

PARUTION DU DÉCRET ACS : LES ÉLÉMENTS CLÉS

Flash actu - 20 octobre 2014

Le contexte

Le décret relatif à la sélection des contrats d'assurance santé susceptibles de bénéficier d'une aide à la complémentaire santé (décret ACS) a été publié au Journal Officiel du 9 octobre 2014, peu de temps après la parution du décret ANI.

Il constitue l'une des briques de la réforme de la protection sociale complémentaire actuellement à l'œuvre et permet d'éclairer (en partie) les acteurs sur les futures conditions de marché de l'ACS. La parution du décret ne constitue néanmoins qu'une première étape et le marché attend avec impatience la sortie du cahier des charges qui précisera les conditions d'éligibilité et les délais de mise en œuvre.

Le contenu

Ce qui est défini

● *Les organismes éligibles*

Le décret mentionne les organismes régis par le code de la mutualité, le code des assurances ou le code de la sécurité sociale et disposant de l'agrément branche 2. Ces organismes ont la possibilité de proposer une offre en groupement, afin notamment de bénéficier d'une implantation géographique plus étendue. En revanche, les courtiers semblent exclus du champ de la consultation[1].

● *Les grilles de garanties*

Trois contrats sont prévus, nommés A, B et C. Une indication des niveaux de garanties de chacun de ces contrats est donnée dans le texte, sachant que celui-ci précise qu'il s'agit de niveaux minima, ce qui laisse supposer qu'il sera possible pour les organismes de proposer des couvertures supérieures.

Les grilles de garanties mentionnées dans le décret sont proches des garanties attendues dans le futur décret sur le contrat responsable, avec une montée en gamme prévue sur l'optique, le dentaire et l'audio.

Deux éléments sont à noter : l'absence de prise en charge des dépassements d'honoraires, interdits pour les bénéficiaires de l'ACS depuis la signature de l'avenant n°8, et la prise en charge de la pharmacie à 30%, a priori exclue des planchers du contrat responsable.

| | | A | B | C |
|--|--|----------|----------|----------|
| Soins courants et hospitalisation | Consultations, honoraires, biologie, auxiliaires médicaux, transport, radiologie | 100% | 100% | 100% |
| | Forfait journalier | Illimité | Illimité | Illimité |
| | Cures thermales | - | - | - |
| Pharmacie | 65% | 100% | 100% | 100% |
| | 30% | 100% | 100% | 100% |
| | 15% | - | - | - |
| Optique | Équipement verres simples | 100% | 100 € | 150 € |
| | Équipement verres progressifs | 100% | 200 € | 350 € |
| | Équipement verres mixtes | 100% | 150 € | 250 € |
| | Lentilles remboursées par le RO | 100% | 100 € | 100 € |
| Dentaire | Prothèses dentaires | 125% | 225% | 300% |
| | Orthodontie | 125% | 225% | 300% |
| Autres frais | Prothèses auditives | 100% | 100% | 450 € |
| | Autres dispositifs et prothèses | 100% | 100% | 100% |

● La durée d'inscription des contrats

Le choix des organismes est réalisé pour une première durée de 3 ans, une nouvelle procédure de mise en concurrence étant organisée à l'issue de cette période. Par la suite, la durée d'inscription des contrats sur la liste sera valable pour une durée de 5 ans.

Le non-respect des engagements peut entraîner la radiation de l'organisme sélectionné.

Pour les bénéficiaires de l'ACS perdant le droit au bénéfice de l'aide, l'organisme a l'obligation de leur proposer de prolonger leur couverture pendant un an ou de souscrire un nouveau contrat, au tarif proposé aux bénéficiaires de l'ACS avant déduction de l'aide[2].

Ce qui reste en suspens

● Le calendrier

Le décret ne revient pas sur le calendrier d'application de la réforme. Il mentionne simplement qu'un délai minimum de 52 jours sera laissé aux organismes pour répondre, à compter de la parution de l'appel d'offres.

L'échéance reste donc officiellement fixée au 1^{er} juillet 2015.

● **Les critères de choix**

Les critères de choix mentionnés dans le décret sont les suivants :

- Le prix, présenté comme le critère déterminant
- La qualité de service
- Les services proposés
- Les moyens mis en œuvre pour la diffusion de l'offre

Le contenu précis de chacun de ces critères et leur pondération seront précisés dans l'appel d'offres. Notamment, l'offre de services qui sera exigée n'est pas précisée, de même que les modalités de mise en place du tiers-payant généralisé.

D'autre part, le décret mentionne l'encadrement des pratiques tarifaires et « l'objectif de solidarité et de mutualisation poursuivi par la procédure », sans préciser les implications opérationnelles de ces éléments.

Lors des travaux préparatoires, un certain nombre de critères avaient été cités comme devant faire partie de l'appel d'offres. Ils ne figurent pas dans le décret, mais n'ont pas forcément été abandonnés pour autant :

- L'obligation de couverture des DOM-TOM
- L'interdiction de tarification en fonction de la zone géographique

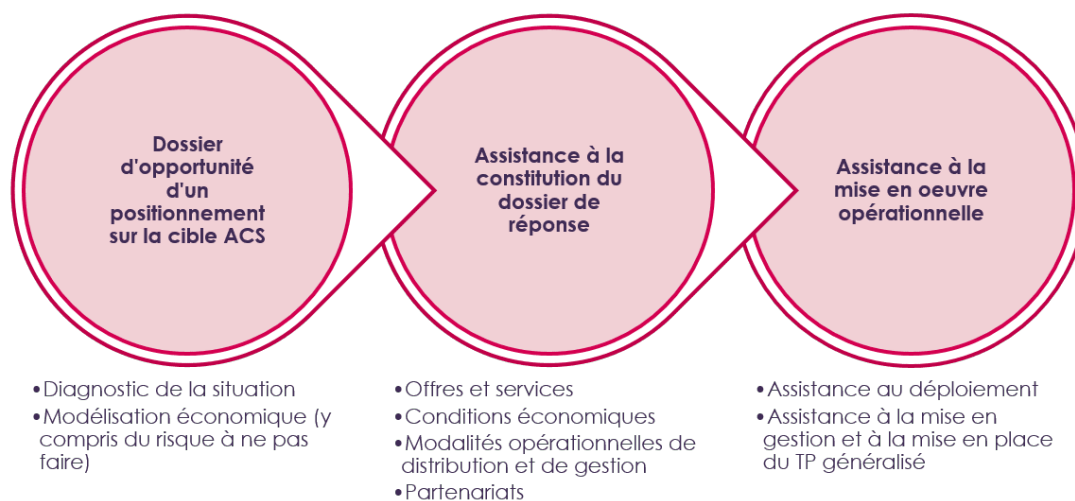
● **Le nombre d'organismes retenus**

Le décret précise qu'un nombre maximum d'organismes éligibles sera fixé, et que le nombre d'organismes sera supérieur à trois. Les éléments précis permettant aux organismes de déterminer ce que sera pour chacun le potentiel de marché restent à déterminer.

L'accompagnement OpusLine

Les réformes s'accroissent et votre capacité à les anticiper est la clé de votre performance.

OpusLine met son expertise au service de votre stratégie et vous accompagne sur le sujet de l'ACS. Notre intervention peut prendre les formes suivantes :



[1] L'éventualité d'un recours de la profession devant le Conseil d'Etat serait actuellement à l'étude.

[2] Article L863-2 du code de la Sécurité Sociale