

Indicateur n° 1-3 : Recours à une complémentaire santé pour les plus démunis**1^{er} sous-indicateur : nombre de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire**

Finalité : créée par la loi du 27 juillet 1999 et entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000, la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) vient en complément des droits de base gérés par le régime obligatoire. Ce dispositif offre, sous condition de ressources et de résidence stable et régulière, l'accès à une complémentaire santé gratuite pendant une année renouvelable.

Précisions sur le dispositif : la CMUc est une prestation distincte de la CMU de base (appelée aussi « régime général sur critère de résidence »). Cette dernière, créée par la même loi du 27 juillet 1999, permet d'affilier à titre subsidiaire et obligatoire toutes les personnes qui résident de manière stable et régulière sur le territoire et qui ne peuvent prétendre à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime obligatoire. Les personnes affiliées à la CMU de base sont redevables d'une cotisation lorsque leurs ressources dépassent un plafond (fixé à 9 029 € en 2010). Les bénéficiaires de la CMUc et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) sont exonérés de cette cotisation.

L'ouverture des droits à la CMUc nécessite d'avoir des ressources inférieures à un certain seuil (à l'exception des bénéficiaires du RSA et des membres de leur foyer dont les ressources n'excèdent pas le montant forfaitaire visé au 2^o de l'article L.262-2 du code de l'action sociale et des familles, qui sont présumés satisfaire à cette condition de ressources). Le plafond de ressources de la CMUc est déterminé en fonction de la composition du foyer du demandeur et varie selon le nombre de personnes à charge.

L'ensemble des ressources perçues par le foyer au cours de la période des 12 mois civils précédant la demande est pris en compte pour déterminer le droit à la CMUc. Les avantages en nature procurés par le logement, pour les propriétaires ou les personnes logées à titre gratuit, et les allocations logement sont également pris en compte sur la base d'un forfait variable selon la composition du foyer et défini en pourcentage du RSA. Sont toutefois exclues certaines prestations telles que l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, l'allocation de rentrée scolaire, la prestation d'accueil du jeune enfant (à l'exception du complément de libre choix d'activité), etc (cf. article R.861-10 du code de la sécurité sociale).

Les bénéficiaires de la CMUc peuvent choisir de confier la gestion de cette couverture à leur caisse d'assurance maladie ou à un organisme complémentaire agréé : mutuelle, assurance ou institution de prévoyance (cf. tableau ci-dessous). La grande majorité des bénéficiaires (84,9 %) confie la gestion de la CMUc à leur régime obligatoire, cette proportion diminue cependant (- 2,4 points depuis 2007).

La CMUc permet la prise en charge sans avance de frais du ticket modérateur pour les soins de ville et à l'hôpital, du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée, des dépassements de tarifs dans certaines limites pour les soins dentaires, l'optique, les prothèses auditives ou encore certains dispositifs médicaux. Par ailleurs, le bénéficiaire de la CMUc est exonéré de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises médicales. Les professionnels de santé sont tenus de respecter ces tarifs, sauf en cas d'exigence particulière de l'assuré.

Résultats : l'évolution du nombre de bénéficiaires de la CMUc est présentée dans le tableau suivant :

France entière	Décembre 2007	Décembre 2008	Décembre 2009	Décembre 2010	Objectif
Bénéficiaires de la CMUc gérée par un régime obligatoire	3 837 844	3 622 561	3 573 742	3 673 525	
Bénéficiaires de la CMUc gérée par un organisme complémentaire	556 054	564 305	605 574	653 054	
Total Bénéficiaires de la CMUc	4 393 897	4 186 865	4 179 316	4 326 579	Hausse

Source : Fonds CMU. Champ : France entière.

Après avoir régressé sur les exercices 2008 et 2009, les effectifs des bénéficiaires de la CMUc ont repris leur progression en 2010 pour atteindre 4,3 millions (dont plus de 3,3 millions pour le régime général). Les effets de la crise économique amorcée en 2008 se retrouvent donc avec retard compte tenu d'une part, des amortisseurs sociaux et d'autre part, de la période de référence prise en compte pour l'examen des droits à la CMUc qui est celle des 12 mois précédant la demande.

Le financement de la CMUc a connu de profondes modifications. Depuis 2009, le fonds CMU n'est plus financé que par la contribution versée par les organismes complémentaires (OC) qui est passée de 2,5 % à 5,9 % de leur chiffre d'affaires au 1^{er} janvier 2009. La LFSS pour 2011 a transformé cette contribution en taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSCA), à hauteur de 6,27 %, dont l'assiette est désormais le chiffre d'affaires hors taxes (pour les contrats à échéance principale à compter du 1^{er} janvier 2011). Depuis 2004, le fonds reverse un montant forfaitaire annuel aux régimes de base et aux OC par bénéficiaire de la CMUc dont ils gèrent le contrat. Ce forfait a augmenté de 307 € en 2005 à 340 € en 2006 puis à 370 € en 2009 (et inchangé depuis cette date). Les organismes complémentaires déduisent ce forfait du montant de leur contribution.

En 2010, le montant de la dépense totale pour la part complémentaire des bénéficiaires de la CMUc atteint 1 587 M€ (versements aux régimes de base et déductions CMUc des organismes complémentaires).

Les régimes de base voient cependant une partie des dépenses de CMUc rester à leur charge, en particulier la CNAMTS dont le coût moyen par bénéficiaire est significativement supérieur (environ 430 € par an en 2010), soit un coût à la charge du régime de 60 € par bénéficiaire. Par ailleurs, il est à noter que le Fonds CMU reverse tout ou partie de son excédent cumulé à la CNAMTS. L'arrêté du 30 juillet 2010 a fixé ce montant pour 2010 à la totalité de l'excédent du Fonds de l'année 2009, soit 101 M€.

Construction de l'indicateur : les effectifs de la CMUc sont transmis par les régimes obligatoires mensuellement pour le régime général, le régime des indépendants et le régime agricole et trimestriellement pour les autres régimes et les sections locales mutualistes.

Précisions méthodologiques : les effectifs de la CCMSA ont fait l'objet d'une réropolation sur les exercices courant de 2007 à 2009, suite à la mise en place d'un nouveau mode de décompte à partir du mois de janvier 2010. Les effectifs du RSI ont fait l'objet d'une réropolation sur les exercices courant de 2007 à 2010. Suite à un rapprochement avec les bases du RNIAM, il a été décidé d'appliquer un abattement de - 6 % à partir de janvier 2011 et sur les quatre exercices précédents. L'indicateur débute donc en 2007, afin de s'appuyer sur une série homogène.

Programme « maladie » - Partie II « Objectifs / Résultats »
Objectif n°1 : assurer un égal accès aux soins

Indicateur n° 1-3 : Recours à une complémentaire santé pour les plus démunis

2^{ème} sous-indicateur : nombre de bénéficiaires de l'aide au paiement d'une complémentaire santé

Finalité : l'aide au paiement d'une couverture complémentaire santé (ACS) a été instituée par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie. Son objectif est de faciliter l'accès à l'assurance complémentaire des ménages modestes non éligibles à la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) - cf. sous-indicateur précédent. Elle vient en déduction du montant de la prime ou de la cotisation annuelle sur le contrat de santé individuel nouvellement choisi ou déjà souscrit.

Précisions sur le dispositif : en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, l'aide concerne les personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond de la CMUc et ce plafond augmenté de 26 % depuis le 1^{er} janvier 2011 (30 % au 1^{er} janvier 2012 selon la LFSS pour 2011). Concrètement, après instruction de la demande par la caisse de sécurité sociale, une attestation de droits (« chèque santé ») est délivrée au bénéficiaire. Ce document est ensuite remis à l'organisme complémentaire (OC) de son choix, qui propose toutefois des « contrats responsables ». L'attestation est valable six mois (délai pour l'utiliser auprès d'un OC) et le droit est attribué pour une année (une fois l'attestation utilisée auprès d'un OC). Pour cette raison, les données relatives aux bénéficiaires sont remises à zéro au début de chaque année.

Les bénéficiaires de l'ACS sont dispensés de faire l'avance des frais, sur la part obligatoire, pour les soins réalisés dans le cadre d'un parcours de soins coordonné, et ce pour une durée de dix-huit mois à compter de la date de remise de l'attestation de droit par la caisse d'assurance maladie, et ce, même si l'intéressé n'a pas choisi d'OC.

Après plusieurs revalorisations successives, le montant de l'ACS s'établit désormais à : 100 euros pour les moins de 16 ans, 200 euros de 16 à 49 ans, 350 euros de 50 à 59 ans et 500 euros pour les plus de 60 ans. Malgré ces mesures successives, il n'en demeure pas moins que le nombre de bénéficiaires de l'ACS reste faible par rapport à la population éligible.

Résultats : l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'ACS est présentée dans le tableau suivant :

France entière	Novembre 2005	Novembre 2006	Novembre 2007	Novembre 2008	Novembre 2009	Novembre 2010	Objectif
Bénéficiaires de l'ACS (*)	364 100	359 500	462 000	541 100	546 000	579 300	
Bénéficiaires utilisant effectivement l'attestation	177 700	240 700	329 700	442 300	501 700	533 000	Hausse

Source : Fonds CMU, chiffres arrondis. (*) Compteurs remis à zéro chaque année. Champ : France entière.

Au cours de l'année 2010, 631 000 personnes se sont vues attribuer une attestation ACS correspondant à une hausse de 5,3 % par rapport à 2009. Alors que les effectifs avaient connu une augmentation de + 10,0 % sur le premier semestre (par rapport au premier semestre 2009), ils ont été quasiment stables sur le second semestre (par rapport au second semestre 2009) : + 0,4 % d'augmentation. Le nombre de bénéficiaires a évolué de + 6,2 % pour la CNAMTS (582 886 bénéficiaires, soit 92 % des bénéficiaires), - 1,8 % pour la CCMSA (31 513 bénéficiaires), - 7,4 % pour le RSI (17 094 bénéficiaires).

A fin juillet 2011, en glissement annuel, 699 455 personnes se sont vues délivrer une attestation ACS. Sur les 7 premiers mois de 2011, tous régimes confondus, l'augmentation a été de + 17,6 % par rapport à la même période un an plus tôt. Elle s'établit à + 18,2 % pour la CNAMTS qui regroupe 92 % des bénéficiaires, à + 5,4 % pour la CCMSA et à + 17,7 % pour le RSI (les derniers chiffres connus sont ceux du premier semestre 2011 pour la CCMSA et le RSI).

Le nombre d'utilisateurs d'attestations s'établit à environ 533 000 fin novembre 2010. Le taux d'utilisation des attestations ACS est assez élevé puisque il s'établit à hauteur de 82 %. 71 % des utilisateurs d'attestations ACS sont couverts par une mutuelle, 26 % par les sociétés d'assurance et 3 % par les institutions de prévoyance.

Sur l'année 2010, le coût du dispositif s'est établi à 135 millions d'euros. Le montant moyen annuel de la déduction augmente progressivement, il est passé de 244 € à 273 € entre février 2010 et février 2011.

L'enquête annuelle 2010 du Fonds CMU sur le prix et le contenu des contrats ACS montre que grâce aux mesures de revalorisations intervenues depuis 2009, la prise en charge du prix des contrats par l'ACS s'établit aujourd'hui à hauteur de 60 % contre 50 % auparavant. Le prix annuel moyen du contrat ressort à 782 € (par contrat couvrant en moyenne 1,62 personne, soit 483 € pour une personne), en évolution modérée de + 2,4 % par rapport à l'enquête 2009. Le taux d'effort des ménages concernés pour acquérir leur complémentaire santé représente 3,6 % de leur revenu annuel (4,1 % en 2009). L'attribution d'aides extra légales permet également d'abaisser le taux de reste à charge des personnes concernées de 40 % à 20 %.

Néanmoins, il convient de souligner que le niveau de couverture procuré par les contrats ACS est d'un niveau inférieur aux autres contrats individuels (enquête annuelle DREES sur les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires). En plus du reste à charge sur le prix du contrat, des restes à charge sur les prestations pèseront donc également sur le budget des ménages concernés.

Construction de l'indicateur : les données présentées concernent d'une part, le nombre de bénéficiaires de l'ACS, donnée fournie par les régimes obligatoires et qui correspond au nombre de bénéficiaires d'attestations délivrées, et d'autre part, le nombre d'utilisateurs effectif de cette aide, donnée fournie par le Fonds de financement de la CMU à partir des données déclaratives transmises trimestriellement par les organismes complémentaires (OC).

Précisions méthodologiques sur l'enquête ACS : les résultats du rapport relatif au prix et au contenu des contrats pour 2010 sont issus de l'exploitation des réponses de 57 OC représentant 355 469 bénéficiaires, soit 66 % des bénéficiaires de l'ACS, et des déclarations à la contribution CMUc auprès du Fonds CMU du 4^{ème} trimestre 2010.