

**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 9 356€ pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2012 au 30 septembre 2013). 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 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 a été fixé à 7 934 € au 1<sup>er</sup> juillet 2012 pour une personne en métropole. Depuis, le plafond de ressources a été revalorisé de 8,3% au 1<sup>er</sup> juillet 2013.

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 (OC) agréé : mutuelle, assurance ou institution de prévoyance. Fin 2012, la plupart des bénéficiaires (84,7%) confient la gestion de la CMU-C à leur régime obligatoire.

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 (à fin décembre de chaque année) :

	2008	2009	2010	2011	2012	Objectif
Bénéficiaires de la CMU-C gérée par un régime obligatoire	3 622 561	3 573 742	3 673 401	3 730 956	3 846 291	
Bénéficiaires de la CMU-C gérée par un organisme complémentaire	564 305	605 574	653 080	689 942	692 396	
<b>Ensemble des bénéficiaires de la CMU-C</b>	<b>4 186 865</b>	<b>4 179 316</b>	<b>4 326 481</b>	<b>4 420 898</b>	<b>4 538 687</b>	<b>Hausse</b>

Source : Fonds CMU. Champ : France entière

Au mois de décembre 2012, le dispositif CMU-C compte 4,5 millions de bénéficiaires (dont 3,8 millions gérés par un régime obligatoire). L'effectif total est en progression de 2,7% par rapport à la même période de 2011. L'effectif à fin 2011 était en progression de 2,2% par rapport à fin 2010.

Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS ont fait l'objet d'une nouvelle estimation à l'aide du modèle de micro-simulation INES développé conjointement par la DREES et l'INSEE, en

appliquant la législation relative à la CMU-C et à l'ACS à un échantillon de ménages représentatif de la population vivant en France dans un ménage ordinaire.

Le nombre de personnes éligibles à la CMU-C, sur la base d'une actualisation pour 2012 serait compris entre 5,0 et 5,9 millions de personnes pour la métropole. Le taux de recours à la CMU-C se situerait entre 66% et 79%. Celui-ci est stable entre 2011 et 2012, sous l'effet conjugué de deux phénomènes : une hausse du nombre de bénéficiaires de la CMU-C, et une hausse équivalente de la population éligible à ce dispositif, reflet de la conjoncture dégradée du marché du travail et de la hausse du nombre d'allocataires de minima sociaux.

Cette révision s'explique notamment par des améliorations méthodologiques apportées au programme de calcul de l'éligibilité à la CMU-C et à l'ACS (réintégration des allocataires du RSA socle à la CMU-C et redéfinition du contour du « foyer CMU-C » et par la refonte générale du modèle INES en 2011.

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 1<sup>er</sup> 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 € de 2009 à 2012. Les organismes complémentaires déduisent ce forfait du montant de leur contribution.

En 2012, le montant de la dépense totale pour la part complémentaire des bénéficiaires de la CMU-C atteint 1 684 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 2012). Par ailleurs, il est à noter que le fonds CMU reverse tout ou partie de son excédent cumulé à la CNAMTS. L'arrêté du 2 août 2012 a fixé ce montant pour 2011 à la totalité de l'excédent du fonds de l'année 2011, soit 126 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.

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 tient compte de ces évolutions.

### 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 1er janvier 2012.

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). 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 de contrat de complémentaire santé. Par ailleurs, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013 et en application de l'avenant n°8 de la nouvelle convention médicale, les médecins y compris ceux exerçant en secteur 2, sont tenus de respecter les tarifs opposables à l'égard des bénéficiaires de l'ACS.

Le montant de l'ACS est différencié selon des tranches d'âges pré-déterminées : 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 à partir de 60 ans.

**Résultats** : l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'ACS (à fin novembre de chaque année) est présentée dans le tableau suivant :

	Nov. 2007	Nov. 2008	Nov. 2009	Nov. 2010	Nov. 2011	Nov. 2012	Mai 2013	Objectif
Bénéficiaires de l'ACS	462 000	541 100	546 000	579 300	702 200	921 900	1 060 234(*)	
<b>Bénéficiaires utilisant effectivement l'attestation</b>	<b>329 700</b>	<b>442 300</b>	<b>501 700</b>	<b>533 000</b>	<b>620 000</b>	<b>773 881</b>	<b>822 216</b>	<b>Hausse</b>

Source : Fonds CMU, chiffres arrondis. Compteurs remis à zéro chaque année sauf (\*) nombre de bénéficiaires sur douze mois glissants  
Champ : France entière

Fin mai 2013, le nombre d'utilisateurs d'attestations s'établit à plus d'un million de personnes. Le cap du million de bénéficiaires d'attestations ACS avait été franchi dès la fin décembre 2012 : 1 005 161 personnes correspondant à une hausse sensible de +30,8% par rapport à l'année 2011 (+31,1% pour la CNAMTS, +29,6% pour le RSI et de +26,1% pour la CCMSA). Cette forte augmentation s'explique par les revalorisations du plafond de ressources de l'ACS en 2011 et 2012 (passé de 120% à 126% puis à 135% du plafond de ressources de la CMU).

Parmi ces bénéficiaires, plus de 822 000 personnes utilisaient leur attestation ACS fin mai, soit près de 80% des bénéficiaires. Ce taux est comparable à celui observé au long de l'année 2012. En période de forte montée en charge du dispositif, il fluctue selon les trimestres mais est toujours demeuré au dessus de 80% au cours de l'année 2012, ce qui est remarquable pour un dispositif fonctionnant sur le système d'un « bon d'achat ».

À fin novembre 2012, parmi les bénéficiaires, 71% ont fait valoir leur droit auprès d'une mutuelle, 27% auprès d'une société d'assurance et 2% dans une institution de prévoyance.

Les effectifs CMU-C/ACS ont fait l'objet d'une nouvelle estimation à l'aide du modèle de micro-simulation INES développé conjointement par la DREES et l'INSEE, en appliquant la législation relative à la CMU-C et à l'ACS à un échantillon de ménages représentatif de la population vivant en France dans un ménage ordinaire. Le nombre de bénéficiaires de l'ACS reste faible par rapport à la population éligible : en 2012, le taux de recours à l'ACS serait compris entre 30 et 43% en métropole, par rapport au nombre d'attestations délivrées à fin décembre 2012.

Sur l'année 2012, le coût du dispositif s'est établi à 195 millions d'euros. Le montant moyen annuel de la déduction est stabilisé, tournant autour de 275 euros.

L'enquête annuelle 2012 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 54% (56% dans l'enquête 2011). Le prix annuel moyen du contrat ressort à 884 € (par contrat couvrant en moyenne 1,66 personne, soit 533 € pour une personne), en évolution sensible de + 5,1% par rapport à l'enquête 2011. Le taux d'effort des ménages concernés pour acquérir leur complémentaire santé représente 4,1% de leur revenu annuel (3,9% en 2011). L'attribution d'aides extra-légales quasi généralisées dans les caisses d'assurance maladie 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, apprécié à partir d'une classification actualisée par la DREES à l'occasion de son enquête annuelle sur les contrats les plus souscrits en 2010, est d'un niveau sensiblement inférieur aux autres contrats individuels. 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 plus 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).

Précisions méthodologiques sur l'enquête ACS : les résultats du rapport relatif au prix et au contenu des contrats pour 2012 sont issus de l'exploitation des réponses de 52 OC représentant 515 000 bénéficiaires, soit 66% des bénéficiaires de l'ACS, et des déclarations à la contribution CMUc auprès du fonds CMU du 4<sup>e</sup> trimestre 2012.