

Chapitre VII

La gestion de la couverture maladie universelle complémentaire

PRESENTATION

La loi du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle entendait répondre, d'une part au défaut de couverture d'une partie de la population par un régime de base et, d'autre part, à la difficulté pour les personnes démunies et non couvertes par une assurance complémentaire d'accéder, pour des raisons financières, à certains soins. Elle créait, pour les résidents de la France métropolitaine et des départements d'outre mer, deux dispositifs pouvant se cumuler :

- *une couverture maladie de base pour toute personne résidant depuis plus de trois mois sur le territoire français et non couverte à un autre titre. Cette protection est dénommée couverture maladie universelle sur critère de résidence (CMU). Elle universalise l'accès à la couverture maladie de base pour les personnes qui ne sont rattachées à l'assurance maladie obligatoire ni sur le fondement d'une activité professionnelle (assuré), ni en qualité d'ayant droit. Elle concerne aujourd'hui près de 1,7 million de bénéficiaires mais ne sera pas examinée dans la présente insertion consacrée à la seule couverture maladie complémentaire.*
- *une couverture maladie complémentaire gratuite pour les personnes disposant de ressources inférieures à un plafond. Cette protection est dénommée couverture maladie universelle complémentaire (CMUC). Elle concerne aujourd'hui 4,8 millions de bénéficiaires.*

La loi du 13 août 2004 a complété ce dispositif en créant pour les personnes dont les revenus se situent entre le plafond CMUC et le plafond CMUC majoré de 15 % une aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire maladie. Cette aide concerne aujourd'hui 200 000 personnes.

Le financement de la CMUC repose pour partie sur la création d'une contribution nouvelle et pour partie sur une subvention d'équilibre financée par le budget de l'Etat. Les transferts financiers sont organisés par un établissement public administratif créé en 2000, dénommé fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, dit fonds CMU.

La Cour, dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2001, avait étudié les conditions de la mise en œuvre de la loi du 27 juillet 1999. Elle avait constaté que celle-ci était intervenue dans des délais très brefs et formulait sept recommandations. L'une d'entre elles concernait le passage de l'aide médicale départementale à la CMUC, question aujourd'hui résolue. Une autre concernait le plafonnement des soins dentaires. Ce plafonnement a été supprimé. Les cinq autres recommanda-

tions restent partiellement ou totalement d'actualité. Elles seront examinées dans les développements ci-dessous.

I - La CMUC, un dispositif sur critère de ressources

A la fin des années 1990, une partie de la population connaissait, malgré la généralisation progressive de l'assurance maladie, des problèmes d'accès aux soins pour des raisons financières. Les remboursements de l'assurance maladie laissent en effet à la charge de l'assuré le ticket modérateur, les dépassements d'honoraires et une partie des prestations facturées quand il n'existe pas de tarif opposable (lunetterie, prothèses dentaires...). A cela s'ajoute la nécessité, dans notre système de soins, de faire l'avance des frais.

Pour une forte proportion de la population, ces dépenses sont prises en charge par un assureur complémentaire, mutuelle, institution de prévoyance ou société d'assurance, souvent en lien avec l'activité professionnelle. Mais, en 1999, on évaluait à 14 % la proportion d'assurés sociaux dépourvus de protection complémentaire.

La CMUC a été mise en place afin de supprimer ces freins à l'accès aux soins. Il s'agit d'une couverture complémentaire maladie dont bénéficient gratuitement les personnes disposant de ressources inférieures à un plafond. Les droits sont ouverts par les organismes d'assurance maladie obligatoire, mais les bénéficiaires peuvent ensuite choisir l'opérateur de leur couverture complémentaire (CPAM, société d'assurance, institution de prévoyance ou mutuelle).

La CMUC est une prestation attribuée sous condition de ressources. Le législateur avait renvoyé au pouvoir réglementaire la détermination de cette condition (composition de la famille, définition des ressources à prendre en compte et détermination du plafond). La loi de finances pour 2003 a encadré l'évolution de ce plafond en prévoyant que la révision qui intervient chaque année au 1^{er} juillet « tient compte de l'évolution prévisible des prix de l'année civile en cours, le cas échéant corrigée de la différence entre le taux d'évolution retenu pour fixer le plafond de l'année précédente et le taux d'évolution des prix de cette même année ».

Le montant du plafond de ressources pour une personne seule est fixé à 598,23 € mensuels depuis le 1^{er} juillet 2006¹⁷³. Ce plafond est

173. Le seuil de pauvreté était de 645 €/mois en 2003 à 50 % du revenu médian (Observatoire de la pauvreté et de l'exclusion sociale).

augmenté de 50 % au titre de la deuxième personne membre du foyer, de 30 % au titre de la troisième et de la quatrième personne et de 40 % par personne supplémentaire à compter de la cinquième personne.

Aux termes des articles R. 861-6 et 7 du code de la sécurité sociale, les revenus du demandeur sont majorés d'une somme forfaitaire représentative des aides au logement perçues ou de l'avantage que représente l'occupation d'un logement à titre gratuit ou par son propriétaire.

Ce forfait logement est de 12 % du montant mensuel du RMI pour une personne seule, de 14 % pour les foyers de deux personnes et plus. L'application de ce forfait ramène à 547,18 € le montant du plafond de ressources d'une personne seule pour bénéficier de la CMUC.

L'article 155 de la loi de finances pour 2006 est venu compliquer à l'extrême ce dispositif. Il augmente son montant en portant le taux de 14 % à 16 % du RMI pour les foyers de deux personnes et de 14 à 16,5 % pour les foyers de trois personnes et plus. Cette mesure ne s'applique cependant qu'aux nouveaux entrants et ne concerne que les bénéficiaires d'aides personnelles au logement (les modalités d'appréciation forfaitaire des avantages en nature procurés par le logement restant inchangées).

Cette mesure réduit le plafond de ressources ouvrant droit à la CMUC pour tous les foyers à l'exception des célibataires. Elle a un impact maximum pour les foyers de trois personnes et et a ramené le plafond, durant le 1^{er} semestre 2006, à un niveau inférieur à celui existant avant la majoration du 1er juillet 2005 (930,56 € contre 931,73 € au 30 juin 2005).

Plafond de ressources mensuelles depuis le 1^{er} juillet 2006 pour un nouveau demandeur

Taille	Célibataire	Couple seul	Couple avec 1 enfant	Couple avec 2 enfants	Couple avec 3 enfants
Plafond brut (€/mois)	598,23	897,345	1076,81	1 256,28	1 495,575
Forfait logement de l'article 155 de la LFSS 2006	51,05	102,1	126,34	126,34	126,34
Plafond net (€/mois)	547,18	795,245	950,474	1 129,943	1 369,235

Source : Cour des comptes.

Cette disposition de la loi de finances répond mal au souci de cohérence invoqué dans l'exposé des motifs de la loi. Elle introduit en effet des barèmes différents selon qu'il s'agit d'une première demande ou d'un renouvellement.

Son effet immédiat est d'abaisser le plafond de ressources pour bénéficier de la CMUC et donc de limiter la dépense. Il est attendu de cette mesure, ainsi circonscrite aux nouveaux entrants, une économie estimée à 7 M€ soit une exclusion de plus de 20 000 bénéficiaires¹⁷⁴, prioritairement des familles avec enfants, en contradiction avec les engagements pris par le Gouvernement au printemps 2005 d'admettre 300 000 enfants supplémentaires dans le dispositif.

L'ensemble de ce dispositif gagnerait donc à être simplifié et rendu plus cohérent.

II - L'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire

Dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2001, la Cour recommandait d'étudier la réalité d'un effet de seuil lié aux revenus et d'évaluer les mesures prises par la loi pour atténuer cet effet. Bien que cette évaluation n'ait pas été réalisée, des dispositifs ont été mis en place pour atténuer cet effet de seuil, d'abord à l'initiative de l'assurance maladie puis par la loi du 13 août 2004. Ils complètent la disposition initiale de la loi sur la CMUC sur les contrats de sortie.

A – L'échec des contrats de sortie

L'article 23 de la loi du 27 juillet 1999 prévoit qu'à l'expiration de son droit aux prestations de la CMUC, le bénéficiaire qui avait choisi de faire gérer ses prestations par une mutuelle, une société d'assurance ou une institution de prévoyance reçoit de cet organisme la proposition de prolonger sa couverture ou son contrat pour une période d'un an avec les mêmes prestations. Les ressources du bénéficiaire ne sont alors soumises à aucun plafond.

Le tarif du contrat est fixé réglementairement. L'arrêté du 27 avril 2001 l'a fixé au montant de la somme annuelle dont bénéficient les organismes complémentaires pour la gestion d'un contrat de bénéficiaire de la CMUC (soit 340 € en 2006). Il est majoré de 90 % lorsqu'un second

174. Sur la base de 340 € par bénéficiaire.

adulte est couvert par le contrat et de 50 % pour les trois personnes suivantes. Au delà de cinq personnes, le tarif est plafonné au montant prévu pour cinq personnes.

Le contrat couvre les mêmes prestations que la CMUC mais les professionnels de santé ne sont pas tenus par les limitations de tarif imposées pour les bénéficiaires de la CMUC. Ainsi, par exemple, un médecin de secteur 2 doit respecter le tarif de responsabilité pour un bénéficiaire de la CMUC mais peut appliquer un dépassement pour les personnes couvertes par un contrat de sortie.

Selon l'étude réalisée par le fonds CMU pour mesurer la portée de ce dispositif d'accompagnement de la sortie de la CMUC, seuls 8 % des bénéficiaires potentiels ont choisi de signer un contrat de sortie. Le fait que l'organisme assureur mène ou non une politique active de promotion de ce contrat semble n'avoir eu aucun effet sur le taux d'adhésion des bénéficiaires potentiels.

B – La lente montée en charge du crédit d'impôt

La loi du 13 août 2004 a instauré un dispositif d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire, dite de crédit d'impôt géré par le fonds CMU. Il s'est substitué à compter du 1^{er} janvier 2005 au dispositif précédemment mis en place par les régimes d'assurance maladie et distinct des contrats de sortie. Il reste cependant financé par le fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS) des régimes obligatoires.

Le plafond de ressources pour bénéficier de cette aide est fixé au plafond CMUC majoré de 15 %. Les bénéficiaires potentiels font la demande de l'aide auprès de leur CPAM qui leur délivre une attestation valable six mois à remettre à l'assureur ou mutuelle de leur choix contre la souscription d'une assurance qu'ils choisissent également librement, sous réserve qu'il s'agisse d'un contrat « responsable¹⁷⁵ ». L'organisme complémentaire se fait régler par le fonds CMU le montant de l'aide porté sur l'attestation en le déduisant par précompte de la contribution de l'organisme au titre des assurances maladies complémentaires. Le « crédit

175. Il s'agit de contrats d'assurance maladie complémentaire soumis aux dispositions de la loi du 13 août (article L. 871-1 du CSS) visant à responsabiliser les assurés et à instituer un parcours de soins. Sous peine de perdre le bénéfice d'aides publiques, les mutuelles, sociétés d'assurance ou institutions de prévoyance ne doivent pas prendre en charge les pénalités financières (minoration des remboursements ou majoration des honoraires) subies par les assurés en cas de non respect du parcours de soins.

d'impôt » est donc en réalité une déduction qu'opère l'organisme complémentaire sur sa contribution au fonds CMU.

Le montant de l'aide correspond à une réduction de la prime annuelle d'assurance complémentaire que l'assuré devrait payer à l'organisme s'il ne bénéficiait d'aucune aide. Il est fonction de l'âge du bénéficiaire. La prise en compte de l'âge dans la définition de l'aide constitue une modification de principe importante puisqu'elle équivaut à reconnaître une tarification du risque lié à l'âge.

Les effets de ce dispositif étant restés modestes, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 (art 53-2) a relevé le montant de la participation financière annuelle allouée aux personnes pour souscrire une assurance complémentaire santé à 100 € pour les moins de 25 ans au lieu de 75 €, 200 € pour les personnes âgées de 25 à 59 ans au lieu de 150 €, 400 € pour les personnes âgées de plus de 60 ans au lieu de 250 €, sans qu'il ait été procédé à une évaluation préalable de l'efficacité d'une telle augmentation sur le taux de recours.

A la suite de cette revalorisation, l'aide de 400 € attribuée aux plus de 60 ans est supérieure au montant de 340 € que les pouvoirs publics consacrent directement à la CMUC. Le taux de reste à charge sur la prime d'assurance reste toutefois significatif¹⁷⁶. Pour un couple de plus de 60 ans recevant une aide de 800 € le reste à charge sur un contrat d'un coût annuel de 1 371 € s'élève donc à 571 €, soit près d'un demi mois de leurs ressources au titre du minimum vieillesse (1 094,80 €/mois)¹⁷⁷.

La direction de la sécurité sociale estime à deux millions le nombre de personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond CMUC et le plafond majoré de 15 % parmi lesquelles 620 000 bénéficiaires du minimum vieillesse. Fin 2005, 400 000¹⁷⁸ personnes avaient demandé une attestation à remettre à leur assurance, 200 000 bénéficiaires l'avaient utilisée¹⁷⁹. 41 % avaient moins de 25 ans, 45 % de 25 à 59 ans, 14 % plus

176. Toutefois, pour les plus de 60 ans répondant aux conditions de plafond de ressources pour lesquels l'aide a été portée à 400 € le contrat de sortie CMUC dont le prix est limité à 340 € est gratuit.

177. Calcul effectué à partir des données recueillies par le fonds CMU dans son enquête relative à l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire.

178. A compter du 1^{er} janvier 2006, les personnes effectuant une première demande seront distinguées de celles procédant à un renouvellement.

179. Les statistiques du fonds CMU reprennent les chiffres des remontées trimestrielles de demandes des organismes complémentaires : 178 335 demandes avaient été enregistrées au 30 novembre 2005, 203 000 en février 2006.

de 60 ans soit 24 000 bénéficiaires ou au plus 4 % des bénéficiaires du minimum vieillesse¹⁸⁰.

Le montant du reste à charge n'est certainement pas étranger à la faible diffusion de ce dispositif. Cependant, si l'on considère que la moitié de la population cible de deux millions de personnes pourrait bénéficier déjà d'une couverture complémentaire ouvrant droit à cette mesure¹⁸¹, le nombre de bénéficiaires de cette aide aurait dû être supérieur à 1 million de bénéficiaires par effet de substitution.

Cette aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire ne paraît donc pas avoir connu la diffusion escomptée à moins que la population située entre le plafond de ressources CMUC et ce plafond augmenté de 15 % n'ait été surévaluée. De surcroît, il semble bien que cette aide soit surtout proposée aux personnes qui ont demandé à bénéficier de la CMUC mais dont les ressources excèdent le plafond.

Ce dispositif a permis toutefois de désamorcer le débat sur les effets de seuil et l'exclusion des titulaires de minima sociaux.

*

* *

La compréhension des deux dispositifs d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire présentés ci-dessus est d'autant plus difficile qu'ils peuvent se cumuler pour une même personne alors même que les conditions mises à leur accès et les avantages qu'ils comportent diffèrent :

- les prix des contrats de sortie sont imposés par les textes, mais le crédit d'impôt consiste seulement en une aide financière à la souscription d'un contrat dans les conditions de l'offre du marché ;
- dans le cas d'un contrat de sortie, les prestations sont celles couvertes par la CMUC mais les tarifs des biens et services ne sont pas plafonnés. Dans le cas des contrats souscrits avec un crédit d'impôt, les prestations sont celles que le souscripteur choisit librement dans l'offre du marché.

180. Cette proportion est largement estimée, le minimum vieillesse étant acquis à 65 ans sauf en cas d'inaptitude reconnue (11 % des bénéficiaires).

181. Selon l'enquête santé protection sociale 2002, 55,3 % des ménages disposant d'un revenu inférieur à 550 € par unité de consommation étaient couverts par une assurance maladie complémentaire privée hors CMUC, 70 % dans la tranche de revenus entre 550 € et 690 € par unité de consommation.

- le contrat de sortie ne dure qu'un an alors que le crédit d'impôt qui n'est pas réservé à une personne sortant de la CMUC peut être accordé tant que la personne remplit la condition de ressources.

De plus, la souscription d'un contrat de sortie dont le coût est plafonné à 340 € peut être financée par le crédit d'impôt si la personne remplit la condition de ressources. Elle bénéficiera alors à la fois d'une souscription à tarif réduit, voire gratuit et des prestations de la CMUC, mais avec les tarifs de droit commun.

La lente montée en charge du crédit d'impôt et l'échec relatif des contrats de sortie, malgré des aides conséquentes en valeur absolue montrent que ces dispositifs sont illisibles. Ils ne sont donc pas adaptés à la population concernée. Le rapport sur les personnes en marge de la CMUC, tel que prévu par la loi du 13 août 2004, devrait déboucher sur une réforme de ces dispositifs.

Ceux-ci doivent être réformés et remplacés par un dispositif plus simple en gestion et plus lisible pour les usagers.

III - L'accès aux soins

A – Les prestations couvertes par la CMUC

1 – Les modalités de prise en charge des soins

La CMUC offre à ses bénéficiaires une prise en charge de l'ensemble des dépenses de soins remboursables. Elle couvre le ticket modérateur ainsi que le forfait journalier hospitalier sans limitation de durée. Des prestations et des plafonds de prix ont cependant été déterminés pour la prise en charge par la CMUC des biens et services pour lesquels il n'existe pas de tarif opposable (prothèses dentaires, optique, dispositifs médicaux). A titre d'exemple, le prix maximum de vente d'une couronne dentaire (coulée métallique) est fixé depuis le 1^{er} juin 2006 à 230 € pour un bénéficiaire de la CMUC. Le tarif de responsabilité étant à 107,50 €, le dépassement autorisé pour le dentiste peut donc atteindre 122,50 €. L'augmentation intervenue en juin 2006 sur les tarifs dentaires devrait avoir un impact d'un montant total de 37,5 M€. En revanche, les tarifs d'optique et de dispositifs médicaux ont été fixés en 2000 et jamais augmentés depuis lors.

Par ailleurs, les médecins doivent appliquer les tarifs du secteur 1 à tout bénéficiaire de la CMUC, sauf cas d'exigence particulière du patient (visite de nuit alors qu'il n'y a pas d'urgence, par exemple). Les

remboursements sont réalisés dès lors que ce bien est pris en charge par l'assurance maladie.

En outre, le bénéficiaire de la CMUC est de droit dispensé de faire l'avance des frais, le professionnel de santé étant rémunéré directement par la CPAM de la part obligatoire et par la CPAM ou l'organisme complémentaire pour la part complémentaire.

Une étude comparative du CREDES de février 2004 a montré que le niveau de prise en charge par la CMUC est plus élevé que celui de près de la moitié des autres contrats d'assurance complémentaire.

2 – La CMUC et le parcours de soins

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie met en place un parcours de soins coordonnés que les bénéficiaires de la CMUC, comme tout assuré, doivent respecter. Ainsi, ils sont soumis à l'obligation de choisir un médecin traitant. Mais la seule lecture de la loi ne permet pas de connaître l'ensemble des droits et obligations du bénéficiaire de la CMUC dans le parcours de soins. Il convient, pour cela, de combiner la lecture de la loi avec celle de la convention nationale du 12 janvier 2005 organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie.

Alors qu'en matière de CMUC, afin de faciliter l'accès aux soins, la complexité avait été épargnée à l'assuré pour être prise en charge par les gestionnaires, le parcours de soins coordonné confronte l'assuré à un univers quasi incompréhensible au risque d'exercer un rôle dissuasif à l'égard tant des assurés concernés que des professionnels de santé.

La complexité du dispositif est particulièrement flagrante à travers les différentes majorations de tarifs et d'honoraires ou minorations de remboursement auxquels sont soumis, ou non, les bénéficiaires de la CMUC. En effet, le bénéficiaire de la CMUC peut être placé dans trois situations différentes :

- Il est exonéré totalement de la participation forfaitaire de 1 € par acte ou consultation ;
- bien qu'il ne soit pas exonéré des majorations de coordination au bénéfice des généralistes ou des spécialistes¹⁸², la dispense d'avance de frais dont il bénéficie reporte la charge de la majoration sur un tiers, en l'occurrence l'assurance obligatoire ou complémentaire qui rémunère directement le médecin ;

182. Ces majorations conventionnelles peuvent être pratiquées par les médecins en secteur I et, dans le cas de la CMUC, par tous les médecins qui ne peuvent facturer qu'au tarif du secteur I.

- enfin, il n'est pas exonéré des dépassements d'honoraires autorisés en cas de non respect du parcours de soins. Comme pour le précédent, ce cas sera délicat à mettre en œuvre, notamment pour les professionnels de santé, que le bénéficiaire de la CMUC étant dispensé d'avance de frais.

B – Les consommations des bénéficiaires de la CMUC

Selon l'étude la plus récente de la DREES¹⁸³, les bénéficiaires de la CMUC ont eu, en 2002, des dépenses de soins supérieures de 12 % à celles des autres assurés malgré une structure d'âge plus jeune. Cette surconsommation est due essentiellement à un état de santé beaucoup moins bon.

Une étude parallèle de la CNAMTS¹⁸⁴ conclut, pour sa part, que les bénéficiaires de la CMU complémentaire ont une dépense moyenne supérieure de 25 % à celle des autres personnes assurées. Le décalage avec les données fournies par la DREES est dû au champ plus large de cette étude qui inclut les dépenses hospitalières.

A âge et sexe équivalents, cet écart augmente considérablement : un patient couvert par la CMUC a une dépense supérieure de 91 % à celle d'un patient non couvert. Cet écart est dû essentiellement à une consommation trois fois supérieure de soins hospitaliers. Ayant un état de santé beaucoup plus précaire, les patients bénéficiaires de la CMUC sont davantage hospitalisés dans des services de moyen et long séjour ainsi qu'en psychiatrie et pour des durées plus longues.

Pour les soins ambulatoires, à âge et sexe équivalents, les bénéficiaires de la CMUC ont une dépense moyenne en soins de ville supérieure de 25 %, bien qu'ils fassent moins appel aux soins de spécialistes libéraux.

Un bénéficiaire de la CMUC a dépensé en moyenne 2 133 € pour des soins en 2002 contre 1 700 € pour un patient non couvert par la CMUC.

En réalité, l'écart de consommation entre bénéficiaires et non bénéficiaires résulte largement de l'importante concentration de la consommation des 20 % plus forts consommateurs qui représentent 85 % des dépenses. A âge et sexe équivalents, la dépense moyenne de ces personnes est deux fois supérieure à celle des « forts consommateurs » non

183. Etudes et résultats n° 378 février 2005, « Les déterminants individuels des dépenses de santé ».

184. Point de conjoncture n° 29/ 30, octobre 2004.

bénéficiaires de la CMUC, notamment parce qu'une forte proportion de bénéficiaires de la CMUC est atteinte d'une affection grave. C'est donc avant tout l'état de santé de populations très précarisées, largement représentées parmi les bénéficiaires de la CMUC, qui explique une forte consommation de soins, pour l'essentiel à l'hôpital. Ainsi, les bénéficiaires de la CMUC appartenant aux huit déciles les moins consommateurs ont une consommation de soins relativement proche des huit déciles les moins consommateurs du régime général et l'écart se creuse ensuite pour les populations des deux derniers déciles.

Comparée à une situation où les assurés sociaux seraient dénués de couverture complémentaire, la CMUC accroît la probabilité de recourir, dans l'année, à l'ensemble des soins, y compris aux soins dentaires et optiques et augmente la dépense totale d'environ 20 %. La CMUC permet donc de limiter le renoncement aux soins pour des raisons financières dans une proportion voisine de celle observée pour les autres assurances complémentaires.

C – Les refus de soins

Les difficultés que peuvent rencontrer certains bénéficiaires de la CMUC pour obtenir des soins ou des produits médicaux ont dès l'origine retenu l'attention des pouvoirs publics et des associations de lutte contre l'exclusion. La Cour prend note de la publication par le fonds CMU en juin 2006 d'une enquête sur ce sujet, comme elle l'avait recommandée dans son rapport de 2001.

Les refus de vente de dispositifs médicaux et les refus de soins¹⁸⁵ sont assimilés à un refus de vente prohibé par l'article L. 122-1 du code de la consommation. Ils peuvent donc faire l'objet d'enquêtes de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes et sont susceptibles de déboucher sur une condamnation pénale (contraventions de 5^{ème} classe). Les refus de soins peuvent également donner lieu à une saisine des conseils départementaux des ordres des professions de santé.

Ces refus sont possibles car les honoraires des professionnels de santé sont limités dans le cas des soins apportés aux bénéficiaires de la CMUC. En effet, les professionnels de secteur 2 ne peuvent établir leurs

185. Le terme de refus de soins recouvre tant les refus catégoriques (rares) que les comportements détournés. Par exemple, le professionnel fixe un rendez-vous à une date très lointaine, renvoie le patient vers un confrère ou un centre de santé (cliniques dentaires des caisses de sécurité sociale ou centres dentaires mutualistes au titre de la prothèse ou de l'orthodontie).

honoraires qu'au tarif de secteur 1 et les prix sont plafonnés là où ils sont libres pour les autres patients (dentisterie, orthodontie, article de la liste des produits remboursables).

La problématique a été renforcée à la fin 2004 par la recommandation d'un syndicat dentaire demandant à ses membres de n'inscrire les bénéficiaires de la CMUC qu'en dernier sur les listes d'attente et de n'effectuer que les soins d'urgence.

Des faits sont régulièrement signalés par les associations et des médecins généralistes qui éprouvent des difficultés à orienter certains de leurs patients vers des spécialistes. Certaines des réclamations remontent des CPAM, voire du fonds CMU via son site d'information et plusieurs centres de santé ont constaté une augmentation importante du nombre de patients CMU qui leur sont adressés.

En 2004, une étude de la DREES¹⁸⁶ relevait que 15 % des personnes interrogées déclaraient qu'il leur était arrivé qu'un médecin ou un autre professionnel de santé refuse de les revoir ou de les recevoir parce qu'elles étaient bénéficiaires de la CMU. Les professionnels de santé les plus cités étaient les médecins spécialistes et les dentistes. Parmi les 7 % des personnes interrogées ayant déclaré avoir fait l'expérience d'un refus de la part d'un médecin spécialiste, les trois quarts avaient souvent pris contact avec un ou plusieurs autres médecins spécialistes et obtenu un rendez-vous.

L'enquête sur les refus de soins que le fonds CMU a publiée en juin 2006¹⁸⁷ confirme les constats et travaux précédents. Cette enquête met en évidence que si les médecins généralistes installés en secteur 1 acceptent très largement les patients bénéficiaires de la CMUC (99,3 %). En revanche, on observe un taux de refus nettement plus élevé chez les médecins en secteur 2, se situant autour de 16,7 %. En ce qui concerne les médecins spécialistes, le taux de refus global est de l'ordre de 41 %, allant de 23,1 % chez les médecins de secteur 1 à 49,1 % pour ceux installés en secteur 2. Ce rapport met également en lumière la mauvaise connaissance que les médecins ont de la population bénéficiaire de la CMUC.

186. Etudes et résultats n° 294, mars 2004, « Etat de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU ».

187. « Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire ; une étude par testing dans six villes du Val-de-Marne ». Cette étude a été publiée sur le site internet du fonds CMU le 21 juin 2006.

Dans une circulaire du 13 juin 2005, la CNAMTS a précisé les dispositions de sa circulaire de 2001 concernant les procédures à diligenter à l'encontre des professionnels de santé ou des distributeurs de dispositifs médicaux qui refuseraient de recevoir des patients relevant de la CMU complémentaire ou qui n'accepteraient pas de respecter les limites de prix et d'honoraires. Les CPAM sont invitées à mobiliser le service médical pour qu'un contact soit établi systématiquement avec le professionnel afin de lui rappeler les dispositions en vigueur et entreprendre le cas échéant des poursuites. Enfin, les caisses doivent s'assurer que l'assuré a trouvé une réponse adaptée à ses besoins médicaux. Cette circulaire organise également le suivi de l'évolution de ces situations, en mesurant le nombre de signalements ou de plaintes formulés par les bénéficiaires de la CMU complémentaire.

La quasi-totalité des caisses (125 sur 128) ont répondu lors de la première remontée d'information mais dès la seconde, l'engagement des caisses dans ce suivi a diminué considérablement puisque seules 39 caisses ont répondu pour 78 signalements. La question de l'accès à la CMUC mérite d'être traitée avec plus d'attention.

IV - Les bénéficiaires de la CMUC

A – Evolution du nombre de bénéficiaires

Les bénéficiaires de la CMUC sont un peu plus de 4,8 millions au 31 décembre 2005. Depuis 2002¹⁸⁸, leur nombre croît faiblement en métropole, un peu plus dans les DOM¹⁸⁹. Il reste notablement inférieur aux 6 millions de bénéficiaires annoncés dans l'exposé des motifs de la loi. L'écart entre les prévisions et les réalisations n'a pas été expliqué contrairement à ce que recommandait la Cour dans son rapport de septembre 2001.

188. Ce n'est qu'à compter du 1^{er} janvier 2002 que les statistiques de bénéficiaires de la CMUC cessent de comptabiliser d'anciens bénéficiaires de l'aide médicale départementale. Ceux-ci avaient en effet été transférés automatiquement dans la CMUC au 1^{er} janvier 2000. Ceux qui ne remplissaient pas les conditions de ressources ont été radiés de son bénéfice en juin 2001 ou en décembre 2001.

189. Cet accroissement plus important peut aussi être la conséquence de l'instauration depuis le 1^{er} septembre 2003 d'un plafond de ressources supérieur de 10,8% dans les DOM par rapport à la métropole.

Nombre et évolution des bénéficiaires de la CMUC

Population de bénéficiaires au 31 décembre	Métropole	n/n-1	DOM	n/n-1	Total
2000	4 443 500		616 300		5 059 800
2001	4 098 900	-7,8%	617 100	0,1%	4 716 000
2002	3 978 300	-2,9%	590 700	4,3%	4 569 000
2003	4 089 300	+2,8%	622 500	5,4%	4 711 800
2004	4 157 900	+1,7%	598 200	3,9%	4 756 100
2005	4 213 000	+1,3%	623 000	4,1%	4 836 000

Source : Fonds CMU

La prestation semble relativement peu sensible aux aléas de la conjoncture. La dégradation de l'emploi et la forte augmentation du nombre de bénéficiaires du RMI en 2004 et 2005 n'ont pas eu d'impact net sur le nombre de bénéficiaires de la CMUC.

B – CMUC et RMI : des évolutions contradictoires

Les bénéficiaires du RMI ont de droit accès à la prestation, sous réserve toutefois d'en faire la demande et de choisir l'organisme gestionnaire. Leur nombre représente un peu plus de la moitié des bénéficiaires de la CMUC.

Le nombre de bénéficiaires du RMI semble suivre la conjoncture économique en 2001 et 2002, tout au moins en métropole : il baisse avec la reprise économique. En 2003, les deux prestations évoluent parallèlement. Puis, en 2004, la rupture est complète : le RMI connaît une croissance exceptionnelle¹⁹⁰ restée très forte en 2005. La CMUC ne semble pas affectée par ces évolutions et connaît une période de stabilité de deux années consécutives pour la métropole.

Deux explications partielles peuvent être avancées : des personnes qui ont été intégrées dans le RMI en 2004 se trouvaient déjà dans la gamme de revenus qui leur permettait d'avoir accès à la CMUC. Par ailleurs, le fait que les nouveaux titulaires du RMI soient plus jeunes que les anciens pourrait expliquer que la CMUC soit moins une priorité pour eux. C'est pourquoi leur taux de non recours pourrait être plus fort.

190. En raison des réformes des procédures d'indemnisation du chômage.

Evolution comparée des effectifs de bénéficiaires du RMI et de la CMUC

en %

		Effectifs Juin 03/02	Effectifs juin 04/03	Effectifs juin 05/04
Métropole	Taux de croissance RMI	1,8	9,4	3,9
	Taux de croissance CMU	0,9	0,1	0,1
Outre-Mer	Taux de croissance RMI	3,4	7,8	1,0
	Taux de croissance CMU	1,9	2,6	-1,5
Total	Taux de croissance RMI	2,1	9,2	3,5
	Taux de croissance CMU	1,0	0,4	-0,1

Source : Tous régimes, CNAF-CCMSA

Les caractéristiques des bénéficiaires de la CMUC ont très peu évolué. Il s'agit d'une population plutôt jeune (70 % ont moins de 40 ans), féminine, comportant peu d'actifs occupés (25 %). Un quart des ménages bénéficiaires sont des familles monoparentales avec plusieurs enfants. Si les bénéficiaires sont plutôt issus de familles d'ouvriers et d'employés, leur origine socioprofessionnelle est impossible à déterminer dans 27 % des cas. Selon la DREES, beaucoup de bénéficiaires n'auraient jamais travaillé¹⁹¹.

V - La gestion et le financement du dispositif

A – La gestion

La CMUC présente la particularité d'être une prestation gérée tout à la fois par les caisses d'assurance maladie et par les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance.

1 – La gestion par les caisses

Lors de la mise en place de la CMUC, la CNAMTS avait estimé à 2800 postes budgétaires les effectifs nécessaires à la gestion de la CMUC. Les pouvoirs publics lui en ont accordé 2 166. En définitive, les CPAM ont affecté, en équivalent temps plein, 2 100 agents à la gestion de la CMUC en 2000, 2 000 en 2001, 2 055 en 2003. L'autorisation accordée par le ministère se révèle donc avoir été bien calibrée.

191. DREES. Etudes et résultats n° 381, mars 2005.

2 – Une gestion marginale par les organismes complémentaires

Le principe associant les caisses d'assurance maladie et les organismes complémentaires reposait notamment sur l'idée que le bénéficiaire devait être placé dans une situation aussi proche que possible du droit commun et qu'en conséquence il devait leur être loisible de recourir, en plus des CPAM, aux organismes complémentaires pour le gérer. Les assureurs complémentaires désireux de participer à la gestion de la CMUC demandent leur inscription sur des listes tenues par préfecture et peuvent se désengager chaque année. Pour chaque bénéficiaire géré, l'organisme complémentaire reçoit une somme forfaitaire destinée à couvrir les dépenses de gestion administrative et les dépenses de prestations.

Depuis la mise en œuvre de la CMUC, le nombre des organismes complémentaires ayant accepté de la gérer a été divisé par trois. Ils étaient 830 au 1^{er} janvier 2001 et ne sont plus que 260 au 1^{er} janvier 2006. Ce retrait a concerné tous les types d'organismes, les mutuelles passant de 761 à 225, les sociétés d'assurance de 53 à 25 et les institutions de prévoyance de 16 à 10. Cette évolution s'explique notamment par le mouvement de concentration intervenu dans le secteur. Derrière ces chiffres globaux se dissimulent des situations contrastées : 16 organismes complémentaires sur 225 gèrent, en effet, plus de 50 % des bénéficiaires

Pour 2005, le nombre de bénéficiaires gérés par un organisme complémentaire décroît faiblement pour la deuxième année consécutive.

Evolution de la part des organismes complémentaires gérant la CMUC

Moyenne annuelle	Total des bénéficiaires de la CMUC	Dont organismes complémentaires	Part des organismes complémentaires
2000	4 773 598	273 683	5,7 %
2001	4 980 802	532 613	10,7 %
2002	4 572 965	646 474	14,1 %
2003	4 688 627	668 304	14,3 %
2004	4 734 550	658 107	13,9 %
2005	4 794 300	633 700	13,2 %

Source : Fonds CMU

La part des organismes complémentaires doit être rapprochée des modalités de gestion de la part obligatoire.

Répartition des effectifs gérés par les caisses et par les organismes complémentaires suivant les régimes de rattachement

Au 30 novembre 2005	Gestion		Total	Ratio gestion 2/3
	Régimes de base	Organismes complémentaires		
	1	2		
CNAMTS (provisoire)	3 898 000	531 000	4 429 000	12,0%
CCMSA	132 995	20 542	153 537	13,4%
CANAM	128 199	32 188	160 387	20,1%
Autres/SLM	52 099	48 039	100 138	48,0%
Total	4 211 293	631 769	4 843 062	13,2%

Lecture : 4 429 000 bénéficiaires de la CMUC relèvent d'une CPAM au titre de la gestion de leur assurance maladie obligatoire. Sur ces 4 429 000 assurés, 3 898 000 avaient choisi de faire gérer leur CMUC par leur CPAM de rattachement et 531 000 (soit 12 %) avaient retenu un organisme complémentaire pour la gestion de la CMUC.

Source : Fonds CMU

Les bénéficiaires de la CMUC dont la part d'assurance maladie obligatoire est gérée par une section locale mutualiste (SLM) sont nombreux à retenir leur mutuelle pour gérer également la part complémentaire¹⁹². Fin 2005, la mutuelle générale (MG) gérait en assurance maladie obligatoire 8 486 bénéficiaires de la CMUC. Parmi eux, 8 459 avaient choisi MG pour gérer également leur assurance complémentaire. De même, la MGEN gérait au titre de la part obligatoire 3 829 assurés et 2 555 d'entre eux l'avaient choisie comme organisme complémentaire.

L'organisation du dispositif CMUC se justifie administrativement par la participation des organismes complémentaires à sa gestion. Dès lors que cette participation reste limitée et tend même à diminuer, le ministère devrait réexaminer l'intérêt de ce dispositif.

B – Le financement

Le financement de la CMUC repose à la fois sur une contribution ayant pour assiette les primes perçues au titre des contrats d'assurance maladie complémentaire souscrits par tous les assurés des organismes de

¹⁹². A la condition, toutefois, que les SLM aient demandé à être habilitées pour gérer la CMUC (18 sur 270 ne l'avaient pas fait à la date de l'enquête).

protection complémentaire maladie et sur une subvention d'équilibre de l'Etat qui a été progressivement et partiellement remplacée par des taxes et fractions de taxes affectées. Les dépenses sont constituées d'un forfait payé aux organismes gestionnaires de la CMUC pour chaque bénéficiaire à leur charge. Ces flux sont retracés dans les comptes du fonds CMU.

En ajoutant aux dépenses retenues par le fonds CMU les dépenses de soins et biens médicaux supportées par les assureurs et les régimes d'assurance maladie en plus du forfait que leur verse le fonds, la Cour estime le coût de la CMUC en 2005 à 1 567 M€⁹³, soit 7 % de plus que les dépenses comptabilisées par le fonds (1 463 M€). Ces coûts n'incluent toutefois pas les moindres recettes des professionnels concernés par les tarifs imposés.

1 – Les recettes

L'évolution générale des recettes est résumée dans le tableau ci-dessous.

En M€

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	PLF 2006
Contribution loi de finances au financement de la CMU	800	889	1 150	970	1 037	695	354
Taxe sur les boissons alcoolisées						387	390
Taxe sur les tabacs							178
Contribution des organismes de protection sociale complémentaire	280	308	330	359	395	425	656
Total des recettes brutes	1 080	1 197	1 480	1 329	1 432	1 507	1 578

Source : Fonds CMU et calculs Cour.

193. Aux 1 463 M€, il convient d'ajouter les dépenses non couvertes par les forfaits et qui restent à la charge des gestionnaires complémentaires (11 M€), ainsi que les dépenses des régimes d'assurance maladie non couverte par le forfait (93 M€).

a) Le financement par l'Etat

La couverture maladie universelle se substituant à l'aide médicale départementale, la dotation générale de décentralisation (DGD) a été réduite à due concurrence des sommes que supportaient les départements au titre de dépenses désormais prises en charge par la CMU et la CMUC, soit 1,4 Md€ Sur cette somme légèrement abondée, 534 M€devaient être affectés au financement de la CMU sur critère de résidence, 1,1 Md€au financement de la CMUC. De 2000 à 2004, l'Etat a participé en moyenne annuelle pour 960 M€ au financement de la CMUC, soit un montant proche de la part de la DGD qu'il entendait initialement lui consacrer. En 2006, la subvention d'équilibre que verse l'Etat a été ramenée en prévision à 354 M€soit une division par trois par rapport à 2004. Cette réduction n'a été possible qu'en raison des transferts opérés sur d'autres sources de financement.

De 2000 à 2003, les règles initiales sont restées inchangées. Une première modification est intervenue en 2004 avec le remboursement des frais exposés par l'assurance maladie sur la base d'un forfait et non plus sur la base du montant réel. Cette réforme a permis de réduire de 88 M€ les dépenses de l'Etat au titre de la subvention d'équilibre mais a transféré cette charge sur l'assurance maladie. D'autre part, à compter de la loi de finances 2005, l'affectation de la taxe sur les boissons alcoolisées préalablement affectée à l'assurance maladie a permis de ramener la contribution d'équilibre de 1 037 M€en 2004 à 695 M€en 2005 bien que les dépenses continuent à croître.

Enfin, l'année 2006 voit la contribution de l'Etat ramenée de 695 M€ à 354 M€ grâce à l'affectation d'une partie de la taxe sur les tabacs provenant également de l'assurance maladie et par l'augmentation de la contribution des organismes de protection sociale complémentaire qui passe de 1,75 % à 2,5 % (cf. infra).

L'affectation de 1,88 % de la taxe sur les tabacs et de la totalité de la taxe sur les boissons alcoolisées n'apparaît justifiée ni par des considérations économiques, ni par un souci de clarification des relations entre l'Etat et le fonds CMU. Aux termes de la loi de 1999, l'Etat équilibre les dépenses du fonds CMU au moyen d'une subvention. L'affectation d'une part de taxe est en conséquence neutre pour le fonds. En revanche, si l'affectation directe d'une contribution diminue les recettes de l'Etat, il diminue également le niveau de ses dépenses. La subvention d'équilibre est en effet réduite à due concurrence, alors qu'elle est seule à être inscrite en loi de finances.

Les transferts de taxes affectées ont atteint un tel degré de complexité que les documents budgétaires peinent à les retracer. Ainsi le

fascicule des voies et moyens du PLF 2006 continue-t-il à affecter à la CNAMTS la taxe sur les alcools de l'article L. 245-7 pourtant affectée au fonds CMU depuis 2004.

Le financement de la couverture maladie universelle complémentaire est ainsi un exemple des problèmes de frontières pouvant exister entre la loi de finances et la loi de financement de la sécurité sociale. Ces questions sont d'autant plus importantes en l'espèce que la CMUC revêt un caractère spécifique. Sans être une prestation de sécurité sociale elle en est cependant très proche par nombre de ses caractéristiques.

La CMUC et la LFI 2006

La dotation budgétaire de l'Etat destinée à équilibrer le fonds CMU constitue une des trois actions du programme n°183 « protection maladie » de la mission « solidarité et intégration ».

La construction de ce programme apparaît essentiellement comme la juxtaposition de trois actions dont deux relèvent « en gestion » de la DSS et une de la DGAS. Au début de l'exercice 2006, les trois budgets opérationnels de programmes ont été dotés, chacun pour ce qui le concerne, de la dotation arbitrée à l'issue des conférences de répartition (soit 323,5 M€ pour le fonds CMU ; 233,5 M€ pour l'aide médicale d'Etat et 50 M€ pour le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante).

L'application du principe de fongibilité pour les trois actions apparaît peu envisageable compte tenu des objectifs très différents des trois actions et du caractère de dotation d'équilibre de la ligne CMUC.

b) Le financement par les organismes complémentaires

L'article 27 de la loi du 27 juillet 1999 créait une contribution spécifique assise sur le montant des primes ou cotisations émises au titre de la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé. Elle en fixait le taux à 1,75 %. Ce taux est resté inchangé jusqu'en 2006. En revanche, le rendement brut a bénéficié du dynamisme des couvertures complémentaires puisque le montant recouvré au titre de cette cotisation a augmenté de 52 % passant de 280 M€ en 2000 à 425 M€ en 2005.

L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a porté le taux de cette contribution de 1,75 % à 2,5 % en 2006. Il contribue pour 185 M€ à l'augmentation de 231 M€ du montant recouvrable au titre de cette taxe qui devrait atteindre 656 M€. Cette contribution devrait ainsi représenter près du double du montant de la subvention d'équilibre. Cette augmentation permet de neutraliser pour les finances publiques l'augmentation de dépenses de 171 M€ que représente

le passage du forfait remboursé aux organismes gestionnaires de 304,52 € à 340 € pour 4,8 millions de bénéficiaires. Elle contribue à ramener le total des crédits budgétaires et des autres taxes affectées de 1 082 M€ en 2005 à 922 M€ en 2006. En revanche, elle pèse directement sur les organismes complémentaires. Le rendement de cette cotisation est d'ailleurs difficile à apprécier en raison d'une comptabilisation contractée des dépenses et des recettes.

Ce principe de la contraction des dépenses et des recettes apparaît d'ailleurs peu transparent. La contraction des recettes et des dépenses telle qu'elle résulte de l'application de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale réduit la contribution des organismes complémentaires dans les comptes du fonds (de 425 M€ de contribution brute à 302 M€ réellement comptabilisés pour 2005). Ainsi, la part de financement provenant de l'Etat 1,08 Md€ (après les taxes affectées) est portée de 72 % à 78 % et celle des assureurs réduite de 28 % à 22 %.

c) Le financement par l'assurance maladie

A défaut de peser sur les comptes de l'Etat, la mise en œuvre de la CMUC a pesé sur ceux de l'assurance maladie.

L'assurance maladie a tout d'abord été amenée à supporter une partie des dépenses de CMUC. Lors de l'instauration de la CMUC, le législateur avait décidé que l'assurance maladie serait remboursée de l'intégralité de ses dépenses. La loi de finances pour 2004 a modifié cette règle et décidé que l'assurance maladie sera remboursée par un forfait identique à celui que perçoivent les organismes complémentaires. Ce passage du remboursement de l'intégralité de la dépense au remboursement forfaitaire a selon le fonds CMU augmenté de 88 M€ les charges nettes du régime général d'assurance maladie en 2004 et de 93 M€ en 2005. L'année 2006 devrait être quasiment équilibrée en raison de la réévaluation du forfait et d'une moindre dépense enregistrée en 2005.

L'assurance maladie a ensuite été privée de tout ou partie de recettes qui lui étaient préalablement affectées. En 2005, la totalité de la taxe sur les boissons alcooliques a été transférée de l'assurance maladie au fonds CMU soit 387 M€ (390 M€ en 2006). En 2006, ce montant est complété par un transfert d'une fraction de taxe sur les tabacs (178 M€). Les pouvoirs publics ont justifié ces opérations par les économies d'un montant du même ordre résultant du transfert, de l'assurance maladie aux régions, du financement et de la gestion des instituts de formation aux soins infirmiers.

Il conviendrait enfin d'ajouter à ces dépenses et moindres recettes les charges qui pèsent sur le fonds national d'action sociale de la branche maladie (FNASS) au titre de l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire.

En 2005, pour financer le dispositif du crédit d'impôt, 70 M€ ont été gelés sur l'enveloppe de 141 M€ des dotations paramétriques d'action sanitaire et sociale du FNASS. Cette mise en réserve a eu pour conséquence la diminution des dotations allouées en 2005.

2 – Les dépenses

Entre l'année 2001 (1 362 M€), première année de stabilisation du fonctionnement du dispositif, et l'année 2005 (1 463 M€), les dépenses du fonds ont augmenté de 7,4 %.

L'organisme gestionnaire (caisse primaire, assureur, mutuelle ou institution de prévoyance) reçoit, pour chaque bénéficiaire de la CMUC qu'il gère, un forfait trimestriel que lui verse le fonds CMU.

Le nombre de bénéficiaires est resté stable : 4,8 millions en 2005, 4,5 millions en 2002 et 4,7 millions en 2003. Aussi l'augmentation des dépenses est-elle essentiellement liée à l'évolution du forfait.

Le montant du forfait annuel par bénéficiaire initialement versé aux seuls organismes complémentaires est resté fixé à 228 € entre 2000 et 2002¹⁹⁴. Il était alors inférieur aux coûts de l'ensemble des opérateurs. Il a ensuite évolué de manière dynamique mais est resté inférieur aux coûts que supportaient les mutuelles ainsi que l'assurance maladie obligatoire à compter de 2004

La revalorisation de 11,65 % du forfait en 2006 (340 €) devrait limiter à 5,7 M€ les dépenses laissées à la charge du régime général d'assurance maladie. Seules les mutuelles devraient également continuer à enregistrer une charge.

Le remboursement au forfait n'est pas sans paradoxe. Dès lors que l'organisme complémentaire ne peut ni sélectionner ses assurés, ni agir sur leur consommation ou sur les tarifs, il se trouve totalement dépendant de paramètres qui lui sont étrangers. Le résultat pèsera d'autant plus sur les assurés contributifs que l'organisme est de faible taille et particulièrement investi sur une population présentant un profil de consommation particulier. Dans certains cas extrêmes, l'organisme peut être contraint de se retirer de la gestion du dispositif et de transférer ses

194. Ce montant a même légèrement diminué en 2002 lors du passage à l'euro puisque un forfait de 1 500 F équivalait à 228,67 €

dépenses sur le régime général. Le souhait de ne pas accroître le déficit de l'assurance maladie conduit alors à revaloriser le forfait au point que certains gestionnaires deviennent bénéficiaires.

Estimation des charges pesant sur les organismes gestionnaires

	2005 (estimation)				2006 (prévision)			
	Dépense individuelle déduction 304,5 €	Gain ou perte par bénéficiaire	Nombre de bénéficiaire en 2005	Gain ou perte au global	Dépense individuelle déduction 340 €	Gain ou perte par bénéficiaire	Nombre de bénéficiaire en 2006	Gain ou perte au global
CNAMTS	328,3	-23,8	3 903 000	-92 852 370	341,4	-1,4	3 980 000	-5 740 752
CCMSA	318,2	-13,6	118 000	-1 608 340	334,1	5,9	119 000	707 157
CANAM	289,8	14,7	115 000	1 692 800	304,3	35,7	116 000	4 142 360
Mutuelles	324,0	-19,5	489 000	-9 540 390	340,2	-0,2	489 000	-113 204
IP	290,2	14,3	12 000	171 600	304,7	36,3	12 000	423 228
Assurances	310,3	-5,8	107 000	-615 785	325,8	14,2	107 000	1 520 604
Total			4 744 000	-92 767 910			4 823 000	-891 234

Source : Fonds CMU

Les gains et pertes dus au niveau de remboursement forfaitaire s'équilibreraient globalement. Cependant, les gains réalisés par certains organismes restent des charges pour le fonds CMU alors que les pertes sont à la charge des organismes qui les supportent sans compensation. On peut dans ces conditions s'interroger sur la pertinence du dispositif de remboursement forfaitaire mis en place en 2004. Ces indications renforcent la préconisation d'étudier le rattachement exclusif de la gestion de la part complémentaire de la CMU aux organismes gérant la part obligatoire.

VI - Les contrôles

A – Le contrôle des organismes gestionnaires

Les organismes reçoivent du fonds CMU une participation forfaitaire pour chaque bénéficiaire géré. Une des tâches incombant au fonds consiste dans le contrôle des déclarations des organismes afin de s'assurer de leur exactitude. Un premier niveau de contrôle s'exerce au travers des listes nominatives qu'envoient les organismes complémentaires en vue de leur indemnisation. La multiplicité des CPAM, CMR et MSA à l'origine de l'inscription des bénéficiaires dans un organisme complémentaire rend difficile un croisement systématique

des données de l'organisme gestionnaire avec celles des organismes ayant procédé à l'examen du droit. Le contrôle demeure donc peu automatisé.

Globalement, les demandes de remboursement présentées par les organismes complémentaires au titre de la gestion de la CMUC restent en retrait de ce qu'elles devraient être au vu des déclarations des CPAM. Après analyse des risques, des contrôles approfondis sont menés sur des organismes ciblés.

En 2004, 16 organismes gérant 103 708 bénéficiaires ont été vérifiés de façon approfondie par le fonds CMU. Ces vérifications ont fait ressortir un taux d'anomalies de 1,64 % sur l'échantillon contrôlé de 2690 bénéficiaires soit, rapporté aux effectifs gérés, un enjeu de 510 600 €

En 2005, le contrôle a concerné 19 organismes gérant 49 691 bénéficiaires. Le taux d'anomalie de 0,67 % sur l'échantillon de 2 700 bénéficiaires ainsi que l'enjeu d'environ 100 000 € apparaissent très faibles par rapport à l'exercice précédent.

L'année 2005 a été marquée par un accroissement sensible du périmètre des contrôles qui ont été étendus à l'examen des déductions réalisées au titre du crédit d'impôt. Ces contrôles sont rendus plus délicats en raison de la nécessaire prise en compte des conditions d'âge. Le fonds n'a cependant décelé aucune anomalie significative.

Des progrès semblent surtout possibles en portant une meilleure attention aux effectifs que déclarent les organismes d'assurance maladie, eux aussi remboursés forfaitairement. En 2004, le fonds CMU, à la suite d'incohérences dans les séries statistiques, s'est interrogé sur les effectifs déclarés par les CPAM. Des doubles comptes dus à des assurés déménageant ou à des assurés enregistrés sous un numéro provisoire puis définitif ont été mis en évidence. Il en est résulté une diminution de 200 000 bénéficiaires par rapport aux effectifs déclarés par la CNAMTS en 2003. Comme cette vérification a été effectuée sur l'année 2003 pendant laquelle l'assurance maladie était remboursée sur la base des dépenses effectives, elle n'a eu aucune conséquence financière pour la CNAMTS.

Le fonds CMU n'a pour l'instant pas ou peu contrôlé les éléments statistiques que lui fournissent les régimes d'assurance maladie et qui servent de fondement et de justificatifs à l'indemnisation qu'ils perçoivent. La vérification effectuée pour l'année 2003 montre pourtant qu'il s'agit d'une zone de risque majeur. Valorisée sur la base d'un forfait à 340 €, cette erreur statistique aurait en effet été source d'une dépense injustifiée de 68 M€ Il convient donc que le fonds adopte les dispositions adaptées à un tel risque.

B – Le contrôle des assurés

Le risque de fraude à la CMU existe comme pour toute prestation. L'article 92 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a renforcé les outils disponibles pour le contrôle et la lutte contre les fraudes. Il facilite notamment les échanges d'informations entre les organismes de protection sociale et les agents des administrations fiscales et sociales (article L. 114-14 nouveau).

En outre, un des quatre indicateurs de l'action « Accès à la protection maladie complémentaire » du programme « Protection maladie » de la LFI 2006 est consacré spécifiquement au contrôle des assurés. Cet indicateur prévoit un objectif de 40 % des ressources contrôlées en 2006, pour atteindre 100 % en 2008. Il prévoit également un contrôle du bon usage de la carte vitale par les seuls bénéficiaires de la CMUC (40 % des bénéficiaires en 2006, 100 % en 2008). On ne peut que s'interroger sur la faisabilité de tels objectifs dans la mesure où ils signifient le contrôle de la totalité des 4,8 millions de bénéficiaires.

La moitié des bénéficiaires de la CMUC sont bénéficiaires du RMI. Pour ces derniers, le dossier de ressources est instruit par les caisses d'allocations familiales (CAF) qui peuvent croiser leurs fichiers avec ceux des services fiscaux.

Pour les demandeurs non bénéficiaires du RMI, les ressources sont examinées par les caisses primaires d'assurance maladie. Or les CPAM n'échangent aucun fichier avec les URSSAF ou avec les services fiscaux.

1 – La question de la période de référence

L'article R. 861-8 du code de la sécurité sociale fixe le principe que « les ressources prises en compte sont celles qui ont été effectivement perçues au cours de la période des douze mois civils précédant la demande » sous réserve des dispositions des articles R. 861-11 (exploitants agricoles), R. 861-14 (personnes non-salariées), et R. 861-15 (personnes non-salariées non agricoles). Le choix de cette période de référence visait à prendre en compte le plus précisément possible la situation réelle des bénéficiaires potentiels¹⁹⁵. La volonté de rapprocher les données des CPAM de celles de l'administration fiscale s'accorde mal avec cette période de référence.

195. La Cour, dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2001, soulignait les difficultés de mise en œuvre qui découlaient du choix de retenir une évaluation en année glissante. Elle suggérait de réaliser, à la lumière de l'expérience acquise, une étude des coûts et avantages des solutions pour la détermination de la période.

2 – L'examen de la déclaration sur l'honneur

Etant donnée la période de référence retenue, il n'est pas toujours aisé de réunir les attestations de ressources. A défaut de pièces justificatives, la réglementation a donc prévu la production d'une déclaration sur l'honneur. Cette déclaration est source d'interrogations et alimente les soupçons de fraudes.

Par circulaire du 23 juillet 2005, la direction de la sécurité sociale a rappelé que l'absence de pièces justificatives lors d'une demande ne fait pas obstacle à l'attribution d'une prestation sous conditions de ressources et que les contrôles ne doivent pas avoir pour effet de complexifier les procédures d'instruction pour les caisses ni d'engendrer des délais supplémentaires dans l'ouverture des droits.

Cependant, lorsque des déclarations sur l'honneur sont effectuées pour une année donnée et que des vérifications systématiques n'ont pas eu lieu, les caisses doivent encourager la production des pièces lors du renouvellement de la demande. Lorsqu'il est impossible au demandeur de produire des éléments externes justifiant de ses revenus, notamment son avis d'imposition, la caisse qui instruit le dossier peut faire appel, lors du renouvellement de la demande, aux données détenues par l'administration fiscale comme l'y autorise la loi de finances pour 2003.

Outre qu'il n'apparaît pas nécessaire d'attendre un renouvellement pour procéder à des contrôles, on peut regretter que l'application informatique de calcul des ressources ne prévoit aucun marqueur pour les CMU délivrées après présentation d'une déclaration sur l'honneur qui permettrait de systématiser les contrôles mais également d'évaluer l'ampleur de cette pratique.

3 – Le contrôle des dépenses

La Cour n'a pas examiné ce point. Il y a d'ailleurs peu de statistiques fiables et disponibles sur cette question. Il importe que la CNAMTS et le fonds CMU remédient à cette carence dans les meilleurs délais.

SYNTHESE

La couverture maladie universelle offre une couverture maladie complémentaire de bon niveau à des personnes disposant de faibles revenus. Elle améliore ainsi significativement l'accès aux soins de 4,8 millions de bénéficiaires. Il en résulte une surconsommation médicale mais celle-ci s'explique par l'état de santé de cette population.

Cette mesure positive d'un point de vue sanitaire et social a peu pesé sur les dépenses de l'Etat, les crédits qu'il y a consacrés étant tout au plus égaux à la réduction de la dotation globale de décentralisation qu'il avait opérée lors de la suppression de l'aide médicale départementale. Les financements complémentaires ont été supportés par les adhérents des sociétés d'assurance, des mutuelles et des institutions de prévoyance au travers de la taxe de 1,75 % sur les contrats d'assurance complémentaire maladie portée à 2,5 % en 2006 ainsi que par l'assurance maladie au travers des dépenses qui sont laissées à sa charge.

Par ailleurs, la gestion de ce dispositif appelle des mesures de contrôle appropriées.

Le faible recours au dispositif d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire amène à recommander que l'étude prévue par la loi du 13 août 2004 soit diligentée sans délai et qu'il soit portée une attention plus soutenue à l'effectivité de l'accès des assurés à leurs droits.

L'association des organismes complémentaires à la gestion de la CMUC n'a rencontré qu'un succès limité. Dans ces conditions, l'intérêt de continuer à associer des organismes complémentaires à la gestion de la CMUC doit être réexaminé, et ce d'autant plus que certains organismes dégagent des profits alors que d'autres supportent des pertes. Il conviendrait dans ces conditions de réexaminer l'intérêt de la participation des mutuelles, des sociétés d'assurance et institutions de prévoyance à la gestion de la CMUC.

RECOMMANDATIONS

27. *Simplifier le mécanisme du forfait logement dans le calcul des ressources du demandeur de la CMUC.*

28. *Réformer les dispositifs d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire pour les rendre plus simples et plus lisibles pour l'utilisateur.*

29. *Renforcer le contrôle du dénombrement des bénéficiaires déclarés par les régimes obligatoires.*

30. *Mieux contrôler les déclarations de ressources en développant les croisements de fichiers avec les services fiscaux.*

31. *Exercer en matière de refus de soins une plus grande vigilance et diligenter les sanctions prévues à cet effet.*

32. *Etudier la simplification du dispositif en confiant à l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie obligatoire la gestion de la couverture maladie universelle complémentaire.*
