

Références

LA LETTRE DU FONDS DE FINANCEMENT DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE



Éditorial

n°62

Ce premier éditorial de l'année 2016 est le dernier me concernant, puisque je quitte le Fonds CMU pour prendre la fonction de directeur général de la Fondation santé des étudiants de France.

Ces deux années passées à la direction du Fonds CMU furent très riches : suivi du plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, lutte contre le non-recours, mise en œuvre des nouvelles dispositions de déclarations de la taxe de solidarité additionnelle, réforme profonde de l'ACS, enquête de la Cour des comptes sur le Fonds...

J'en tire deux enseignements. Tout d'abord, faire progresser les questions d'accès aux droits et à la santé des personnes en situation de pauvreté est un enjeu d'une grande complexité administrative, financière, mais aussi et surtout politique. Mais, malgré ces complexités, l'implication et la motivation d'un grand nombre de personnes en France rendent possible des avancées, qui contribuent à cette grande promesse d'une Sécurité sociale véritablement universelle.

Ces personnes, ce sont notamment tous les "partenaires" du Fonds, que je remercie vivement pour leur accueil et le travail très positif mené depuis deux ans : les membres du conseil d'administration et de surveillance, les parlementaires, les organismes d'assurance maladie et de sécurité sociale, les organismes complémentaires, les services de l'Etat et notamment la direction de la sécurité sociale, mais aussi, et je suis très heureux d'avoir eu des échanges très fructueux avec elles, les associations qui luttent contre la pauvreté et la précarité.

Ces personnes, c'est aussi et bien sûr l'équipe du Fonds CMU, dont je sais que le professionnalisme et la qualité des travaux sont unanimement reconnus ; c'est une grande fierté d'avoir pu mener ce collectif si impliqué dans ses missions, si soucieux de l'intérêt général et en permanence attaché à défendre les personnes concernées par la CMU-C et l'ACS.

Il ne me reste plus qu'à vous souhaiter une très bonne année 2016, et me permettre de formuler le vœu que ces prochaines années connaîtront davantage des politiques publiques qui, à l'instar de la loi CMU, unissent, incluent, universalisent les droits et luttent contre les inégalités.

Vincent BEAUGRAND
Directeur du Fonds CMU

Les dernières estimations de la DREES sur les populations éligibles à la CMU-C et à l'ACS

La DREES a mis à jour les évaluations des populations éligibles à la CMU-C et à l'ACS en métropole. Pour la CMU-C, la population éligible en 2014 se situe dans une fourchette allant de 5,8 à 7,0 millions de personnes. À méthodologie constante, elle était estimée entre 5,6 et 6,7 millions pour 2013. La hausse s'explique par la revalorisation exceptionnelle du plafond d'éligibilité de 8,3 % en juillet 2013 (moitié de l'effet en année pleine). Cette augmentation est modérée par rapport à celle observée en 2013 car la situation économique se dégrade moins entre 2013 et 2014 qu'entre 2012 et 2013. Cela se traduit notamment par une augmentation ralentie du nombre de bénéficiaires du RSA socle et d'une progression plus faible du taux de chômage en 2014.

Pour l'ACS, la fourchette varie entre 3,2 et 4,6 millions de personnes, alors qu'elle se situait entre 3,0 et 4,3 millions en 2013. L'augmentation du nombre de personnes éligibles à l'ACS est aussi en partie liée à la revalorisation du plafond de ressources de juillet 2013.

En 2014, le taux de recours à la CMU-C se situe entre 64 % et 77 % et est en légère hausse par rapport à 2013. Le taux de recours à l'ACS reste faible, il se situe entre 30 % et 43 % en 2014.

La CMU-C favorise l'accès aux soins de ses bénéficiaires

La DREES a étudié les effets de la CMU-C sur le recours aux soins, à partir de l'enquête Santé et protection sociale appariée aux données de consommations de soins du SNIIRAM en 2012. Cette analyse est publiée dans Études et résultats n°944 de décembre 2015.

Les bénéficiaires de la CMU-C ont un état de santé plus dégradé que le reste de la population.

En tenant compte des écarts d'état de santé et des caractéristiques socio-économiques, les bénéficiaires de la CMU-C ont une probabilité plus forte de recourir aux soins que les personnes qui n'ont pas de couverture complémentaire. La probabilité de recourir aux soins, toutes choses égales par ailleurs, s'accroît dans les mêmes proportions que pour les personnes couvertes par des complémentaires santé classiques.

Lorsqu'ils recourent aux soins, les bénéficiaires de la CMU-C ont des dépenses de santé proches de celles des autres assurés, à état de santé équivalent, sauf pour les dépenses de généralistes, qui sont plus élevées. Malgré l'opposabilité des tarifs interdisant aux médecins la pratique des dépassements d'honoraires, pratique plus répandue chez les médecins spécialistes, les bénéficiaires de la CMU-C privilégient le recours aux médecins généralistes plutôt qu'aux médecins spécialistes.

La CMU-C limite le renoncement aux soins pour raisons financières. Détenir la CMU-C réduit de moitié le risque de renoncer à des soins par rapport à des personnes sans complémentaire santé présentant les mêmes caractéristiques socio-économiques et un état de santé comparable.

Le rôle protecteur de la CMU-C est surtout visible pour les prestations les moins bien prises en charge par l'assurance maladie obligatoire : soins dentaires (notamment prothétiques) et optique.

● Études et résultats n° 944 - Décembre 2015 - DREES

La CMU en chiffres

■ Les bénéficiaires de la CMU-Complémentaire

Au 31 octobre 2015, on dénombre 5,37 millions de bénéficiaires de la CMU-C, pour la France entière, tous régimes confondus.

Les effectifs des bénéficiaires de la CMUC au 31 octobre 2015 *

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	4 246 870	588 192	4 835 062	580 498
Régime social des indépendants	313 869	13 251	327 120	50 713
Régime agricole	120 250	10 279	130 529	22 774
Autres régimes et SLM	66 934	10 957	77 891	23 025
Total Juillet 2015	4 747 923	622 679	5 370 602	677 010

*Données provisoires / Sources : tous régimes

La croissance des effectifs de la CMU-C est de 4,0 % en un an, dont 4,4 % en métropole et 1,3 % dans les Dom. La montée en charge de la mesure de revalorisation exceptionnelle des plafonds au 1^{er} juillet 2013 étant considérée comme terminée, il s'agit d'une évolution conjoncturelle, qui reste assez dynamique pour la métropole.

L'ensemble des régimes est en progression, tandis que le nombre de bénéficiaires dont les droits sont gérés par les organismes complémentaires est en baisse de 5,7 %.

Évolution des effectifs des bénéficiaires de la CMU-C du 31 octobre 2014 au 31 octobre 2015 *

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	+ 4,4 %	+ 1,5 %	+ 4,0 %	- 5,9 %
Régime social des indépendants	+ 5,5 %	+ 16,5 %	+ 5,9 %	- 1,9 %
Régime agricole	+ 7,0 %	- 4,0 %	+ 6,1 %	- 1,9 %
Autres régimes et SLM	- 4,5 %	- 13,3 %	- 5,8 %	- 10,3 %
Total	+ 4,4 %	+ 1,3 %	+ 4,0 %	- 5,7 %

*Données provisoires / Sources : tous régimes

■ Dépense individuelle moyenne des bénéficiaires de la CMU-C, pour la part complémentaire au régime général

Au 31 octobre 2015, la dépense annuelle pour l'ensemble du territoire est de 1 778 M€, elle progresse de 5,4 % sur un an. La dépense unitaire pour l'ensemble du territoire est de 423 €. Elle baisse modérément de 0,8 %. Elle est de 426 € en métropole et de 403 € dans les DOM. Elle est en ralentissement pour 68 départements de la métropole et pour un département d'outre-mer, soit pour 18 des 25 premiers départements en termes de dépense.

La CMU en analyse

■ La dépense de CMU-Complémentaire par bénéficiaire en 2013 et 2014

Le Fonds CMU établit chaque année le coût moyen définitif de la CMU-C par bénéficiaire pour l'année N-2 et réalise une estimation pour l'année N-1. Ce travail s'effectue à partir des données fournies par les différents organismes : caisses nationales de sécurité sociale (CNAMTS, RSI, CCMSA, régimes spéciaux) et organismes complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance, assurances).

On évalue que la CMU-C prend en charge autour de 15 % de la dépense remboursable (hors dépassements et forfaits journaliers d'hébergement), soit autour de 7 % de la dépense pour les soins hospitaliers et de 26 % de la dépense pour les soins de ville.

Les coûts moyens baissent, tant en 2013 qu'en 2014, et leur évolution est inférieure à celle des principaux indicateurs de dépense de santé. Cette baisse est influencée en partie par la forte augmentation des effectifs, les nouveaux bénéficiaires n'ayant pas de dépenses engagées au titre des exercices antérieurs.

En Métropole, les évolutions par poste de dépenses ne sont pas uniformes. Les forfaits pour la prise en charge des dépassements d'honoraires¹ (71 €) croissent de 5,7 %, alors que les médicaments (80 €) diminuent de 3,9 % et les honoraires des généralistes (45 €) de 3,3 %. Les prestations hospitalières (84 €) fléchissent de 2,6 % et le forfait hospitalier d'hébergement (31 €) de 4,6 %.

¹ Forfaits de prise en charge des dépassements pour les prothèses dentaires, l'orthodontie, l'optique et les prothèses auditives.

Les dépenses des 12 derniers mois en trésorerie au 31 octobre 2015 Métropole et Dom

Lieu	Dépenses 12 derniers mois	Indices ACM*	Coût unitaire**	Évolution du coût unitaire
Ville	1 309 396 149 €	6,2 %	311 €	0,1 %
Hôpital	468 695 183 €	3,0 %	111 €	- 3,0 %
Total	1 778 091 332 €	5,4 %	423 €	- 0,8 %

* ACM : année complète mobile

** Coût unitaire : rapport entre la dépense totale et l'effectif moyen annuel des ressortissants de la CNAMTS et des SLM dont la CMU-C est gérée par le régime obligatoire (4 204 575 bénéficiaires)

■ Les bénéficiaires de la CMU de base

Fin septembre 2015, les effectifs de la CMU-B sont de 2,46 millions métropole et Dom (hors ressortissants communautaires et travailleurs frontaliers), soit une évolution de + 5,5 % sur un an. La mise en œuvre de la protection universelle maladie introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 conduira à l'absorption des effectifs de la CMU de base au sein des assurés du régime général. En conséquence, le Fonds CMU interrompra son suivi au 31 décembre 2015.

Les effectifs des bénéficiaires de la CMU de base au 31 octobre 2015

	Métropole	DOM	Total
Régime général	2 076 284	382 987	2 459 271
Évolution des effectifs des bénéficiaires de la CMU de base du 31 octobre 2014 au 31 octobre 2015 *	+ 5,3 %	+ 7,1 %	+ 5,5 %

* Données provisoires - Source : CNAMTS

Le rapport "Coût moyen" analyse l'impact de l'article 22 de la LFSS 2013 pour la deuxième année. En 2014, sur la base de la dépense en trésorerie, pour l'ensemble du territoire, le régime général (426 € - y compris SLM) dépasse de 21 € par bénéficiaire le montant forfaitaire de 405 €. Le régime des indépendants (322 €) et le régime agricole (359 €) se situent respectivement à 83 € et 46 € en deçà du forfait.

Les organismes complémentaires (376 €), se positionnent 29 € en deçà de 405 €. Dans le détail, 99 OC dépassent ce montant, mais ils ne regroupent que 11 % des bénéficiaires gérés par les 320 OC ayant déclaré une dépense au titre de la CMU-C dans leur tableau récapitulatif 2014.

Pour l'exercice 2014, le montant à verser aux régimes obligatoires est de 1 742 M€ et de 275 M€ aux organismes complémentaires. En incluant le versement complémentaire à la CNAMTS, le Fonds CMU prend en charge la totalité de la dépense engagée par les régimes¹ et 99 % de la dépense engagée par les OC.

¹ Hors deux régimes spéciaux

Le rapport est disponible sur www.cmu.fr/rapports_depense_moyenne_cmu.cphp

L'ACS en chiffres

■ Effectifs ACS

1,32 million de personnes ont reçu une attestation ACS sur les 12 derniers mois (à fin octobre 2015).

L'évolution est de + 12,8 % à la CNAMTS sur les 10 premiers mois de l'année, + 5,4 % à la CCMSA et + 3,6 % au RSI (sur les 9 premiers mois de l'année : chiffres estimés en octobre). La hausse globale est de 12,2 %.

La hausse de la délivrance des attestations s'explique par celle des renouvellements. En nombre de bénéficiaires, l'augmentation est de 30,5 % pour les renouvellements contre 1,5 % pour les primo demandeurs. Pour la CNAMTS, il s'agit d'une conséquence des plans d'actions menés par les caisses pour conserver les bénéficiaires dont les droits arrivent à échéance.

A fin août 2015, on dénombre plus de 956 000 utilisateurs d'une attestation de droit à l'ACS (déclarations trimestrielles des OC auprès du Fonds CMU). Ce chiffre montre un léger fléchissement par rapport à fin mai (- 3,0 %). Le Fonds CMU avait cependant anticipé des perturbations sur l'échéance après deux mois de mise en œuvre du nouveau dispositif.

Au 30 novembre, les 11 groupements font état de 319 118 utilisateurs de l'ACS sur les nouveaux contrats (A, B, C). La montée en charge va se faire progressivement, avec un pic à prévoir au 31 décembre 2015 puisqu'une grande majorité de contrats a pour échéance principale cette date.

Parmi les utilisateurs, 24,5 % ont opté pour le contrat A, 35,2 % pour le contrat B, 40,3 % pour le contrat C. C'est un point très positif dans la mesure où la médiocre qualité des contrats était pointée comme un des principaux points faibles de l'ancien dispositif.

■ Délivrance et utilisation des attestations ACS sur les 10 premiers mois de 2015

	Nbre mensuel de bénéfés	Evol en une année (mois à mois) tous régimes	Nbre bénéfés au cours des 12 derniers mois	Nbre d'utilisateurs d'attestations à cette date	Montant annuel déduction
janv.-15	112 231	9,3 %	1 211 840	-	-
févr.-15	105 904	8,8 %	1 220 391	943 756	310 €
mars-15	127 534	31,7 %	1 251 071	-	-
avr.-15	109 040	13,6 %	1 264 164	-	-
mai-15	95 653	2,3 %	1 266 294	985 536	309 €
juin-15	119 062	19,5 %	1 285 707	-	-
juil.-15	109 258	12,6 %	1 297 948	-	-
août-15	91 984	9,3 %	1 305 754	956 164	307 €
sept.-15	107 966	6,3 %	1 312 152	-	-
oct.-15	119 989	9,1 %	1 322 149	-	-

Source : CNAMTS, CCMSA, RSI, OC, Fonds CMU

L'ACS en analyse

■ Le bilan des aides supplémentaires accordées par le régime général en 2014

Les aides complémentaires au dispositif légal ACS et les aides "Effet de seuil ACS" ont diminué entre 2013 et 2014 : 319 097 bénéficiaires (- 15 %) et 32,7 millions d'euros (- 19 %). Ces aides ont représenté 38 % des dépenses relevant de la dotation paramétrique en 2014 (40 % en 2013).

Le fonctionnement en budget provisoire, puis l'annonce pour tenir compte des évolutions réglementaires du dispositif légal ACS, de la baisse des crédits d'action sanitaire et sociale actée dans la COG 2014-2017 ont conduit certains organismes à freiner, voire, arrêter sur le deuxième semestre, leur dispositif de prise en charge systématique d'aides à l'acquisition d'une complémentaire santé. L'année 2014 constitue à ce titre une année de transition.

Le système demeure néanmoins quasi généralisé puisque seules trois

CPAM n'ont alloué aucune de ces deux aides.

63 CPAM ont accordé les deux types d'aides, 32 CPAM n'ont accordé que des aides "Compléments ACS", quatre CPAM que des aides "Effet de seuil".

290 476 personnes (- 14 %) ont bénéficié d'aides "Compléments ACS" pour un montant total de 27,1 millions d'euros (- 16 %). L'aide moyenne sur ce champ est de 93 euros.

28 621 personnes (- 27 %) ont bénéficié d'aides "Effet de seuil" pour un montant total de 5,6 millions d'euros. L'aide moyenne sur ce champ est de 196 euros.

En se basant sur le régime d'appartenance de l'ouvreur de droit, on constate que les principaux bénéficiaires de ces aides sont les chômeurs, les retraités et les salariés.

Source : CNAMTS

Fréquence OC

■ Une assiette de la TSA en hausse de + 2,8 % sur les 9 premiers mois de l'année

Sur les neuf premiers mois de l'année, l'assiette de la TSA évolue de + 2,8 % (T1 : + 4,0 %, T2 : + 1,1 %, T3 : + 2,8 %). En année glissante, le montant de l'assiette atteint 35 milliards d'euros.

Assiette de la TSA déclarée par les OC en 2014 / 9 premiers mois de 2015 - Chiffres bruts (en milliers d'euros)

	T1 2015	T2 2015	T3 2015	Evol 9M 2015
Mutuelles	5 109 556	4 383 854	4 409 562	1,6 %
IP	1 553 345	1 461 010	1 577 613	1,6 %
Assurances	3 625 691	2 050 684	2 115 746	5,5 %
Total	10 288 592	7 895 548	8 102 921	2,8 %

Source : OC / Fonds CMU

■ La liste des organismes gérant la CMU-C pour 2016

La liste des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU-C pour l'année 2016 est disponible sur le site www.cmu.fr et sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité du 15 février prochain.

Pour l'année 2016, 273 organismes complémentaires sont volontaires pour gérer la CMU-C (contre 321 en 2015).

17 organismes se sont retirés volontairement de la liste. Les autres retraits sont principalement dus à des opérations de fusion-absorption entre organismes.

Textes à la une

■ LFSS 2016

La loi n°2015-1702 de financement de la sécurité sociale pour 2016 a été publiée au Journal officiel du 22 décembre 2015.

Présentation des principales mesures :

■ La mise en place d'une protection universelle maladie (article 59)

Les conditions d'ouverture des droits à l'assurance maladie sont fortement simplifiées : toute personne qui travaille ou, lorsqu'elle n'a pas d'activité professionnelle, réside en France de manière stable et régulière disposera du droit à l'assurance maladie. Cette réforme supprime progressivement la notion d'ayant droit, chaque assuré majeur aura son propre compte d'assuré social. Les démarches sont simplifiées en cas de déménagement ou de changement de situation professionnelle.

■ La labellisation de contrats de complémentaire santé pour les personnes âgées de 65 ans et plus (article 33)

Un label est institué à compter du 1^{er} janvier 2017 afin d'identifier les contrats de complémentaire santé à destination des personnes âgées de 65 ans et plus, offrant à des prix accessibles des garanties adaptées à la situation de ces personnes. Ces contrats bénéficieront d'un crédit d'impôt au titre de la TSA égal à 1 % des primes hors taxes acquittées par les personnes adhérentes au contrat.

■ La création d'une aide individuelle pour le financement d'une complémentaire santé des travailleurs précaires (article 34)

Cet article prévoit le versement direct par l'employeur, d'une somme dédiée au financement d'une complémentaire santé aux salariés en contrat à durée déterminée, en contrat de mission ou à temps partiel. Cette somme ne pourra pas être cumulée avec d'autres dispositifs d'aide à l'accès à la complémentaire santé.

■ Instauration d'une dispense d'adhésion de plein droit à un contrat collectif obligatoire pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS (article 34)

L'article 34 prévoit la publication d'un décret fixant les catégories de salariés pouvant se dispenser, à leur initiative, de l'obligation de couverture, eu égard à la nature ou aux caractéristiques de leur contrat de travail ou au fait qu'ils disposent par ailleurs d'une couverture complémentaire. Seront notamment visés dans ce décret les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS pour lesquels une dispense d'adhésion à un contrat collectif obligatoire est actuellement possible uniquement lorsque l'acte juridique ayant institué les garanties collectives obligatoires le prévoit.

■ Modalités de résiliation dérogatoires des contrats de complémentaire santé pour les bénéficiaires de l'ACS (article 61)

À titre exceptionnel et jusqu'au 30 juin 2016, une personne bénéficiant de l'ACS et ayant renouvelé, après le 30 juin 2015, un contrat ne figurant pas sur la liste des contrats éligibles à l'ACS peut demander la résiliation de ce contrat à tout moment, sans frais ni pénalités. Cette possibilité de résiliation est conditionnée à la souscription d'un contrat figurant sur cette même liste. La résiliation prend effet au plus tard le premier jour du deuxième mois suivant l'envoi à l'organisme assureur d'une lettre recommandée à laquelle est jointe une attestation de souscription d'un contrat figurant sur ladite liste.

■ Autres dispositions

- Passage de 7 à 14 % du taux de la TSA applicable aux contrats concernant les personnes non prises en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie (article 27)
- Prolongation d'un an de la contribution des organismes complémentaires au développement des nouveaux modes de rémunération des médecins (article 36)
- Date de revalorisation du plafond d'attribution de la CMU-C et de l'ACS fixée au 1^{er} avril et mise en place d'un bouclier garantissant le maintien des prestations à leur niveau antérieur en cas d'inflation négative (article 89)

■ Loi de modernisation de notre système de santé

Le projet de loi a été définitivement adopté le 17 décembre 2015. À l'heure où nous rédigeons le texte a fait l'objet d'une saisine du Conseil constitutionnel.

Deux principales mesures concernent les dispositifs gérés par le Fonds CMU.

■ Lutte contre les refus de soins

L'article 85 confie aux ordres professionnels concernés le soin d'évaluer "en lien avec des associations de patients agréées en application de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique et selon des modalités précisées par décret, le respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins, mentionné à l'article L. 1110-3 du code de la santé publique, par les membres de l'ordre" et "de mesurer l'importance et la nature des pratiques de refus de soins par les moyens qu'il juge appropriés".

■ Encadrement des tarifs des prestations d'optique et de soins dentaires prothétiques et orthodontiques délivrés aux bénéficiaires de l'ACS

L'article 86 prévoit que les partenaires conventionnels se voient confier le pouvoir de fixer les tarifs maxima applicables aux bénéficiaires de l'ACS pour les biens concernés ; à ce titre, les négociations pourraient aboutir à fixer des tarifs distincts pour les bénéficiaires de l'ACS de ceux applicables aux bénéficiaires de la CMU-C.

■ Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a été publiée au Journal officiel du 29 décembre 2015. Son article 40 prévoit le renouvellement automatique de l'ACS pour les bénéficiaires de l'ASPA ou de l'une des allocations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse.

Études et Rapports

■ L'état de santé et la consommation des bénéficiaires de la CMU-C

La CNAMTS, dans son rapport "Charges et produits 2016" a apporté des éléments sur l'état de santé et la dépense remboursable¹ des bénéficiaires de la CMU-C. L'analyse des pathologies traitées montre que la fréquence des pathologies chroniques est plus élevée dans la population des bénéficiaires de la CMU-C que dans la population

générale (hors ACS). À structure démographique identique, la fréquence des maladies psychiatriques (52,9 / 1 000) est 2,4 fois supérieure à celle observée pour la population du régime général, celle du diabète (42,4 / 1 000) l'est 2,2 fois et celle des maladies du foie ou du pancréas (15,2 / 1 000) 2,9 fois. Bien que la fréquence du VIH ou Sida soit plus faible (4,9 / 1 000), elle est 2,5 fois plus élevée que pour la population du régime général.

¹ La base des dépenses remboursables permet de neutraliser les différences de taux de remboursement.

Sur la base des dépenses remboursables, d'une manière cohérente avec le constat des prévalences de pathologies supérieures à la moyenne, le montant moyen par consommant du poste² est supérieur pour les bénéficiaires de la CMU-C, aussi bien pour la ville que pour l'hôpital. Pour la ville, il est de 993 €, 1,4 fois supérieur à celui du régime général (729 €) et pour l'hôpital, il est de 3 055 €, soit 1,7 fois de plus qu'au régime général (1 746 €).

● *Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2016 - Juillet 2015*

■ L'état de santé et la consommation des bénéficiaires de l'ACS

Le même rapport "Charges et produits 2016" de la CNAMTS permet, pour la première fois, de dresser un portrait de la population ACS en termes d'état de santé et de recours aux soins.

L'étude porte sur l'année 2012 et compare, pour les personnes âgées de moins de 60 ans³, la situation des bénéficiaires de l'ACS⁴ (732 000 personnes, 1,6 % de la population) avec celle des 4,4 millions de bénéficiaires de la CMU-C (9,7 %) et du reste de la population du régime général, soit 40,2 millions de personnes (88,7 %). Pour ce faire, les données du SNIIRAM ont été enrichies de l'information relative au bénéfice de l'ACS⁵.

Une population bénéficiaire de l'ACS hétérogène en termes d'état de santé

Les bénéficiaires de l'ACS sont plus souvent pris en charge par une ALD (24 % après ajustement sur l'âge et le sexe) que ceux de la CMU-C (11 %) et que surtout, du reste de la population (8 %).

Aussi, à structure de population identique, la fréquence des grandes catégories de pathologies est toujours plus élevée dans la population ACS que dans la population générale : 6,2⁶ fois plus élevée pour les maladies psychiatriques, 2,4 fois plus élevée pour le diabète. Cela vaut également si on la compare avec la population CMU-C, même si les écarts sont alors nettement plus faibles : 2,5 fois plus élevée pour les maladies psychiatriques, 1,1 pour le diabète.

On pourrait supposer que la sur-morbidité constatée pourrait découler d'un "effet de sélection"⁷. Toutefois, l'étude montre que la fréquence plus élevée des pathologies au sein de l'ACS se concentre sur les personnes titulaires de l'AAH ou d'une prestation d'invalidité "versées en raison d'un état de santé dégradé". En excluant ces 2 deux populations, les écarts entre population ACS et CMU-C "tendent à disparaître, voire même s'inversent dans certains cas"⁸.

Des niveaux de dépenses qui reflètent l'état de santé observé

Les dépenses annuelles moyennes remboursables par bénéficiaire sont très supérieures dans le cas de l'ACS : 4 800 euros par an, contre 2 460 euros pour les bénéficiaires de la CMU-C et 1 740 euros pour le reste de la population couverte par le régime général.

Pour les soins de ville, l'écart est de 35 % par rapport à la CMU-C et de 84 % par rapport au reste de la population. En hospitalisation, il est respectivement de 114 % et de 376 %.

Les écarts proviennent surtout de l'hospitalisation des bénéficiaires de l'AAH et de pensions d'invalidité, avec de très fortes dépenses en service de psychiatrie : 1 900 euros en moyenne par bénéficiaire de l'ACS versus 232 euros si au sein de l'ACS, on retranche les bénéficiaires de ces 2 dispositifs.

L'étude souligne en revanche que pour la population ACS "hors AAH et pensions d'invalidité", dont l'état de santé est proche de celui de la CMU-C, les dépenses sont inférieures à la CMU-C (1 899 euros versus 2 461 euros), et proches du reste de la population (1 742 euros).

Une estimation du reste à charge pour les bénéficiaires de l'ACS couverts par une complémentaire santé

Faute de pouvoir disposer de données détaillées reliant les remboursements de l'assurance obligatoire et des assurances complémentaires, la CNAMTS a utilisé des techniques de simulation statistique en s'appuyant sur les caractéristiques des contrats ACS présentées dans l'enquête annuelle du Fonds CMU.

Sur cette base, la CNAMTS a estimé que la dépense totale d'un bénéficiaire de l'ACS couvert par une complémentaire s'élève en moyenne à 5 900 euros, pris en charge à hauteur de 91 % par l'Assurance Maladie (5 401 euros). Ce taux très élevé⁸ est cohérent avec la proportion importante de personnes en ALD dans cette population.

Les 9 % restant se répartissent entre assureurs complémentaires (7 % et 410 euros) et reste à charge final pour les personnes (2 % et 115 euros). Le reste à charge moyen final recouvre néanmoins de fortes disparités.

Les restes-à-charge sont surtout élevés pour les soins prothétiques dentaires, les appareils de surdité même si les taux de recours sont faibles sur ces postes. La CNAMTS rappelle qu'ils sont la conséquence de faibles niveaux de garantie des contrats couvrant les bénéficiaires de l'ACS (cf. Enquête annuelle sur le prix et le contenu des contrats ACS, Fonds CMU).

En 2012, les bénéficiaires auraient consacré 7 % de leurs ressources pour se soigner en l'absence de couverture complémentaire. Pour la même consommation, sans ACS mais avec une complémentaire santé, le taux d'effort grimpe à 9,4 % (le ratio Sinistres/Primes est estimé à 70 %). Grâce à l'aide, le taux d'effort descend à 5 %, à 4,1 % pour ceux qui bénéficient des aides complémentaires versées par les caisses sur leurs fonds d'Action sociale.

Conclusion : Les résultats de l'étude nous apprennent que l'ACS est d'autant plus nécessaire que les populations concernées sont atteintes de pathologies lourdes et chroniques. L'aide permet d'atténuer le taux d'effort qu'elles consentent pour se soigner. La réforme de l'ACS devrait pour sa part améliorer le rapport qualité-prix des contrats proposés.

● *Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2016 - Juillet 2015*

■ La consommation de soins et la mortalité des bénéficiaires de la CMU-C dans les DOM – étude CNAMTS 2015

L'enjeu est de mesurer si le moins bon état de santé des bénéficiaires de la CMU-C, constaté en métropole, se mesure aussi dans les Dom et en quoi, compte tenu de la forte densité de bénéficiaires dans les Dom, ces derniers peuvent influencer sur l'écart de santé également noté entre la métropole et les Dom.

Le SNIIRAM⁹ a permis de repérer, pour l'année 2012, les pathologies prises en charge à l'aide d'algorithmes, ainsi que la mortalité des assurés du régime général âgés de moins de 60 ans, tranche d'âge éligible à la CMU-C. Des risques relatifs standardisés sur l'âge et le sexe entre bénéficiaires ou non de la CMU-C ont été calculés dans chaque Dom. La part des différences d'état de santé entre Dom et métropole expliquée par le bénéfice d'une CMU-C a été estimée. Les effectifs étudiés étaient de 244 896 en Guadeloupe, 237 320 en Martinique, 112 423 en Guyane, 571 324 à La Réunion et 36 millions en France métropolitaine. Dans ces Dom, les proportions de bénéficiaires de la CMU-C étaient respectivement de 35 %, 35 %, 54 % et 50 % versus 11 % en métropole. Dans chaque Dom, les bénéficiaires de la CMU-C présentaient des taux de mortalité plus importants (RR : 1,6 ; 1,9 ; 2,2 ; 1,7 respectivement) et plus fréquemment des pathologies prises en charge repérées dans le SNIIRAM.

Certaines pathologies avec une consommation de soins plus élevée chez les bénéficiaires de la CMU-C de chaque DOM correspondent à celles classiquement reliées à un faible niveau de ressources (AVC, infection à VIH, diabète, maladies psychiatriques...), mais aussi aux déterminants et facteurs de risque associés à ce faible niveau de ressources.

Dans chaque Dom, à structure d'âge et sexe comparable, les bénéficiaires de la CMU-C de moins de 60 ans ont un état de santé moins bon que celui du reste de la population mais, même si la proportion de bénéficiaires de la CMU-C est plus importante dans les Dom qu'en métropole, cette surreprésentation n'explique pas à elle seule les différences d'état de santé entre les Dom et la métropole.

● *INVS - Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 38-39 - 24 novembre 2015*

² Montants moyens ajustés sur l'âge et le sexe, pour les moins de 60 ans

³ Les plus âgés sont très peu nombreux dans la population CMU-C

⁴ Ont été exclus de l'étude les 336 milliers de personnes ayant bénéficié successivement des deux dispositifs ACS et CMUC en 2012

⁵ Droits ouverts à l'ACS, sans que l'on sache si l'attestation a été utilisée ou non pour l'acquisition d'une complémentaire

⁶ Risque relatifs ajustés sur l'âge et le sexe

⁷ Ce sont ceux qui ont le plus besoin de soins qui font la demande d'aide

⁸ D'après les comptes nationaux de la santé en 2014 (DREES), la part du financement de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), c'est-à-dire la valeur totale des biens et services qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé est de 77 %

⁹ SNIIRAM : Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie

Du côté des associations

■ Le rapport 2014 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde

L'observatoire de l'accès aux soins a été créé en 2000. Les patients interrogés sont ceux accueillis dans les Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation (Caso). Ces centres, au nombre de 20, sont ouverts à toute personne en difficulté d'accès aux soins, il n'y pas de contrainte de rendez-vous. Des consultations de médecine générale et spécialistes y sont dispensées, des infirmiers, des travailleurs sociaux sont également présents, ainsi que des psychologues dans certains centres.

En 2014, 40 790 consultations médicales et plus de 22 000 consultations sociales ont été effectuées concernant 28 517 patients.

Le rapport révèle qu'en 2014, 14,8 % des consultants ont effectivement des droits ouverts lors de leur première consultation.

80 % des consultants ont des droits théoriques à une protection sociale : 25,7 % au titre de la CMU de base, 49,8 % au titre de l'AME, 4,6 % au titre d'un système de protection sociale d'un autre pays européen. 19,9 % ne relèvent d'aucun dispositif.

Les obstacles mentionnés par les patients dans l'accès aux soins sont avant tout liés aux difficultés administratives et à la complexité des démarches

(33 %), ainsi qu'à la méconnaissance des droits et des dispositifs auxquels ils peuvent prétendre (28 % des patients). 17 % des personnes évoquent l'impossibilité de recourir aux soins ou d'obtenir des droits en raison des différents critères exigés, et en particulier l'obligation de fournir des preuves de présence en France depuis au moins trois mois (soit qu'ils ne disposent pas de telles preuves, soit qu'ils résident en France depuis moins longtemps). À ces obstacles s'ajoutent les délais d'instruction particulièrement longs, cités par 7 % des personnes.

En 2014, 17 % des personnes reçues dans les Caso indiquent avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois. Le rapport évoque que dans cette population, le renoncement aux soins est avant tout motivé par l'absence de couverture maladie, les difficultés financières ou lié au fait que les personnes ont d'autres priorités telles que la recherche d'un logement ou d'un repas. En effet, il est reconnu que pour les personnes en situation précaire, les questions de santé peuvent passer au second plan des préoccupations. Ainsi, plus de 40 % des personnes reçues en consultation médicale dans les Caso présentaient, selon les médecins, un retard de recours aux soins et 26 % se trouvaient dans un état de santé nécessitant des soins urgents ou assez urgents.

Le rapport est disponible sur le site www.medecinsdumonde.org

Ils se sont réunis

■ Conseil d'administration

Le conseil d'administration du Fonds CMU s'est réuni le 30 novembre dernier, sous la présidence de Véronique Wallon, directrice générale de l'ARS d'Auvergne-Rhône-Alpes.

Au cours de cette séance, le conseil d'administration a approuvé le budget initial pour l'exercice 2016. Les états budgétaires ont été présentés en "mode GBCP", c'est-à-dire en intégrant la réforme du cadre général qui structure la gestion budgétaire et comptable de l'État et de ses opérateurs.

Pour l'exercice 2016, les recettes totaliseraient 2 610 M€ en 2016, soit une évolution de + 2,3 % par rapport à l'année 2015 (2 247 M€ de taxe de solidarité additionnelle et 363 M€ de taxe sur les tabacs).

Sans tenir compte des mesures retenues dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, les dépenses de gestion technique du Fonds devraient atteindre 2 650 M€ en 2016, soit une évolution de + 4,7 % par rapport à l'année 2015. Traduite dans le budget du Fonds, cette somme se décompose en 1 930 M€ de versements aux régimes de base et 629 M€ de déductions des organismes complémentaires. Il convient également d'ajouter le reste à charge de la CNAMTS sur les dépenses engagées au titre de la CMU-C, estimé à 91 M€ en 2016.

Le résultat 2016 avant reversement complémentaire à la CNAMTS s'établirait à 50 M€.

Le conseil d'administration a également été tenu informé des travaux menés par le Fonds fin 2015 ayant conduit à la refonte de l'ensemble des procédures internes, notamment celles portant sur les contrôles.

■ Conseil de surveillance

Le conseil de surveillance du Fonds CMU a tenu sa seconde réunion de l'année le 17 décembre 2015, sous la présidence de Gérard Bapt, député de la Haute Garonne.

Monsieur Christian Fatoux, directeur de la caisse primaire d'assurance maladie du Gard, a été invité au cours de cette séance pour présenter un point sur l'expérimentation locale de prise en charge des situations de renoncement aux soins des populations en situation de pauvreté.

Une discussion s'est ensuite ouverte sur principales mesures législatives issues du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 ayant un impact sur le Fonds CMU.

Le Fonds a également présenté son dernier rapport sur la dépense de CMU-C par bénéficiaire en 2013 et 2014 ainsi que les données disponibles sur l'ACS, dans le contexte de la réforme du dispositif intervenue le 1^{er} juillet dernier.

Pour plus d'informations : www.cmu.fr

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 : Raphaëlle Verniolle -

Réalisation et impression : Ateliers J. HIVER - 156, rue Oberkampf - 75011 PARIS - ISSN : 1623-4936 Dépôt légal : Janvier 2016