audio-prothèses)
    - Un tarif maximum est fixé (pas de liberté tarifaire)

La prise en charge AMO-AMC pour les plus modestes

- Cependant, depuis 2004 (création ACS), système « à deux étages » : deux dispositifs avec des niveaux de solvabilisation différents

- Passage de la CMU-C à l'ACS : effet de seuil important
  - RAC à l'acquisition du contrat potentiellement élevés
  - RAC sur les dépenses de santé (pas de tarifs plafonds pour les soins coûteux)

- Constats du Fonds CMU-C sur le prix/contenu des contrats souscrits :
  - manque de lisibilité des assurés face à la multitude des contrats sur le marché privé,
  - inadéquation entre les besoins en santé et les garanties choisies,
  - prix moyen des contrats souscrits et RAC à l'acquisition du contrat effectivement élevés

La réforme de l'ACS de 2015

- D'où une réforme de l'ACS en 2015

  - Définition de trois contrats types et appel à concurrence auprès des OCAM pour sélectionner les offres les plus attractives pour ces trois niveaux de contrat

  - Tiers payant intégral

  - Exonération des franchises médicales et participation forfaitaire de 1€ lors des consultations médicales

La réforme de l'ACS de 2015

Contrats ACS : trois niveaux de garantie depuis juillet 2015

CONTRAT A	CONTRAT B	CONTRAT C

Contrats comprenant au minimum la **prise en charge** :

- **du ticket modérateur à 100 %**

(exceptés pour les cures thermales et les médicaments remboursés à 15% par la SS)

- **du forfait journalier de façon illimitée à l'hôpital et en psychiatrie**

CONTRAT A	CONTRAT B	CONTRAT C
Contrat d'entrée de gamme qui prend en charge : - le ticket modérateur pour l'optique, - 125 % du tarif de la sécurité sociale pour les prothèses dentaires.	Contrat intermédiaire : - 100 € pour une paire de lunettes à verres simples, - 200 € pour des lunettes à verres complexes - 225 % du tarif de la sécurité sociale pour les prothèses dentaires .	Contrat supérieur : - 150 € pour des lunettes à verres simples, - 350 € pour des lunettes à verres complexes, - 300 % du tarif de la sécurité sociale pour les prothèses dentaires, - 450 € pour les audioprothèses.

La réforme de l'ACS de 2015

- Le niveau de garantie souscrit est supérieur depuis la réforme
- Les contrats B et les contrats C souscrits par 2/3 des bénéficiaires protégés

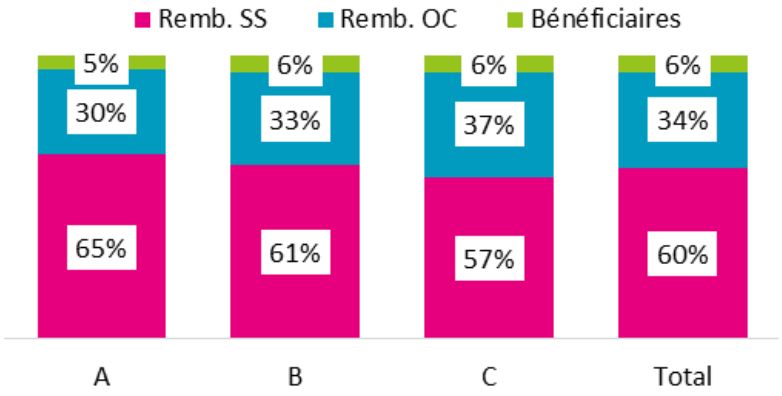
Les contrats ACS dans la classification DREES

	Après réforme		Avant réforme	
Classe contrat (classification DREES)	Contrat ACS 2016 (enquête annuelle au 31 12 2016) (1)		Contrat ACS 2014 (enquête annuelle au 30 11 2014) (2)	Ecart en points : (1) - (2)
A		0,0%	0,4%	-0,4
B		0,0%	3,9%	-3,9
C	Contrat C	40,5%	8,6%	31,9
D	Contrat B	36,8%	44,0%	-7,2
E	Contrat A	22,6%	43,1%	-20,5
Total		100,0%	100,0%	

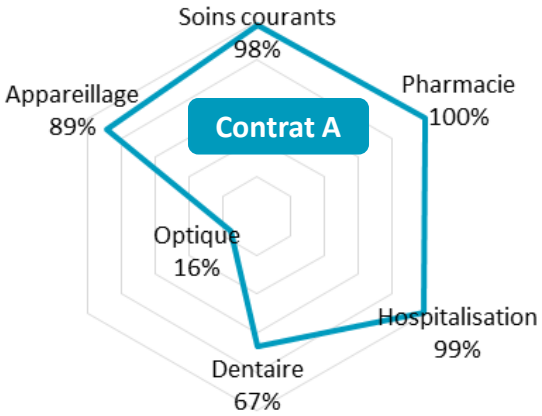
La réforme de l'ACS de 2015

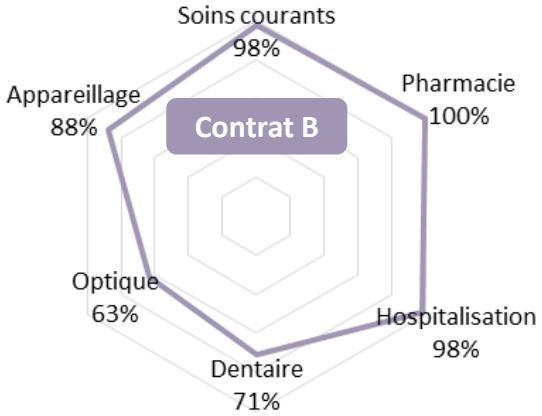
- En moyenne, les bénéficiaires de l'ACS financent directement 6 % de leur dépense totale de soins mais beaucoup plus pour le dentaire, l'optique, l'audioprothèse

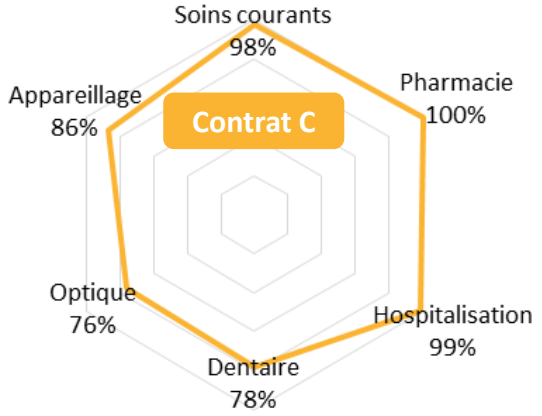
Répartition de la dépense totale par financeur



Taux de couverture (AMO+OC) par poste de soins







La réforme de l'ACS de 2015

- La dépense par consommant augmente avec le niveau de garantie
- Pour les postes de soins les moins bien couverts par l'AMO, un RAC sur prestations élevé qui diminue avec le niveau de garantie tout en restant élevé

		Dép. totales	Remb. SS	Remb. OC	RAC
Prothèses dentaires	A	653 €	132 €	85 €	436 €
	B	786 €	157 €	285 €	344 €
	C	1 105 €	217 €	555 €	333 €

		Dép. totales	Remb. SS	Remb. OC	RAC
Audioprothèses	A	808 €	131 €	77 €	600 €
	B	699 €	101 €	61 €	537 €
	C	1 250 €	197 €	464 €	590 €

Perspectives : vers un RAC zéro pour les bénéficiaires de l'ACS ?

- Premier pas : tarifs plafonds opposables pour les prothèses dentaires depuis le 1er octobre 2017 (tarifs plafonds CMU-C)
  - Limitation des RAC, voire même RAC zéro pour un certain nombre d'actes prothétiques

Nombre d'actes avec un reste à charge nul sur l'ensemble du panier de soins dentaires

	sur 118 actes, en 2017
contrat A- 125% TRSS	53
contrat B- 225% TRSS	73
contrat C- 300% TRSS	82

- Aller plus loin sur le dentaire ? Optique, audioprothèses ?

  Moyens d'y parvenir ? Rôle AMO/AMC ? Régulation des prix ?

MERCI POUR VOTRE ATTENTION