

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

Finalité : créée par la loi du 27 juillet 1999 et entrée en vigueur le 1er janvier 2000, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) 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 CMU-C 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 9 164 € pour la période du 1^{er} octobre 2011 au 30 septembre 2012). Les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS sont exonérés de cette cotisation.

L'ouverture des droits à la CMU-C 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 CMU-C est déterminé en fonction de la composition du foyer du demandeur et varie selon le nombre de personnes à charge. Il est fixé à 7 771 € au 1^{er} juillet 2011 pour une personne en métropole.

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 CMU-C. 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 CMU-C 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). Fin 2011, la plupart des bénéficiaires (84,4%) confient la gestion de la CMU-C à leur régime obligatoire. Cependant, cette proportion diminue de 2,9 points depuis 2007 (métropole et DOM).

La CMU-C 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 CMU-C 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 CMU-C est présentée dans le tableau suivant :

	2007	2008	2009	2010	2011	Objectif
Bénéficiaires de la CMU-C gérée par un régime obligatoire	3 837 844	3 622 561	3 573 742	3 673 401	3 721 334	
Bénéficiaires de la CMU-C gérée par un organisme complémentaire	556 054	564 305	605 574	653 080	689 785	
Ensemble des bénéficiaires de la CMU-C	4 393 897	4 186 865	4 179 316	4 326 481	4 411 119	Hausse

Source : Fonds CMU. Champ : France entière.

A fin décembre 2011, le dispositif CMU-C compte 4,4 millions de bénéficiaires (dont 3,7 millions gérés par un régime obligatoire). L'effectif total est en progression de 2% par rapport à la même période de 2010. Après avoir régressé sur les exercices 2008 et 2009, l'effectif CMU-C total atteint en 2011 le même niveau de 2007.

Le financement de la CMU-C a connu de profondes modifications. Depuis 2009, le fonds CMU n'est plus financé que par la contribution versée par les OC qui est passée de 2,5% à 5,9% de leur chiffre d'affaires au 1er janvier 2009. La LFSS pour 2011 a transformé cette contribution en taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSA) à hauteur de 6,27% (pour les contrats à échéance principale à compter du 1er janvier 2011) sans conséquence financière pour le Fonds CMU puisque l'assiette est le chiffre d'affaires hors taxes. Depuis 2004, le fonds reverse un montant forfaitaire annuel aux régimes de base et aux OC par bénéficiaire de la CMU-C dont ils gèrent le contrat. Ce forfait a augmenté de 304,52 € 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 2011, le montant de la dépense totale pour la part complémentaire des bénéficiaires de la CMU-C atteint 1 648 M€ (versements aux régimes de base et déductions CMU-C des organismes complémentaires).

Les régimes de base voient cependant une partie des dépenses de CMU-C rester à leur charge, en particulier la CNAMTS dont le coût moyen par bénéficiaire est significativement supérieur (estimé à 445 € en 2011), soit un coût à la charge du régime de 75 € 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 8 août 2011 a fixé ce montant pour 2011 à la totalité de l'excédent du Fonds de l'année 2010, soit 129 M€.

Construction de l'indicateur : les effectifs de la CMU-C 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. Il s'agit des effectifs à fin décembre de chaque année.

Précisions méthodologiques : les effectifs de la CCMSA ont fait l'objet d'une rétropolation 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 rétropolation 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 part donc de la base 2007, afin de s'appuyer sur une série homogène.

Sous-indicateur n°1-3-2 : 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 (CMU-C) - 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 2012, l'aide concerne les personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond de la CMU-C et ce même plafond augmenté de 35% depuis le 1^{er} janvier 2012. En 2011, on rappellera que le plafond était déjà passé de plafond CMU-C + 20% à plafond CMU-C + 26%. 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. Le contrat choisi doit respecter les règles 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).

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 de contrat de complémentaire santé.

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 :

	Novembre 2006	Novembre 2007	Novembre 2008	Novembre 2009	Novembre 2010	Novembre 2011	Objectif
Bénéficiaires de l'ACS (*)	397 600	493 800	590 300	601 600	632 800	749 500	
Bénéficiaires utilisant effectivement l'attestation	240 700	329 700	442 300	501 700	533 000	620 000	Hausse

Source : Fonds CMU, chiffres arrondis. (*) Nombre de bénéficiaires sur 12 mois glissants à fin novembre.

Champ : Tous régimes, France entière.

A fin décembre 2011, 763 000 personnes se sont vues attribuer une attestation ACS correspondant à une hausse de 20,8% par rapport à 2010. Les effectifs ont progressé de 17% sur le 1^{er} semestre, de 25% sur le second semestre. Le nombre de bénéficiaires a augmenté de 21,5% pour la CNAMTS (708 074 bénéficiaires, soit 92% des bénéficiaires), de 19,8% pour le RSI (20 475 bénéficiaires), de 9,6% pour la CCMSA (34 529 bénéficiaires). La faiblesse de l'évolution pour la CCMSA pourrait s'expliquer par la signature d'accords locaux visant à doter d'une complémentaire santé obligatoire, donc non éligible à l'aide, les salariés de la production agricole.

A fin avril 2012, en glissement annuel, 831 000 personnes se sont vues délivrer une attestation ACS. Sur les 4 premiers mois de 2012, tous régimes confondus, l'augmentation a été de 25,5% par rapport à la même période un an plus tôt. Elle s'établit à 25,4% pour la CNAMTS, à 18,3% pour la CCMSA et à 23,1% pour le RSI (les derniers chiffres connus sont ceux du premier trimestre 2012 pour la CCMSA et le RSI).

Le nombre d'utilisateurs d'attestations s'établit à environ 620 000 fin novembre 2011. Le taux d'utilisation des attestations ACS reste élevé puisqu'il s'établit à hauteur de 83%. A cette date, 71% des utilisateurs d'attestations ACS sont couverts par une mutuelle, 27% par les sociétés d'assurance et 2% par les institutions de prévoyance.

Sur l'année 2011, le coût du dispositif s'est établi à 157 millions d'euros. Le montant moyen annuel de la déduction est stabilisé, il est passé de 273 € à 276 € entre février 2011 et février 2012.

L'enquête annuelle 2011 du Fonds CMU sur le prix et le contenu des contrats ACS montre que la prise en charge du prix des contrats par l'ACS s'établit aujourd'hui à hauteur de 56% (58% dans l'enquête 2010). Le prix annuel moyen du contrat ressort à 841 € (par contrat couvrant en moyenne 1,65 personne, soit 510 € pour une personne), en augmentation sensible de 7,5% par rapport à l'enquête 2010 (+ 5,5% pour une personne). Le taux d'effort des ménages concernés pour acquérir leur complémentaire santé représente 3,9% de leur revenu annuel (3,6% en 2010). Cette légère dégradation résulte du découplage entre évolution du prix des contrats comparée à celui plus faible du montant des déductions. L'attribution d'aides extra légales quasi généralisées dans les CPAM peut toutefois permettre d'abaisser le taux de reste à charge des personnes concernées.

Néanmoins, il convient de souligner que le niveau de couverture procuré par les contrats ACS est sensiblement 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, il convient de garder à l'esprit que des restes à charge sur les prestations pèsent également sur le budget des ménages concernés et parfois dans des proportions importantes selon les profils de consommation.

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). Afin d'obtenir des résultats plus significatifs, la méthode de comptabilisation des bénéficiaires de l'ACS a été revue par rapport aux éditions précédentes : le calcul s'effectue sur 12 mois glissants et non plus en remettant les compteurs à zéro au début de chaque année.

Précisions méthodologiques sur l'enquête ACS : les résultats du rapport relatif au prix et au contenu des contrats pour 2011 sont issus de l'exploitation des réponses de 55 OC représentant 410 000 bénéficiaires, soit 66% des bénéficiaires de l'ACS, et des déclarations à la contribution CMUc auprès du Fonds CMU du 4^{ème} trimestre 2011.