

Éditorial

Le Fonds CMU a été missionné par le Directeur de la Sécurité Sociale pour élaborer le quatrième rapport bisannuel d'évaluation de la loi du 27 juillet 1999 portant création de la CMU. Dans la lettre de mission il était demandé plusieurs développements spécifiques, dont "une appréciation des efforts entrepris par les différents acteurs en vue de lutter contre les refus de soins". En sus de nombreux contacts noués et d'informations collectées, le Fonds CMU a commandé à l'IRDES la réalisation d'une nouvelle enquête par testing.

Celui-ci a été réalisé à la fin de l'année 2008 auprès de 861 médecins ou dentistes de Paris intra-muros. Le choix de Paris a été retenu en raison du nombre de professionnels de santé y exerçant et de la grande diversité de situations possibles.

Il est clair que la réalité parisienne ne saurait être représentative de celle de l'ensemble de la France. Il est non moins évident pour les statisticiens, que le testing scientifique réalisé n'est comparable, ni dans le temps, ni dans l'espace, avec celui que le Fonds CMU a conduit début 2006 dans le Val-de-Marne.

Le rapport de l'IRDES comporte 20 pages de méthodologie. Il s'agit d'un travail scientifique qui se devait d'être irréprochable. La technique d'échantillonnage utilisée permet d'affirmer que le résultat est représentatif, au sens statistique du terme, de la réalité parisienne.

Une analyse qualitative complémentaire permet d'éclairer les résultats quantitatifs observés.

Ceux-ci mettent en évidence l'existence conséquente de refus de soins, décrite en détail dans le présent numéro. Comme dans les enquêtes précédentes la situation des professionnels du secteur 2 est significativement supérieure à celle du secteur 1.

Les refus de soins existent, ils sont à juste titre unanimement condamnés. L'étude IRDES/Fonds CMU ne fait que constater ce que d'autres enquêtes ont également fait apparaître. Même si l'on est en droit de penser que la situation sur l'ensemble des professionnels de santé et sur la France entière donnerait une vision moins négative, il n'en demeure pas moins que pour certaines professions et pour certaines zones, elle doit être qualifiée de préoccupante au regard de l'accès aux soins.

Il sera, tôt ou tard, nécessaire que soit trouvée une solution à ce lancinant problème.

Jean-François CHADELAT

Inspecteur Général des Affaires Sociales
Directeur du Fonds CMU



Refus de soins : le problème reste entier

Le rapport complet du nouveau testing réalisé par l'IRDES auprès de 861 médecins ou dentistes est disponible sur le site du Fonds CMU.

Les principales données sont présentées dans le tableau suivant.

		Nombre de praticiens contactés	% refus totaux (brut)	% refus imputables (brut)	% refus imputables (pondérés)
Dentistes		98	37,76	31,6	31,6
Généralistes	s. 1	131	12,21	9,2	19,4
	s. 2	86	38,37	32,6	
Ophtalmologues	s. 1	55	23,64	9,1	28,1
	s. 2	99	34,34	31,3	
Gynécologues	s. 1	23	26,09	17,4	38,1
	s. 2	102	50,98	40,2	
Radiologues	s. 1	123	4,07	4,1	5,2
	s. 2	144	6,94	6,3	
Ensemble		861	23,93	19,3	25,5

L'analyse quantitative porte sur 861 réponses de praticiens. La première colonne de pourcentage (pourcentages totaux) permet de mesurer les difficultés d'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire. Celles-ci apparaissent majeures pour la gynécologie (d'autant que les gynécologues en secteur 1 sont peu nombreux à Paris) et restent importantes en ophtalmologie et pour les soins dentaires.

La seconde colonne (refus imputables) mesure le taux de refus en rapport avec le fait que le patient bénéficie de la CMU complémentaire. Il varie en fonction des catégories professionnelles. Les analyses réalisées (régressions logistiques) permettent de faire émerger un certain nombre de déterminants du refus de soins. Le secteur de conventionnement est une des composantes majeures du refus, c'est-à-dire que les médecins de secteur 2 refusent significativement plus que leurs confrères du secteur 1. Les dentistes ont un comportement comparable aux médecins du secteur 2. Les radiologues, quel que soit le secteur, refusent significativement moins que les autres catégories professionnelles. De même, les praticiens non équipés de lecteur de la carte vitale refusent significativement plus que leurs confrères équipés. Les taux de refus sont également liés aux arrondissements classés en fonction du revenu moyen par habitant.

Ces taux ne varient pas quelle que soit la personne qui répond au téléphone (professionnel, secrétariat).

L'analyse qualitative, qui ne sera pas développée ici, rejoint et confirme les résultats de l'analyse statistique quant aux origines du refus. Les discours mettent en avant la question du dépassement d'honoraires qui ne peut être appliqué aux patients bénéficiant de la CMU complémentaire et les refus sont fréquemment justifiés par l'absence d'équipement du praticien.

Aucun testing n'est comparable à l'autre et ils ne peuvent être jugés représentatifs du comportement de l'ensemble des 120 000 médecins généralistes, spécialistes et dentistes à

Suite de la page 1

l'égard des 4 300 000 bénéficiaires de la CMU. Il n'en reste pas moins qu'ils démontrent une convergence remarquable vers une conclusion identique : malgré une condamnation unanime de tous les acteurs de ce dossier, le refus de soins existe et son ampleur ne saurait être qualifiée de marginale et anecdotique.

Le problème vient de ce que cette situation est en décalage total avec les rares signalements observés, notamment dans les caisses de sécurité sociale, et l'absence quasi-totale de sanctions. Cette situation comparable à celle observée par le Fonds CMU en 2006 indique que le problème reste encore à résoudre. □

La CMU en chiffres

Les bénéficiaires de la CMU complémentaire

Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C au 30 Avril 2009				
Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	3 280 206	565 613	3 845 819	515 212
Régime social des indépendants	181 796	11 043	192 839	36 401
Régime agricole	113 350	12 127	125 477	18 883
Autres régimes et SLM	59 839		59 839	14 585
Total Avril 2009	3 635 191	588 783	4 223 974	585 081

Évolution des effectifs des bénéficiaires de la CMU-C du 31 Décembre 2008 au 30 Avril 2009*				
Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	0,6%	4,5%	1,2%	4,6%
Régime social des indépendants	-0,6%	-0,3%	-0,6%	1,9%
Régime agricole	-2,0%	0,4%	-1,7%	1,9%
Autres régimes et SLM	-5,6%		-5,6%	-4,1%
Total	0,4%	4,3%	0,9%	4,1%

* Effectifs évalués

Depuis janvier 2009, les effectifs suivent une progression régulière au régime général, qui rassemble plus de 90% des bénéficiaires. La baisse ralentit à la MSA mais elle s'amorce au RSI, après une progression régulière sur l'année 2008. □

L'ACS en chiffres

	Attestations délivrées par le régime général		Total des bénéficiaires		
	Nombre d'attestations délivrées	Nombre de bénéficiaires d'attestations	d'attestations tous régimes (CNAMTS-MSA-RSI)	Bénéficiaires ayant utilisé leur attestation	Coût pour le Fonds CMU (déclarations)
Janvier 2009	32 221	52 062	57 222		
Février 2009	29 704	50 014	112 396	472 255	25 955 650 €
Mars 2009	30 092	50 988	168 055		
Avril 2009	24 105	40 995 (*)	213 610		

(*) ne prend pas en compte les données de la CGSS de la Réunion (3 000 bénéficiaires d'attestations en mars 2009)

Entre septembre et décembre 2008, le nombre de bénéficiaires d'attestations délivrées par la CNAMTS a augmenté sensiblement suite à l'envoi des "courriers issus des fichiers CAF" (cf. ACS en 2008). Une moyenne mensuelle située autour de 53 000 était constatée. Le rythme s'est plutôt maintenu sur les trois premiers mois de 2009. En février 2009, le nombre de personnes ayant utilisé leur attestation est en augmentation de 31,1% par rapport à février 2008, et de 6,8% par rapport à novembre 2008. □

La CMU en analyse

Les coûts moyens en CMU complémentaire

Le coût moyen 2007 définitif par bénéficiaire de la CMU-C en métropole est de 405 € pour la CNAMTS, qui gère les dossiers de plus de 80% des effectifs. L'évolution entre 2006 et 2007 est de 3,7 %. Comparativement, l'ONDAM a évolué de 4,2%. L'évolution de la dépense des bénéficiaires de la CMU-C reste donc très limitée.

Les bénéficiaires de la CMU-C de la CNAMTS ont une dépense supérieure de 10 à 30 % par rapport à la dépense des personnes dont les dossiers sont gérés par les autres régimes ou par les organismes complémentaires.

Le régime général a accueilli les personnes les plus en difficulté dès la création de la CMU-C. Ces personnes, compte tenu d'un mauvais état de santé général, ont besoin des prises en charge les plus lourdes mais constituent une minorité parmi les bénéficiaires.

Le coût moyen au RSI reste le plus faible : 317 € en 2007. Celui de la MSA, 366 €, et le montant moyen des organismes complémentaires, 350 €, se situent dans une position intermédiaire. En 2007, le montant forfaitaire par bénéficiaire, remboursé par le Fonds CMU aux organismes, a été de 340 €. Sauf pour le RSI, ce forfait reste inférieur à la dépense moyenne.

La dépense de ville représente 73% pour la CNAMTS et plutôt 80% pour le RSI, la MSA et l'ensemble des OC. Là encore, ces différences peuvent s'expliquer par un plus mauvais état de santé pour les bénéficiaires pris en charge par la CNAMTS.

Pour les mutuelles, la part de la dépense de ville représente 78% de la dépense totale. Pour les bénéficiaires du RSI et des sociétés d'assurances les différences sont marquées par les pratiques antérieures au bénéfice de la CMU-C, par des personnes plus habituées à consulter en médecine de ville.

Au sein des OC la différence de coût moyen entre les sociétés d'assurances et les mutuelles demeure limitée.

Les données présentées concernent la métropole. La prise en compte des DOM amènerait une baisse sensible du coût moyen.

Pour 2008, la dépense par bénéficiaire est évaluée entre 416 € pour la CNAMTS et 366 € pour les organismes complémentaires.

Suite page 3

Coûts moyens par bénéficiaire en 2007 en métropole

2007	Régimes obligatoires			Organismes complémentaires		
	CNAMTS	RSI	MSA	Mutuelles	Assurances	IP
Effectifs	3 129 463	141 457	113 263	315 828	107 796	10 271
Ville	296,03 €	257,77 €	292,92 €	273,70 €	288,00 €	285,90 €
dont forfaits CMU	56,93 €	49,85 €	60,34 €	50,00 €	46,40 €	57,00 €
Hôpital	108,69 €	59,45 €	73,57 €	77,70 €	57,30 €	57,90 €
Total	404,72 €	317,22 €	366,49 €	351,40 €	345,30 €	343,80 €

Données fournies par les régimes obligatoires (hors SLM et autres régimes) et les organismes complémentaires. □

L'ACS en analyse

Enquête 2008 sur le prix et le contenu des contrats ACS

L'étude annuelle sur les contrats de complémentaire santé ayant ouvert droit à l'ACS contribue à dresser un panorama très précis des contrats de complémentaire santé.

L'étude 2008, effectuée dans la continuité des trois précédentes études sur ce thème, est basée sur la réponse de 47 OC couvrant 60% des bénéficiaires de l'ACS (160 000 contrats et près de 263 000 bénéficiaires). Pour plus de précisions sur les résultats, le rapport est disponible sur le site du Fonds CMU : [www.cmu.fr / Etudes et rapports / Fonds CMU / Rapport 2008 sur le prix et le contenu des contrats ACS](http://www.cmu.fr/ Etudes et rapports / Fonds CMU / Rapport 2008 sur le prix et le contenu des contrats ACS).

Les résultats obtenus confortent les conclusions tirées des études précédentes :

- parmi les OC enquêtés, chaque contrat couvre en moyenne 1,6 personnes. Les contrats couvrant une seule personne représentent 73% des contrats et 45% des bénéficiaires ;
- le prix annuel moyen du contrat (couvrant 1,6 personnes) est de 734 €. L'ACS prend en charge 50% du prix de la complémentaire santé. Le dispositif laisse à la charge des foyers bénéficiaires 377 € par an, montant qui représente 4,0% de leur revenu annuel. Ce pourcentage correspond au "taux d'effort" de ces ménages pour acquérir leur complémentaire santé.

Néanmoins, la charge reste conséquente pour les ménages bénéficiant de l'ACS puisqu'un peu moins d'un demi-mois de revenu est nécessaire pour financer leur complémentaire santé. S'ils n'avaient pas l'ACS cependant, ce serait quasiment un mois de revenu qui devrait être consacré au paiement de leur complémentaire santé.

Reste à charge et taux d'effort sont calculés par rapport à l'acquisition d'une complémentaire santé. Or, il est essentiel de garder à l'esprit que la complémentaire santé peut en outre laisser elle-même à la charge des ménages des dépenses de santé non remboursées, non négligeables, notamment au regard des dépassements pratiqués.

Impact de la taille de la famille

Les analyses montrent que le prix du contrat augmente avec le nombre de bénéficiaires de celui-ci. Ainsi, le passage de une à deux personnes couvertes amène une augmentation se situant autour de 60% du prix du contrat. Cette augmentation décroît ensuite régulièrement à mesure que le nombre de personnes couvertes augmente. Quant au taux d'effort, il diminue régulièrement avec le nombre de personnes couvertes pour atteindre 1,8% dans les foyers dont la taille est la plus importante.

En effet, contrairement à l'aide, le prix du contrat ne suit pas linéairement l'augmentation du nombre de personnes couvertes du fait notamment de dispositions favorisant généralement les familles avec enfants. À partir de trois bénéficiaires par contrat, on peut supposer qu'il s'agit plutôt de familles avec enfants. L'ACS est donc un dispositif qui favorise objectivement les familles avec enfants comme en témoigne l'observation du taux d'effort.

Impact de l'âge des bénéficiaires

Les analyses conduites sur les contrats couvrant une personne (on ne connaît que l'âge du souscripteur) montrent que le prix est bien une fonction croissante de l'âge. La hausse est assez linéaire avant 60 ans (près de 20% environ par tranche de 10 années). L'augmentation la plus marquée demeure celle constatée entre la classe des 50-59 ans et celle des 60-69 ans et plus (+ 25%) puis elle est divisée par deux pour les "70-79 ans" et de nouveau par 2 pour les "80 ans et plus".

Avec l'âge, le taux d'effort augmente progressivement, exception faite du passage de la tranche des "16-24 ans" à celle des "25-29 ans", de la tranche des "50-59 ans" à celle des "60-69 ans" du fait des montants différenciés de l'ACS entre ces catégories.

Il part de 2% pour les "25-29 ans" et culmine à 6% pour les "80 ans et plus". C'est pour ces ménages que le poids de la complémentaire santé par rapport à leur revenu est donc le plus lourd. Ils bénéficient en effet d'un montant d'ACS égal à celui des "60-69 ans", mais supportent des niveaux de primes ou cotisations sensiblement plus importants.

Une mesure intégrée à la loi HPST, reprend les recommandations du rapport 2007. Elle prévoit la revalorisation de l'aide pour une complémentaire santé pour les personnes âgées de plus de 60 ans (500 € au lieu de 400 €), ainsi que la création d'une nouvelle tranche d'attribution : 350 € pour les personnes âgées de 50 à 59 ans.

L'application de cette mesure aura lieu à compter du 1^{er} jour du mois suivant l'entrée en vigueur de la loi.

Une simulation de l'impact de cette nouvelle mesure montre une amélioration de la situation des plus âgés, leur situation relative demeurant cependant moins favorable. Au global, le taux d'effort moyen devrait atteindre 3,5%.

Impact du niveau de garantie

Le niveau de garantie ne ressort pas comme l'élément déterminant du prix du contrat par rapport à la taille du foyer ou l'âge du souscripteur. À partir d'une analyse "toutes choses égales par ailleurs", il ressort en effet que les contrats de niveau supérieur présentent des prix en moyenne supérieurs de 45% par rapport à des contrats couvrant le ticket modérateur.

Comparaison des niveaux de garantie

La comparaison entre les niveaux de garantie des contrats ayant bénéficié de l'ACS, par rapport aux autres contrats individuels, confirme les résultats des années précédentes, à savoir que les personnes bénéficiant de l'ACS souscrivent des contrats globalement de niveau inférieur à celui des autres contrats individuels. □

Textes à la une

Plafond de la CMU de base

L'arrêté du 18 mai 2009 (publié au JO du 23 mai 2009) revalorise le plafond d'exonération de cotisation à la CMU de base à 9 020 €. Ce plafond est applicable pour la période allant du 1^{er} octobre 2009 au 30 septembre 2010. □

Entrée en vigueur du RSA

Le revenu de solidarité active est entré en vigueur le 1^{er} juin 2009 en métropole. Il se substitue au RMI, à l'API et aux mécanismes d'intéressement à la reprise d'activité.

Il répond à trois objectifs : assurer à ses bénéficiaires des moyens convenables d'existence, encourager l'exercice ou le retour à une activité professionnelle, aider à l'insertion sociale de ses bénéficiaires.

Ses conséquences sur la CMU sont les suivantes :

S'agissant de la couverture de base, les bénéficiaires du RSA sont affiliés à la CMU de base s'ils ne sont pas couverts, à un autre titre, contre les risques de maladie-maternité.

S'agissant de la CMU complémentaire, il faut distinguer deux cas de figure.

Soit les ressources du bénéficiaire du RSA n'excèdent pas le montant forfaitaire visé au 2° de l'article L. 262-2 du Code de l'action sociale et des familles, fixé en fonction de la composition du foyer (454,63 € pour une personne seule, 583,74 € pour une femme enceinte isolée, 778,32 € pour une personne isolée ayant un enfant à charge). Dans ce cas l'allocataire est éligible de plein droit à la CMU complémentaire.

La loi prévoit que lors du dépôt de la demande de RSA, une demande de CMU complémentaire soit également effectuée.

Dans tous les cas, l'allocataire devra remplir un formulaire de demande de CMU complémentaire et un formulaire de choix de l'organisme chargé de la protection complémentaire puis, transmettre ce dossier à sa caisse d'assurance maladie.

Soit l'allocataire perçoit des revenus qui sont complétés par un versement de RSA. Dans cette hypothèse, son droit à la CMU-C est soumis à l'étude des ressources perçues au cours des douze derniers mois, mais le RSA lui-même ne sera pas pris en compte dans l'assiette des ressources pour l'étude du droit à la CMU-C.

Il doit remplir un dossier de demande, y joindre le formulaire de choix de l'organisme chargé de la protection complémentaire et l'adresser à sa caisse d'assurance maladie. □

Actualité

Rapport d'évaluation de la CMU

Le rapport d'évaluation de la loi CMU, réalisé par le Fonds CMU, vient d'être adressé au ministère de la Santé. Il sera disponible sur le site du Fonds CMU dès que le Gouvernement l'aura transmis au Parlement en application de l'article 34 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999.

CMU complémentaire et aide complémentaire santé (ACS) permettent à 5 millions de personnes d'accéder à une complémentaire santé. Or sans cette complémentaire santé, c'est l'accès aux

soins lui-même qui devient difficile, sinon impossible, pour les plus démunis. Il convient ainsi de rappeler qu'un enfant ou jeune de moins de 20 ans sur dix bénéficie de la CMU-C.

Ces deux dispositifs n'ont certes pas fait disparaître les inégalités sociales de santé qui reposent sur des facteurs multiples, mais on peut penser qu'ils sont des vecteurs déterminants pour les réduire. C'est pourquoi le non recours à l'ACS, même si le nombre de ses bénéficiaires a fortement augmenté, reste une question à résoudre. De même, les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU continuent d'être pratiqués (cf. article page 1).

Les principales propositions du rapport sont donc relatives à ces deux points. Synthétiquement : se donner les moyens d'actions efficaces vis-à-vis des bénéficiaires potentiels de l'ACS ; se donner de réels et nouveaux outils pour combattre les refus de soins.

Il est d'autres aspects de la loi CMU qui ont, sinon prêté le flanc à critiques, du moins servi à véhiculer des idées reçues, idées en bonne partie entachées d'inexactitudes. Dans ce rapport, nombre d'éléments permettent d'éclairer ces points.

"La CMU complémentaire coûte cher". Avec un coût moyen dans le régime général de 416 € en 2008 pour une complémentaire santé de bonne facture, il est difficile de considérer la CMU-C comme onéreuse. De plus, aucune dérive n'est constatée puisque l'évolution de ce coût moyen est inférieure à celle de l'ONDAM.

"La CMU est un facteur de fraude". Sans prétendre que la fraude n'existe pas, le rapport expose d'abord que tous les outils existent pour la combattre et que les résultats montrent son caractère marginal (220 cas pour la CMU de base, 588 pour la CMU-C en 2008 soit 1,5% des cas de fraude, ce qui représente moins de 800 000 €).

"Les bénéficiaires de la CMU ne respectent pas le parcours de soins". Ils sont pourtant plus nombreux à avoir choisi un médecin traitant (86,5% au 31 mars 2009) que les autres assurés sociaux (84,6%). □

Ils se sont réunis

Conseil d'administration

Le conseil d'administration du Fonds, réuni le 7 avril 2009, sous la présidence de Michel Thierry (IGAS), a adopté le rapport d'activité et le compte financier du Fonds pour 2008.

Il a également adopté un budget rectificatif permettant une présentation conforme aux dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 qui, enfin, supprime la contraction existant antérieurement entre une partie de la contribution CMU et des déductions réalisées par les OC. Le budget total du Fonds s'élève à 1,9 Md€. Le résultat cumulé prévisionnel à fin 2009 est de + 25 M€. □

Conseil de surveillance

Le conseil de surveillance du Fonds, réuni le 9 juin 2009, sous la présidence de Jean-Marie Rolland, député de l'Yonne, a décidé de transmettre au parlement le rapport d'activité du Fonds CMU en application de l'article R. 862-8 du code de la sécurité sociale.

Le conseil a ensuite pris connaissance du rapport relatif aux prix et aux contenus des contrats ayant bénéficié de l'ACS en 2008 et de celui sur les coûts moyens des dépenses de CMU-C par bénéficiaire. □

La vie au Fonds

Les 10 ans de la loi CMU

Le 27 juillet 1999 la loi instituant la CMU était promulguée. Le 8 septembre 2009, à l'occasion du 10^e anniversaire de la loi, le Fonds CMU et la Chaire santé de Science-Po co-organisent un colloque durant lequel seront notamment abordés les thèmes de la genèse de la CMU, de l'accès aux soins des bénéficiaires et des perspectives de la CMU.

Inscription via le site du Fonds CMU : [www.cmu.fr/Actualités/ les 10 ans de la loi CMU](http://www.cmu.fr/Actualités/les_10_ans_de_la_loi_CMU). □

Références

LETTRE D'INFORMATION ÉDITÉE PAR LE FONDS DE FINANCEMENT
DE LA PROTECTION COMPLÉMENTAIRE DE LA COUVERTURE UNIVERSELLE DU RISQUE MALADIE

Adresse : Fonds CMU - Tour ONYX - 10, rue Vandrezanne - 75013 PARIS

Téléphone : 01.58.10.11.90 - Fax : 01.58.10.11.99

Courriel : accueil@fonds-cmu.gouv.fr - Site : www.cmu.fr

Directeur de la publication : Jean-François Chadelat

Réalisation et impression : Ateliers J. HIVER - 156, rue Oberkampf - 75011 PARIS

ISSN : 1623-4936 Dépôt légal : Juillet 2009



CMU et ACS en 2008

Les données présentées ci-après sont des données de synthèse. Le Fonds tient à la disposition des personnes intéressées les tableaux complets et, en particulier, son rapport d'activité 2008 disponible sous format numérique sur le site du Fonds (www.cmu.fr), ou sur simple demande par courriel adressé à accueil@fonds-cmu.gouv.fr.

Les bénéficiaires de la CMU complémentaire

Entre 2007 et 2008, les effectifs moyens accusent une baisse, de presque 5% en métropole et de 2,5% dans les DOM. Seul le RSI indique une hausse, 4%. Pour la CNAMTS, l'évolution 2007/2008 se fait sur la base des effectifs 2007 recalculés, après la mise en place par les services statistiques de la CNAMTS, d'un nouveau programme de dénombrement des bénéficiaires de la CMU (cf. Références CMU n° 33).

Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C en 2008

(moyenne annuelle)

2008				
Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
CNAMTS	3 334 700	551 177	3 885 877	486 150
RSI	180 994	11 006	192 000	35 147
MSA	121 639	12 964	134 603	18 740
Autres régimes et SLM	66 195		66 195	15 437
Total	3 703 528	575 147	4 278 675	555 474

Sources : données transmises par les régimes

Évolution sur un an

Évolution 2007/2008				
Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
CNAMTS	- 5,1%	- 2,5%	- 4,7%	- 2,7%
RSI	3,9%	4,4%	4,0%	4,2%
MSA	- 8,5%	- 9,2%	- 8,5%	- 6,7%
Autres régimes et SLM	- 11,8%		- 11,8%	- 9,2%
Total	- 4,9%	- 2,5%	- 4,6%	- 2,7%

Implication des organismes complémentaires

L'implication des OC dans la gestion de la CMU-C est mesurée à partir de deux indicateurs : le pourcentage du chiffre d'affaires santé déclaré par les OC inscrits pour gérer les contrats de CMU complémentaire d'une part, et le nombre des OC d'autre part.

Les chiffres relatifs à ces indicateurs et leur évolution dans le temps, sont les suivants :

	2005	2006	2007	2008
% dans le CA santé des OC inscrits	52,4	52,7	52,6	86,7
% des OC inscrits	26,5	25,5	25,0	63,6
Nombre total des OC	1 073	991	934	876
Nombre total des OC inscrits	279	254	235	558

Le "bond" enregistré en 2008 est lié au fait qu'il avait été annoncé, qu'à compter du 1^{er} janvier 2008, la gestion de la CMU-C deviendrait l'un des critères permettant aux OC d'être exonérés du paiement de l'impôt sur les sociétés et de la taxe professionnelle sur leur chiffre d'affaires santé. □

Le pourcentage constaté diffère selon la nature des OC : il est de 90,7% pour les mutuelles, 85,2% pour les institutions de prévoyance et de 80% pour les sociétés d'assurance.

Au sein des organismes complémentaires

408 organismes complémentaires ont déclaré des bénéficiaires en 2008. Les mutuelles représentent 78% des bénéficiaires.

(en %)

Nature OC	Répartition Bénéficiaires CMU-C	Répartition OC gestionnaires
Mutuelles	77,6	90,2
IP	2,1	2,9
Assurances	20,3	6,9
Total	100,0	100,0

La répartition des bénéficiaires est très concentrée puisque 10% des OC déclarent 48% des bénéficiaires. □

Répartition géographique

La CMU-C couvre 5,8% de la population en métropole et 31,8% dans les DOM.

Le pourcentage de bénéficiaires est de plus de 9% dans la région Nord-Pas-de-Calais et de presque 10%, en Languedoc-Roussillon. □

Région	Population*	Effectifs CMU-C** moyenne annuelle 2008	Taux CMU-C/ Population
Île-de-France	11 673 919	688 506	5,9%
Champagne-Ardenne	1 378 356	88 266	6,4%
Picardie	1 942 567	126 351	6,5%
Haute-Normandie	1 851 344	112 064	6,1%
Centre	2 591 265	130 430	5,0%
Basse-Normandie	1 501 308	75 632	5,0%
Bourgogne	1 681 649	77 226	4,6%
Nord-Pas-de-Calais	4 089 079	398 891	9,8%
Lorraine	2 391 518	121 076	5,1%
Alsace	1 847 604	76 946	4,2%
Franche-Comté	1 187 665	57 994	4,9%
Pays-de-la-Loire	3 553 437	147 683	4,2%
Bretagne	3 194 026	109 229	3,4%
Poitou-Charentes	1 778 856	96 121	5,4%
Aquitaine	3 206 667	163 259	5,1%
Midi-Pyrénées	2 856 643	159 069	5,6%
Limousin	753 537	37 430	5,0%
Rhône-Alpes	6 172 436	280 901	4,6%
Auvergne	1 379 138	65 816	4,8%
Languedoc-Roussillon	2 589 704	240 485	9,3%
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	4 896 850	367 571	7,5%
Corse	299 552	16 387	5,5%
Métropole	62 817 120	3 637 333	5,8%
DOM	1 811 031	575 147	31,8%
France entière	64 628 151	4 212 480	6,5%

*Population recensement 2006

**Sources : CNAMTS hors SLM / RSI / MSA / INSEE



Les coûts moyens par bénéficiaire

En métropole, le coût moyen par bénéficiaire de la CNAMTS est de 405 € en 2007 et il est évalué à 416 € en 2008. Les coûts moyens par bénéficiaire des ressortissants du RSI, de la MSA et des organismes complémentaires sont inférieurs à cette moyenne. L'écart le plus marqué entre les régimes se situe sur la dépense hospitalière. □

	2007	2008**
CNAMTS*	404,72 €	416,05 €
RSI	317,22 €	321,26 €
MSA	366,49 €	389,93 €
Organismes complémentaires	349,90 €	366,30 €

*CNAMTS, y compris SLM

** Estimation

2007	CNAMTS	RSI	MSA	OC
Ville	296,03 €	257,77 €	292,92 €	277,80 €
Dont forfaits CMU	56,93 €	49,85 €	60,34 €	49,40 €
Hôpital	108,69 €	59,45 €	73,57 €	72,10 €

Sources : CNAMTS y compris SLM, RSI, MSA, Organismes complémentaires

L'ACS en 2008

2008	Nombre de bénéficiaires		Coût pour le Fonds CMU (en milliers d'€)	Montant moyen déduction annuelle
	Attestations délivrées	Attestations utilisées		
février	89 920	360 095	20 036	223 €
mai	231 416	382 069	21 047	220 €
août	355 328	410 262	22 590	220 €
novembre	541 143	441 947	24 272	220 €
décembre	596 626	-	-	-

Source : déclarations des organismes complémentaires au Fonds CMU, données CNAMTS, CCMSA, RSI

La délivrance des attestations d'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé tous régimes confondus est en augmentation de 16,7% en 2008 par rapport à 2007. Les attestations délivrées couvrent 596 626 personnes.

Pour la CNAMTS, le nombre de personnes ayant bénéficié d'une attestation s'élève à 549 141 (+ 17% par rapport à 2007), pour le RSI à 16 773 (+ 20%), pour la CCMSA à 30 712 ce qui correspond à une augmentation de 9% par rapport à 2007.

Au niveau de la CNAMTS, au global, on a constaté une accélération des ouvertures de droits à compter de septembre 2008 (autour de 53 000 mensuelles en moyenne, chiffre à comparer aux 40 000 constatées en moyenne sur la même période un an plus tôt). Cette accélération correspond aux envois, par les CPAM, de "courriers issus des fichiers CAF", adressés aux assurés suite à un rapprochement effectué entre les fichiers des CAF et des CPAM pour détecter les publics potentiellement éligibles à l'ACS. □

L'assiette de la contribution au financement de la CMU

L'assiette de contribution financière des OC correspond à la somme des primes émises, ou à défaut recouvrées, au cours d'une année. Elle peut différer des résultats comptables présentés par les OC. Cette assiette est en augmentation de 6,5% par rapport à 2007 (+ 5,1% par rapport à 2006).

Les données du tableau incluent les déclarations rectificatives des organismes complémentaires faites à ce jour.

en milliers d'euros

Année 2008		Mutuelle	Institution de Prévoyance	Assurance	Total Assiette
	Assiette Santé	16 469 623	5 125 601	7 556 628	29 151 853
	Structure	56,50%	17,58%	25,92%	100,00%
	Évolution/n-1	3,25%	9,18%	12,31%	6,49%
Nombre OC 2008		748	36	92	876
Structure		85,39%	4,11%	10,50%	100,00%

Rappelons que l'assiette a marqué une inflexion sensible depuis 2005, et ce par rapport à l'accélération constante qui avait été constatée depuis 2001. En 2004, le taux d'évolution avait culminé à plus de 10% par rapport à l'année 2003.

Concernant le taux d'évolution constaté entre 2007 et 2008, une étude affinée des chiffres montre cependant que la reprise constatée en 2008 s'explique en grande partie par un transfert d' "opportunité" effectué par certains OC qui ont anticipé, sur la fin 2008, la déclaration d'assiette qui aurait dû être déclarée sur 2009. Le taux de la contribution CMU est en effet passé de 2,5% à 5,9% à partir de 2009. Pour les OC concernés, l'assiette a "anormalement" augmenté entre 2007 et 2008, l'augmentation portant sur le 4^e trimestre 2008. Dans le même temps, celle déclarée sur le 1^{er} trimestre 2009 a chuté dans le même ordre de grandeur, par rapport à la même période sur 2008. On peut chiffrer ce transfert autour de 350 millions d'euros. En neutralisant ce montant (les contrôles et les rectifications sont en cours), l'assiette 2008 n'aurait augmenté que de 5,2% par rapport à 2007. □