

N° 631/98/SG

Monsieur le Député,

La précarité dans laquelle se trouvent nombre de nos concitoyens menace l'égalité d'accès aux soins. Notre système de protection sociale ne répond pas pleinement à la nécessité de protéger les plus démunis contre cette menace, qui tient tant à la difficulté de faire établir des droits auprès d'un régime d'assurance maladie, voire à l'absence de tout droit qu'à l'importance des frais qui sont laissés à la charge des ménages qui ne disposent pas d'une couverture complémentaire.

Face à cette situation inacceptable, le gouvernement a décidé de mener une réforme d'ampleur de la protection sociale qui comporte trois volets principaux : la création d'une couverture maladie universelle, la garantie d'une protection complémentaire pour les plus démunis, l'instauration de la dispense d'avance de frais pour les mêmes catégories.

Au titre de la couverture maladie universelle, toutes les personnes et leurs familles qui ne relèvent d'aucun régime professionnel seront accueillies automatiquement au sein du régime général. Elles n'auront plus à recourir aux mécanismes complexes de l'aide médicale et de l'assurance personnelle, qui seront supprimés. Les personnes qui disposent de revenus supérieurs à un plafond à définir, resteront redevables d'une cotisation.

Pour garantir la continuité des droits à l'assurance maladie, malgré les modifications de situation familiale ou professionnelle, une carte permanente d'assuré social sera attribuée à toute personne résidant régulièrement en France dès l'âge de 16 ans.

Le financement de cette réforme sera assuré prioritairement par la mise en commun des crédits d'ores et déjà mobilisés à ce titre.

Monsieur Jean-Claude BOULARD
Député de la Sarthe
Assemblée Nationale
126 rue de l'Université

75355 PARIS CEDEX 07 SP

La documentation Française : Pour une couverture maladie universelle : base et complémentaire :

rapport au Premier ministre / Jean-Claude Boulard.

Le gouvernement souhaite par ailleurs permettre aux plus démunis de disposer d'une protection complémentaire. Cette protection complémentaire déchargera les personnes concernées du ticket modérateur, du forfait journalier, et d'une partie des dépenses spécifiques à certains appareillages, mal remboursées par la sécurité sociale.

Un mécanisme d'action sociale sera maintenu notamment pour les personnes dont les revenus sont supérieurs au seuil de la prise en charge et se trouvant momentanément dans une situation difficile, ou pour les personnes en situation irrégulière.

La dispense d'avance de frais, pour les personnes à faible revenu, sera inscrite, après discussion avec les professionnels concernés, dans les textes régissant l'exercice des professions sanitaires. Son exercice effectif sera assuré grâce à l'informatisation du système de santé.

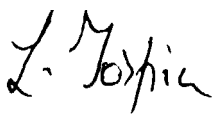
Cette réforme doit donc permettre aux personnes en situation de précarité de se faire soigner comme les autres. En définissant les grands principes au sein du programme de prévention et de lutte contre les exclusions, le gouvernement a clairement indiqué qu'il refusait toute solution qui pourrait se traduire par une médecine spécifique ou par une modulation des remboursements en fonction des revenus. Il s'est en outre engagé à supprimer toutes démarches inutiles ou procédures complexes particulièrement handicapantes pour les populations en difficulté.

Dans le respect de ce principe, il convient de définir les modalités concrètes de mise en oeuvre de cette réforme en explorant toutes les voies permettant de garantir l'égalité effective de l'accès aux soins. Il importe notamment que s'engage une concertation approfondie avec l'ensemble des acteurs concernés (associations, conseils généraux, organismes de sécurité sociale, partenaires sociaux, institutions mutualistes, organismes d'assurance).

Je souhaite donc vous confier une mission de concertation et de propositions, au titre des dispositions de l'article LO 144 du code électoral. Vous l'effectuerez auprès de la ministre de l'emploi et de la solidarité.

Vous voudrez bien me rendre vos conclusions avant la fin du mois de juillet, afin de permettre le dépôt d'un projet de loi à l'automne.

Je vous prie de croire, Monsieur le Député, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.



Lionel JOSPIN

Le 5 août 1998

Réf. : DIFS981033

Monsieur le Premier Ministre,

En exécution de la mission que vous avez bien voulu me confier, j'ai le plaisir de vous remettre le rapport sur les conditions de mise en oeuvre de la couverture maladie universelle.

Son établissement a été précédé d'une large consultation qui a révélé, au-delà de l'accord général sur les objectifs poursuivis, des différences d'appréciation quant aux réponses appropriées à apporter.

C'est pourquoi, il a semblé judicieux, pour éclairer les arbitrages, d'explorer plusieurs scénarios.

Il est également apparu essentiel de ne pas dissocier la question de l'extension de la couverture de celle de l'évolution des dépenses de soins. Mieux maîtriser est une des conditions pour mieux rembourser.

Enfin ce rapport s'est autorisé à exprimer une préférence en référence à un principe : Inclure les exclus dans la couverture de tous.

Espérant que ce travail se révélera utile à la mise en oeuvre de la politique d'insertion engagée par votre gouvernement dans le domaine de la santé et vous remerciant de la confiance que vous avez bien voulu m'accorder, je vous prie de recevoir, Monsieur le Premier Ministre, l'assurance de mon amical dévouement.



Jean-Claude BOULARD

L'enjeu

La couverture maladie universelle constitue le volet "accès aux soins" de la politique d'insertion engagée par la loi votée le 9 juillet 1998. Elle a pour objectif de résorber un écart qui tend à s'accroître¹ entre droit et réalité en matière de santé.

En effet, alors que dès 1946, le préambule de la constitution proclame que "la nation garantit à tous la protection de la santé", en 1996 un Français sur quatre déclare avoir renoncé à se soigner au moins une fois dans l'année² pour des raisons financières.

Face à ce constat, l'instauration d'une couverture maladie universelle doit permettre de passer du droit juridiquement affirmé à la santé, au droit, réellement exercé, de se soigner.

Cette avancée dans la mise en oeuvre **d'un principe constitutionnel** concerne moins la couverture maladie de base que la couverture complémentaire.

En effet, on estime que seulement 0,3 % de la population³, soit 150 000 personnes, n'accède pas à un régime de base, situation qui résulte d'une méconnaissance des droits, de situations de transition entre régimes, de lenteurs dans les procédures d'accès, plus que d'une absence de droit.

L'enjeu, pour la base, concerne donc moins le champ que la nature de la couverture à travers le passage d'un régime d'aide médicale à un régime de Sécurité sociale.

La question du champ touche par contre la couverture complémentaire.

¹ Enquête C.R.E.D.E.S. En 1992, 87 % des assurés sociaux disposaient d'une couverture complémentaire, ils ne sont plus que 83,6 % en 1994, soit une démutualisation de 2 millions de personnes en 4 ans.

² Enquête C.R.E.D.E.S.

³ Parmi les exclus de la couverture de base, les personnes divorcées n'ayant jamais travaillé et dont les revenus sont supérieurs aux seuils d'accès à l'aide médicale.

En effet, 16 % de la population ne disposent pas d'une telle couverture étant précisé cependant que 1/4 bénéficie d'une prise en charge à 100 % au titre de l'aide médicale gratuite ou de l'exonération du ticket modérateur, ce qui ramène à 12 % le pourcentage de personnes sans couverture, soit près de 7 millions¹.

Cette situation résulte d'un repli des couvertures de base. En 1995, la consommation médicale n'était financée qu'à 73,6 % par les régimes obligatoires. Il s'agit du taux le plus bas en Europe, conséquence de politiques de régulation fondées sur l'idée qu'un recul des remboursements devait entraîner un ralentissement de la consommation de soins.

En réalité, **le ticket modérateur n'a jamais rien modéré et s'est transformé en ticket d'exclusion**, dans la mesure où l'absence de couverture complémentaire conduit beaucoup d'assurés sociaux à ne pas pouvoir utiliser leur couverture de base.

Le forfait hospitalier, les dépassements d'honoraires, la faiblesse des remboursements² dans les domaines des prothèses dentaires, de l'optique médicale et l'avance des frais, constituent autant d'obstacles à l'accès aux soins.

Les plus touchés par l'exclusion sont les chômeurs et les jeunes. Les renoncements les plus importants concernent le domaine dentaire³ (40 %), l'optique médicale (15,8 %) et les consultations de médecine de ville (29 %). Les restrictions, quant à elles, ne touchent pas que les exclus. Ainsi, les dépenses de soins dentaires des ouvriers sont deux fois moins élevées que celles des cadres⁴.

Quant aux personnes couvertes dans le cadre de l'aide médicale et du R.M.I., elles

¹ Enquête C.R.E.D.E.S. pour la F.N.M.F.

² Les régimes de base ne couvrent que 8 % des dépenses d'optique médicale.

³ En 1996, 39 % des personnes de 65 ans et plus ont perdu toutes ou presque toutes leurs dents.

⁴ Enquête C.R.E.D.E.S. 1992.

connaissent, selon les départements, des situations très différentes. A côté de Conseils généraux qui ont mis en place des systèmes exemplaires de prise en charge, beaucoup trop de départements conservent encore des procédures marquées par les lenteurs de l'instruction, les incohérences d'appréciation, les inégalités de traitement; trop souvent, également, les personnes subissent le maintien de mécanismes stigmatisant de type bons d'aide médicale qui leur donnent le sentiment qu'elles ne disposent pas d'un vrai droit à la santé.

La démarche

Le choix de la couverture maladie universelle, qui est une démarche d'extension du droit, de préférence à l'assurance maladie universelle, démarche de substitution, se fonde sur deux motifs.

En premier lieu, l'extension évite de poser la question de l'harmonisation préalable des prestations et des efforts contributifs des différents régimes de base, question qui explique, qu'en 1996, l'assurance maladie universelle soit demeurée au niveau de l'effet d'annonce.

Ce choix répond également à la crainte de voir naître une « assurance maladie universelle minimum », crainte qui n'était pas sans fondement. Le rapport du Haut Comité de la Santé Publique¹ sur « la progression de la précarité en France » suggère la mise en place d'une couverture de base par la définition d'un "panier minimum de prestations socio-sanitaires". **C'est ainsi qu'un principe d'unité peut servir de pavillon à des régressions vers des minima de prestations.**

La couverture maladie universelle pourra, bien sûr, s'inscrire dans une perspective

¹ Publié en février 1990.

d'harmonisation, à terme, des différents régimes professionnels en prenant comme référence le régime général, étant observé qu'à l'occasion de la consultation, les partenaires sociaux se sont montrés attachés au maintien de ces régimes.

La démarche d'extension s'oppose aussi aux soins spécifiques pour personnes en difficulté, qui risquent toujours de déboucher sur une filière sanitaire des pauvres. La mise en place de lieux de traitement des plus défavorisés, palliatifs utiles, maintient leur exclusion du droit commun.

Avec la couverture maladie universelle, il ne s'agit pas de construire un régime minima pour les exclus, mais d'inclure les exclus dans la couverture de tous.

Avec la couverture maladie universelle, il ne s'agit pas de consolider l'existence d'une filière sanitaire des pauvres s'articulant autour de l'hôpital public et des centres de santé, mais d'ouvrir aux personnes en difficulté le système de soins de tous.

Enfin, avec la couverture maladie universelle, il ne s'agit pas seulement d'aboutir à la couverture universelle des personnes, mais également à la couverture universelle de soins.

L'extension de l'accès resterait, en effet, de portée limitée, si elle ne concernait qu'une partie des dépenses, comme en matière de prothèses dentaires ou d'optique médicale. Par ailleurs, tout dérapage des chiffres d'affaires des professions de santé déstabiliserait l'universalité de la couverture, comme le montre le développement du secteur II.

La couverture de tous les soins implique donc un renforcement de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et des filières de soins.

L'instauration de la couverture maladie universelle constitue une occasion forte pour tous les tiers payeurs (régimes de base, mutuelles, prévoyance, assurances) d'établir un rapport universel de régulation. Les tiers payeurs éclairés souhaitent devenir de véritables acteurs de cette régulation.

Pour répondre à cette préoccupation, le moment est peut être venu de mettre en place un "conseil supérieur des tiers payeurs régulateurs".

Cette régulation doit permettre de financer une part de l'extension de l'accès aux soins par des économies résultant d'une maîtrise médicalisée de l'évolution des coûts, d'autant que la recherche d'un meilleur rapport qualité coût-couverture peut s'opérer sans attenter au droit de se soigner, 15 % des dépenses médicales, soit près de 100 milliards¹. étant admises comme inutiles pour la santé.

Or, le coût de l'extension de la couverture maladie, évalué à 5 Milliards de Francs, représente moins de 1 % des 701² Milliards de dépenses maladie. (Comptes nationaux de la santé 96)

*

La large consultation³ qui a précédé l'élaboration de ce rapport a permis de constater un accord sur les finalités poursuivies. Elle a, en même temps, révélé des différences

¹ 511 Milliards sont supportés par les régimes base, 90 Milliards par les complémentaires, 100 Milliards par les ménages.

² Rapport C.N.A.M. échelon national du suivi médical, août 1992. La comparaison des coûts des systèmes de soins français, japonais, belge, danois ou anglais révèle que, pour des résultats sanitaires comparables, les dépenses de santé sont en France supérieures de 20 %.

³ Voir en annexe la liste des institutions et personnes consultées.

d'appréciation quant à la nature des réponses appropriées à apporter. C'est pourquoi, il a semblé judicieux, afin d'éclairer les arbitrages, d'explorer trois scénarios :

- La couverture décentralisée encadrée,

- La couverture centralisée,

- La couverture partenariale.

Ces trois scénarios sont construits en s'appuyant sur les orientations du Gouvernement arrêtées lors du Conseil des Ministres du 4 mars 1998, concernant la nature, le champ et le coût de l'extension.

Nature de l'extension : Couverture base et complémentaire y compris amélioration des remboursements de soins relatifs aux prothèses dentaires, auditives et optiques médicales avec tiers payant.

Champ de l'extension : Universel pour la couverture de base. Pour la complémentaire : ouverture à toutes les personnes ayant des revenus inférieurs à un barème, le barème le plus souvent évoqué étant celui du minimum vieillesse : 6 millions de personnes sont concernées par un tel barème.

Evaluation du coût: A partir des deux hypothèses précédentes, le coût de l'extension en base et complémentaire a été évalué à 5 Milliards.

Scénario I

LA COUVERTURE DECENTRALISEE ENCADREE

Ce scénario, fondé sur les acquis de l'aide médicale, financée pour l'essentiel par les départements, consiste à en étendre la portée.

1- Portée et limites de l'aide médicale.

Le précédent "douloureux" de la loi sur la prestation dépendance qui, sous le pavillon de la nouveauté, a organisé un recul social par rapport aux acquis de la loi de 1975 instaurant l'allocation compensatrice, incite, avant de proposer toute "avancée nouvelle", à examiner attentivement la législation et ses potentialités, afin que tout dispositif supplémentaire représente, effectivement, un progrès.

Cet examen permettra d'identifier l'existence de gisements de droit sous exploités.

1.1 - Les acquis de l'aide médicale.

Trois principes ont permis de réaliser des progrès significatifs dans l'accès aux soins :

Le droit à une couverture médicale pour les personnes en difficulté :

En application du titre III bis du code de la famille et de l'aide sociale. toute personne résidant en France, et ne pouvant faire face au coût des soins en raison de sa situation

financière, a droit à l'aide médicale couvrant tout ou partie du ticket modérateur pour les frais médicaux et pharmaceutiques, du forfait hospitalier et, pour les personnes non affiliées à un régime de base, la prise en charge de la cotisation à l'assurance personnelle. L'admission à l'aide médicale concerne le demandeur et ses ayants droits. Elle est accordée pour une période d'un an.

L'accès sans délai à une couverture de base :

La loi du 25 juillet 1994 a instauré un droit d'accès général à l'assurance maladie. Dès la demande, la C.P.A.M. ouvre un droit à l'assurance personnelle¹ pour une période de trois mois, ce délai étant mis à profit pour rechercher le rattachement à un régime obligatoire.

En cas d'absence de rattachement possible, le demandeur est maintenu au régime de l'assurance personnelle avec, selon ses ressources, contribution de sa part ou appel à un tiers payeur.

Si cette loi intéresse d'abord les personnes en état de précarité, elle instaure à l'égard de tous une procédure d'affiliation sans délai à la couverture de base.

Il s'agit de l'exemple même d'une bonne loi, faiblement utilisée, au motif qu'une meilleure loi (l'assurance maladie universelle puis la couverture maladie universelle) est annoncée.

L'admission de plein droit pour les plus démunis :

Alors que l'aide médicale implique une appréciation des situations personnelles, la loi du 29 juillet 1992 a introduit certains automatismes dans sa mise en oeuvre.

¹ Cf. en annexe – Extrait du Monde sur l'ouverture d'un droit en une heure.

Les personnes concernées par le R.M.I. disposent, du seul fait de leur statut, d'une couverture à 100 % pour les soins remboursés par le régime général. La loi de 1992 a instauré à leur égard une sorte de "bloc de couverture base complémentaire" avec tiers payant. Quant aux jeunes de moins de 25 ans, satisfaisant aux conditions de ressources du R.M.I., et aux titulaires de l'allocation veuvage, ils bénéficient automatiquement de la prise en charge de la cotisation à l'assurance personnelle.

Ces dispositions ont non seulement assuré l'amélioration de l'accès aux soins, mais également permis de répondre à l'interrogation sur les comportements de consommation médicale des personnes démunies.

Les enquêtes, diligentées par les départements ayant instauré la carte santé, révèlent que les prises en charge à 100 %, avec tiers payant, ne provoquent aucune surconsommation. Les moyennes sont analogues à celles des autres assurés, avec simplement des spécificités dans les structures de consommation : plus fort recours aux visites, aux appels de nuit et de week-end, révélatrices d'un besoin d'être rassuré, lié au sentiment de se trouver rapidement dépassé par tout incident de santé.

L'enquête C.R.E.D.E.S. 1996, révèle par ailleurs une tendance forte à l'hospitalo-centrisme des personnes bénéficiaires de l'aide médicale gratuite dont la fréquence d'hospitalisation est en moyenne du double du reste de la population.

1.2 - Les limites de l'aide médicale.

Les "limites" tiennent moins à la loi elle-même qu'à ses conditions d'application.

Trois dispositions importantes sont mises en oeuvre de façon inégale :

- l'admission immédiate,

- la possibilité d'instaurer un barème d'accès.
- l'autorisation de conventionnement auprès des C.P.A.M.

L'admission immédiate à l'aide médicale, instaurée par l'article L 189.7 du code de la famille et de l'aide sociale, est le plus souvent méconnue, comme le révèlent des délais d'instruction souvent longs (parfois jusqu'à six mois), alors qu'il n'y a plus lieu de faire la preuve préalable de son affiliation à la sécurité sociale et que l'appréciation des ressources relève d'un régime déclaratif.

La possibilité d'instaurer un barème n'a pas été utilisée par tous les départements, ou l'a été de façon hétérogène avec des différences et des effets de seuil important. L'existence d'une cotisation minimale élevée (12.389 Francs), applicable dès le franchissement des seuils, touche particulièrement ceux dont les revenus dépassent de très peu les barèmes (comme par exemple des mères de famille divorcées ou des veuves dont le décès du conjoint est intervenu avant la loi de 1993).

Le conventionnement avec les C.P.A.M. et l'instauration d'une carte santé ont insuffisamment servi alors que perdurent les formules préhistoriques et illégales des bons d'aide médicale contingentés.

A ces lacunes de l'aide médicale s'ajoutent des dysfonctionnements des régimes de base.

Ainsi, des ruptures de droit tiennent aux faiblesses du réseau informatique entre les C.P.A.M. Un déménagement, entraînant un changement de caisse d'affiliation, peut conduire à une rupture de prise en charge. De même, une mutation de régime d'affiliation provoque une rupture de couverture alors pourtant que le droit au nouveau régime n'est pas contestable.

L'aide médicale est en conséquence trop souvent conduite à assumer des situations transitoires pour des personnes n'ayant jamais perdu leurs droits, mais se trouvant "entre deux droits".

2- Les conditions d'une extension de l'aide médicale.

S'appuyant sur les acquis, tout en corrigeant les insuffisances, le scénario de maintien d'une couverture d'accès décentralisé peut s'envisager sous les six conditions suivantes :

- l'instauration d'un barème minimum national.
- le guichet de droit commun,
- le guichet unique,
- la suppression de l'obligation alimentaire,
- l'instauration d'un principe d'immédiateté et de continuité.
- la création d'un fonds de péréquation.

2.1- L'instauration d'un barème national.

La principale lacune de l'aide médicale tient à l'absence de barème national qui a débouché sur une hétérogénéité de seuils, créatrice de disparités géographiques fortes.

Pour l'admission totale, les seuils fixés par les Conseils généraux s'étalent, au 1^{er} janvier 1998, de 2.138 Francs à 3.800 Francs pour une personne seule.

Deux départements, Paris et Les Hauts-de-Seine (92), utilisent des seuils plus élevés que le minimum vieillesse.

Seize départements n'ont aucun barème et se livrent à une appréciation individuelle des ressources s'appuyant, en réalité, sur des barèmes occultes.

Quarante départements se réfèrent au barème du R.M.I.

Trente départements se situent entre le R.M.I. + 25 % et + 50 %.

Le barème moyen s'établit à R.M.I. + 20 %.

Les seuils sont d'autant plus élevés que les départements sont plus riches. S'il est peu admissible que l'accès à la couverture santé connaisse des variations géographiques liées à la situation financière des départements, alors qu'elle ne doit dépendre que de la situation financière des personnes, il est par contre opportun qu'en raison des conditions de vie dans certaines agglomérations, et notamment dans la région parisienne, existent des barèmes d'accès à l'aide médicale plus élevés. Toutes les disparités ne sont donc pas illégitimes.

Si l'accès décentralisé était maintenu, il conviendrait de l'encadrer par un barème national.

Le barème prévu actuellement comme une possibilité deviendrait obligatoire. Le principe en serait instauré par la loi. Le montant minimum, arrêté par décret.

Un tel barème ne serait pas contraire aux principes de décentralisation dès lors qu'il fixerait un plancher et, qu'au delà, il resterait possible et même nécessaire, dans certaines régions compte tenu du coût de la vie, de prévoir des seuils plus élevés.

En vérité la loi de 1992, en rendant automatique l'admission à l'aide médicale des bénéficiaires du R.M.I., a instauré, de fait, un premier barème national de référence. De même, pour l'aide médicale de l'Etat, ouverte aux personnes sans domicile fixe, le barème est celui du R.M.I. La question est donc moins celle du principe d'un barème national opposable que celle

de son montant.

Pour la détermination de ce montant. deux options seraient possibles :

- retenir le niveau moyen des barèmes actuels des départements, qui correspond au R.M.I. plus 20 %,
- retenir le barème du minimum vieillesse. (3.400 Francs pour une personne seule, 5.100 pour un couple, 6.120 Francs pour un couple avec un enfant à charge, etc.)

Un barème fixé au niveau du minimum vieillesse toucherait 6 millions de personnes dont 1,9 millions de personnes concernées par le R.M.I. Par rapport aux actifs, il intéresserait les salariés au S.M.I.C., mariés et avec au moins un enfant à charge.

Pour l'appréciation du revenu, serait pris en compte l'ensemble des ressources du demandeur, ainsi que des personnes à sa charge, à l'exception des aides au logement. De même, seraient écartées les allocations visées à l'article 8 du décret du 12 décembre 1988.

2.2- Le guichet de droit commun pour l'accès au régime général.

L'article L 182.1 du code de la sécurité sociale a prévu la possibilité de conventionner la gestion de l'accès à la couverture maladie auprès des C.P.A.M. En application de cette disposition, une convention type a été élaborée et certains départements ont opté pour le conventionnement.

L'instauration du guichet de droit commun ne passe pas nécessairement par ce conventionnement. En effet, la loi du 25 juillet 94 reconnaît aux C.P.A.M. le droit et même l'obligation d'ouvrir sans délai l'assurance personnelle à tout demandeur, la recherche d'un éventuel rattachement à un régime de base s'opérant postérieurement à l'ouverture du droit. La

loi donne ainsi aux C.P.A.M. vocation d'instruire les dossiers pour toutes les personnes recherchant une couverture maladie.

En s'appuyant sur ce dispositif, la C.P.A.M. du Morbihan a récemment prouvé qu'un dossier d'affiliation pouvait se traiter en une heure.

Quel que soit le scénario retenu, et en attendant l'application des nouvelles dispositions, il serait opportun d'activer l'application de la loi du 25 juillet 1994.

La suppression de toute obligation de justification préalable devrait par ailleurs être confirmée, conformément au régime déclaratif rappelé par la circulaire du 9 mars 1993.

Les C.P.A.M. délivreraient, au titre de l'assurance personnelle, une carte Sésame-VITALE se substituant à la carte santé qui, bien que plus acceptable que le régime des humiliants bons d'aide médicale, demeure stigmatisante.

2.3- Le guichet unique pour la coordination couverture base et complémentaire :

Toutes les associations impliquées dans l'aide médicale demandent l'instauration d'un guichet unique de gestion pour la couverture de base et la couverture complémentaire. Ce besoin peut être satisfait dans le cadre d'un accès décentralisé.

Certains départements comme la Meurthe-et-Moselle, ayant conventionné avec la C.P.A.M., ont passé un accord avec les mutuelles. Les praticiens se font rembourser la totalité des frais par l'union des mutuelles qui récupère la part régime obligatoire auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie.

La Meurthe-et-Moselle a, d'une certaine manière, mis en place les principes de la couverture maladie universelle dans le cadre de la législation actuelle.

Les Conseils généraux garderaient la liberté de choix du partenaire complémentaire. Le législateur pourrait valider une couverture complémentaire de référence, préalablement négociée entre les départements¹ et les acteurs des régimes complémentaires et prévoir une coordination « base complémentaire » par les C.P.A.M.

2.4- La suppression de l'obligation alimentaire.

La loi du 29 juillet 1992 a ouvert les voies de cette suppression en matière d'aide médicale. D'ores et déjà, l'obligation alimentaire n'existe plus pour le bénéficiaire du R.M.I. Il conviendrait de la supprimer pour l'aide médicale de droit commun, étant observé que, dans les faits, elle n'est pratiquement plus mise en jeu.

2.5- Le principe d'immédiateté et de continuité.

Le principe d'ouverture immédiat de droit à une couverture de base a été instauré par la loi du 25 juillet 1994. De même, l'admission immédiate à l'aide médicale a été reconnue par l'article L 189-7 du Code de la famille et de l'aide sociale. Ces principes doivent être appliqués. Par ailleurs, pour mettre fin aux ruptures de prise en charge, liées aux changements de domiciliation, de situation professionnelle ou de statut, il conviendrait d'étendre le principe de continuité, esquissé par la loi du 25 juillet 1994, avec obligation pour le régime de première affiliation de procéder au transfert, sans rupture de droit, en cas de changement de la situation de l'affilié.

2.6- La création d'un fonds de péréquation.

En vertu de l'article L 1641.2 du Code général des collectivités territoriales, toute charge nouvelle incombant aux collectivités locales du fait de la modification par l'Etat, par

¹ Des départements ont instauré des prises en charge non remboursées : 24 départements pour des frais dentaires, 22 pour des frais d'optiques, 9 pour les prothèses auditives.

voie réglementaire, des règles relatives à l'exercice des compétences transférées. ouvre droit à compensation dans les conditions prévues par l'article L 1614.1 du même code.

La création d'un barème minimum national conduirait à un accroissement de charge reflétant, pour partie, un rattrapage dans les départements ayant fait une application restrictive de la loi de 1992 et, pour partie, un effet d'extension du nombre des bénéficiaires lié au relèvement du seuil.

Si le barème était fixé au niveau moyen retenu par les départements (R.M.I. + 20 %), il n'y aurait pas lieu à compensation, les conséquences financières d'une telle instauration ne reflétant qu'un rattrapage pour les départements ayant appliqué la loi sur des bases inférieures à la moyenne.

Si le barème était fixé au niveau du minimum vieillesse, devrait être compensé l'augmentation des dépenses résultant de l'écart entre le barème moyen actuel et le barème établi par référence au minimum vieillesse.

En estimant qu'un barème au niveau du minimum vieillesse aurait pour moitié un effet de rattrapage et pour moitié un effet d'accroissement de charges, et compte tenu du coût de l'extension couverture de base et complémentaire estimé à 5 Milliards, une dotation nationale de 2,5 Milliards de francs devrait venir abonder la D.G.D. et jouer un rôle de péréquation.

Alors que la loi du 29 juillet 1992 a créé des obligations nouvelles aux départements sans compensation financière, l'extension de l'aide médicale serait ainsi compensée.

EVALUATION DU SCENARIO

Pour la couverture de base, le scénario d'extension présente un bon rapport qualité-coût-complexité, dès lors qu'il permet de traiter la situation de 150.000 personnes, sans bouleversement des structures de financement.

Le scénario a le mérite de la simplicité, en se fondant sur les mécanismes existants et, notamment, sur la loi du 25 juillet 1994 qui a instauré le droit d'accès généralisé et sans délai à l'assurance personnelle auprès des C.P.A.M., et esquissé le principe de continuité d'affiliation.

Il permet, sur critère subsidiaire de résidence, d'accorder une carte de sécurité sociale à tous.

Il ouvre les voies du guichet unique à travers un conventionnement avec un acteur complémentaire, les C.P.A.M. pouvant assurer la coordination régime de base et complémentaire.

Il est compatible avec la suppression totale de l'obligation alimentaire, déjà écartée pour les bénéficiaires du R.M.I.

Dans ce scénario, l'assurance maladie personnelle conserverait, comme seule fonction, de fournir les bases de calcul des contributions financières dues par les différents partenaires, au titre de la prise en charge des cotisations.

Le maintien de l'accès décentralisé peut aussi se justifier par les besoins d'accompagnement social et d'ajustement aux réalités locales qu'un dispositif national ne peut assurer, notamment dans les régions où le coût de la vie exige des barèmes d'accès plus élevés,

ou dans certains départements comme la Seine Saint Denis¹, où la situation sanitaire, très dégradée, appelle un dispositif de rattrapage.

Ce scénario présente cependant deux faiblesses :

- **il ne supprime pas l'aide médicale alors que l'objectif est d'étendre à tous le droit à l'assurance maladie. Changer la nature du régime de prise en charge, en passant du droit des pauvres au droit de tous, dépasse la seule question de l'affiliation de 150.000 personnes ;**
- **il se heurte à l'hostilité des Conseils généraux.**

Les Conseils généraux ont confirmé, lors de la consultation de l'A.P.C.G.², qu'ils ne souhaitent pas conserver la compétence en matière de santé et sont favorables à la recentralisation du risque. Ils considèrent que l'aide médicale ne constitue pas un enjeu fort de leur politique sociale, compte tenu de leur faible marge d'autonomie.

Il est vrai qu'en matière d'accès à la santé, l'application d'un droit homogène sur l'ensemble du territoire l'emporte logiquement sur la mise en oeuvre de politiques locales différenciées, justifiant des choix décentralisés.

Les Conseils généraux pourront échapper aux conséquences budgétaires d'une amélioration de l'accès décentralisé aux soins en acceptant les transferts financiers inhérents aux transferts de responsabilité qu'implique une recentralisation du risque maladie.

¹ 35 % des personnes dont le revenu se situe entre le R.M.I et le S.M.I.C. n'ont pas de couverture complémentaire.

² Assemblée des Présidents de Conseils généraux de France, cf. annexe.

Scénario II

LA COUVERTURE CENTRALISEE

Le scénario de recentralisation inscrirait la question de l'accès aux soins dans une logique de santé publique alors que l'accès décentralisé la maintient dans une démarche d'action sociale.

Il conduirait :

- à instaurer un droit d'affiliation au régime général sur critère subsidiaire de résidence,
- à greffer sur le régime général un "régime complémentaire", sous condition de ressources.

1- L'accès au régime général :

La recentralisation de l'accès à la couverture de base implique de traiter cinq questions :

- la place du critère résident,
- le financement,
- le seuil et le taux de contribution,
- la rupture du lien cotisation-ouverture du droit,
- la gestion personnalisée.

1.1- La place du critère résident.

Tout résident permanent¹ ne relevant pas d'un régime de base ou du régime étudiant en qualité d'assujéti ou d'ayants droit, se verrait affilié de plein droit au régime général de l'assurance maladie, sans passer par l'assurance personnelle qui serait supprimée.

Le critère résident resterait subsidiaire par rapport aux critères professionnels ou statutaires : étudiant, titulaire du revenu minimum d'insertion (R.M.I.), de l'allocation adulte handicapé (A.A.H.), de l'allocation parent isolé (A.P.I.).

La notion de résidence en France demeurerait celle de la jurisprudence. (Avis du C.E. du 8 janvier 1981)

La condition de résidence serait regardée comme remplie pour les sans domicile fixe (S.D.F.) à travers la formule de domiciliation auprès d'un organisme agréé.

1.1.1- L'articulation critère professionnel, critère résident.

La création d'une affiliation sur critère subsidiaire de résidence doit être l'occasion d'une simplification des conditions d'accès de droit commun au régime général. Mieux vaut consacrer du temps à la gestion du risque qu'à la ventilation des affiliés selon les critères d'accès, d'autant qu'aura disparue la principale raison de l'attention portée à cette ventilation, qui était le déclenchement du paiement de la cotisation à l'assurance personnelle par un tiers.

Allonger la durée d'ouverture des droits :

Passer la durée d'ouverture des droits dans le régime général de 2 à 5 ans² ou, selon le principe de continuité, l'ouvrir sans limite de durée, à charge pour le premier régime

¹ La question des personnes de nationalité étrangère fait l'objet d'une étude spécifique du rapport.

² La durée de 5 ans rejoint la durée totale des droits résultant de l'extension du maintien du droit aux prestations en nature prévues par l'article 4 du décret du 9 avril 1998 relatif à la carte d'assurance maladie.

d'affiliation de provoquer les transferts vers d'autres régimes.

Assouplir les clauses de "stage"

Ouvrir le droit à affiliation, quelle que soit la durée de l'emploi salarié, en l'absence d'activité non salariée, sur la base du premier bulletin de salaire.

Affilier les chômeurs non indemnisés au titre de l'activité constatée dans les cinq ans précédents la demande d'affiliation.

Alléger les procédures

Supprimer l'obligation annuelle de production d'un bordereau de versement par les chômeurs indemnisés.

Supprimer l'obligation de fournir tous les six mois une attestation de recherche d'emploi. Actuellement ceux qui omettent cette formalité sont radiés, s'ils se remanifètent, ils sont repris au titre de l'assurance personnelle alors qu'ils continuent à relever du régime général.

1.1.2- L'âge d'affiliation.

L'immatriculation dès la naissance ou l'immatriculation automatique à l'âge de 16 ans sont parfois envisagés. Il ne paraît pas opportun, à travers de tels automatismes, de sembler affaiblir la notion d'avant droit, alors qu'il conviendrait plutôt de l'étendre aux enfants majeurs en recherche d'emploi.

Il est par contre justifié de prévoir la possibilité pour un jeune de s'ouvrir, à sa demande, des droits autonomes dès l'âge de 16 ans. L'option paraît préférable à l'automatisme.

1.1.3- Les principes d'immédiateté et de continuité.

L'affiliation serait régie par les principes d'immédiateté et de continuité.

Le droit serait, comme le prévoit la loi du 25 juillet 1994, ouvert dès la date de la demande.

En vertu du principe de continuité, le régime général procéderait aux opérations éventuelles de transfert vers un autre régime en cas de changement dans la situation de l'assuré sans rupture de droit. La mise en réseau informatique des régimes de base permettrait d'assurer la rapidité des transferts.

Le guichet serait celui des C.P.A.M., répondant ainsi au souhait des personnes en difficulté d'accéder au guichet et à la procédure de tous.

1.2- Le financement.

Il n'est pas question de mettre à la charge du régime général maladie le coût de la centralisation du risque, alors qu'actuellement la grande majorité des personnes relevant de l'assurance personnelle voient leurs cotisations prises en charge par des tiers.

Le précédent de l'affiliation des titulaires de l'A.A.H., sans compensation, a légitimement laissé au régime général un mauvais souvenir.

En même temps que la suppression de l'assurance maladie personnelle, il faudra donc recycler, au profit du régime général, les enveloppes affectées au financement des cotisations, le recyclage le plus délicat concernant le concours financier des Conseils généraux.

1.2.1- L'enveloppe des Conseils généraux.

Les dépenses des départements figurant aux comptes administratifs 1996 s'élevaient, en matière d'aide médicale, à 7,4 Milliards dont 3,1 Milliards au titre de la prise en charge des cotisations d'assurance personnelle.

Même si les départements se déclarent, en principe, favorables à la recentralisation de l'aide médicale, une discussion complexe s'esquisse sur le montant de l'enveloppe dont ils acceptent la remontée, d'autant que, s'il existe une base législative définissant les conditions financières du transfert de la compétence de l'Etat vers les collectivités locales, il n'en existe pas fixant les conditions de remontée d'une compétence.

Ces conditions sont exposées en fin de scénario de centralisation puisqu'elles concernent l'aide médicale dans sa totalité (couverture de base et couverture complémentaire).

1.2.2- Les autres enveloppes.

La C.A.F.

Les C.A.F. prennent en charge les cotisations à l'assurance personnelle de leurs allocataires ayant des revenus inférieurs à un plafond de ressources, du reste supérieur au minimum vieillesse, ainsi que celles des bénéficiaires de l'allocation parent isolé.

La cotisation est financée intégralement lorsque les ressources sont inférieures à 5.720 Francs par mois, et de façon dégressive jusqu'à 107.665 Francs de revenu par an pendant toute la durée de perception des prestations.

En 1996, le coût s'élevait à 1,3 Milliards pour les allocataires et à 1,2 Milliards pour les bénéficiaires de l'allocation parent isolé.

La C.D.C.

La C.D.C. assume les cotisations des titulaires de l'allocation spéciale vieillesse pour un montant de 617 millions.

L'Etat

L'Etat verse les cotisations assurance personnelle pour les S.D.F. sur la base d'un barème national pour un montant de 145 millions.

DOM

413 millions.

1.2.3- Le coût de l'extension.

Au-delà du recyclage des enveloppes de financement par les tiers des cotisations à l'assurance personnelle, le coût de l'extension est évalué à 600 millions de Francs.

Dans la mesure où l'extension concerne, pour l'essentiel, des personnes qui, au regard de la législation actuelle, auraient dû être affiliées au régime général, il apparaît normal que son coût soit pris en charge par le régime général.

1.3- Le caractère contributif ou non contributif du "régime général résident".

Il conviendra de se prononcer sur le principe, le niveau de revenu et le taux de contribution au régime général "résident".

Sur un total de 536.000 affiliés à l'assurance maladie personnelle, seules 60.933 personnes au 30 juin 1997 acquittaient une cotisation. (600 millions de Francs en 1996)

1.3.1- Le principe contributif.

L'accès aux prestations en nature des régimes de base n'est plus conditionné par le

paiement d'une cotisation personnelle, la cotisation salariée ayant été basculé sur la C.S.G. Seule subsiste la cotisation patronale.

Y a-t-il, dans ces conditions, lieu de prévoir pour les affiliés sur critère de résidence une cotisation en plus de la C.S.G. qu'ils versent comme les autres assurés ?

Le financement des prestations en nature de l'assurance maladie s'opérant à travers la CSG et les cotisations patronales, il ne paraît pas anormal que, pour les affiliés résident, soit maintenues, au-dessus d'un certain seuil de revenu, la double source de financement : la C.S.G. et une cotisation personnelle.

Lors des consultations, le principe du maintien d'une telle cotisation n'a pas été contesté.

1.3.2- Le seuil contributif.

Le seuil contributif serait celui du minimum vieillesse, étant cependant observé que le choix conduira à un recul par rapport aux prises en charge actuelles des cotisations par les tiers payeurs dans deux cas :

- pour les personnes résidant dans deux départements (Paris et Hauts-de-Seine (92)) qui ont fixé des seuils d'accès à l'aide médicale au-dessus du minimum vieillesse.
- pour certains allocataires de la C.A.F. dans la mesure où la prise en charge des cotisations individuelles au régime de base est intégrale jusqu'à 5.720 Francs et partielle jusqu'à 9.000 Francs. Le nombre de personnes concernées est cependant faible (sur les 10.000 personnes prises en charge par la C.A.F., seulement 2.000 ont des revenus supérieurs à 60.000 Francs par an).

1.3.3- Le taux de la cotisation.

Le taux actuel de la cotisation s'élève à 15,05 % avec un minimum forfaitaire de 12.389 Francs (15,05 % sur un revenu égal à la moitié du revenu du plafond de la sécurité sociale soit 82.320 Francs). Ce système débouche sur un effet de seuil très dur pour les personnes dont les revenus sont tout juste supérieurs au seuil d'accès à l'aide médicale.

Il existe par ailleurs des cotisations forfaitaires de 1.266 Francs pour les jeunes de moins de 27 ans et de 1.020 Francs pour les étudiants non admis au régime étudiant. (C'est le montant de la cotisation régime étudiant pour la rentrée 1996-1997)

La cotisation des « affiliés résident » devrait d'abord être réduite du taux de la C.S.G. (4,7 %) qui n'a pas été imputée en déduction du montant de la cotisation individuelle lors du transfert cotisations salariées vers C.S.G. Le taux serait, de ce fait, ramené à 10,3 % .

Au delà de cette réduction. les options pour le choix du taux sont les suivantes :

- 10,1 % qui correspond au taux de la part patronale régime général assurance maladie hors prestations en espèces.
- 5,9 % qui correspond au taux de la part patronale due par les non salariés, non agricoles (mais ce taux correspond à des prestations CANAM, moins élevées),
- 3.990 Francs, qui correspond à la cotisation minimale des non salariés.

L'existence, à des niveaux assez proches. de revenus cotisés et de revenus exonérés exclut toute formule forfaitaire qui pèserait plus fortement sur les bas revenus.

Pour corriger l'inégalité résultant d'un régime de contribution lié à la nature des revenus et non à leurs niveaux, il conviendrait de prévoir un taux proportionnel avec abattement à la base.

Il est proposé de retenir une cotisation au taux de 10 % uniquement appliqué à la part de revenu dépassant le seuil d'accès non contributif, c'est-à-dire le minimum vieillesse.

Cette proposition représente un allègement par rapport au montant des cotisations actuelles du régime de l'assurance personnelle. Ainsi, pour une personne ayant un revenu situé entre le barème du minimum vieillesse et le SMIC, sa cotisation passerait de 12.389 Francs par an à 2.193 Francs¹. Elle est également plus juste dès lors qu'elle substitue à une règle de discrimination selon la nature du revenu, une règle d'abattement selon le niveau de revenu et atténue l'effet de seuil.

Pour les jeunes de moins de 27 ans, ne remplissant pas les conditions de revenu donnant accès au R.M.I., et pour les jeunes étudiants non admis au régime étudiant, il est proposé de maintenir une cotisation forfaitaire de 1.020 Francs, correspondant au montant de la cotisation étudiante.

Ces propositions conduisent à une réduction de moitié du produit des cotisations actuelles de l'assurance (600 millions de Francs : 300 millions de Francs).

1.4- Le lien entre cotisation et accès aux droits.

L'obligation de paiement préalable des cotisations pour l'ouverture du droit serait supprimée.

Afin d'éviter les effets de transfert vers le régime général résident, il conviendrait dans le même temps d'abroger, dans les régimes non salariés, la clause de déchéance et de suspension des droits en cas de non-paiement des cotisations tant qu'il n'y a pas changement d'activité.

¹ Cf. Annexes statistiques et techniques V.

Actuellement, pour les exploitants agricoles, l'article 1106.12, 3ème alinéa du code rural prévoit que "le défaut de versement de cotisations n'exclut les assurés du bénéfice de l'assurance qu'à l'expiration d'un délai de six mois à compter de la mise en demeure de payer".

En 1996, on comptait 6.283 chefs d'exploitation déchus, soit 1,1 % du total.

Pour les travailleurs indépendants non agricoles, les dispositions de l'article L 15.8 du code de sécurité sociale prévoient que le défaut de versement des cotisations suspend le bénéfice des droits aux prestations à l'expiration d'un délai de 30 jours, à compter de la date d'échéance.

L'impact financier de la suppression de ces règles de déchéance ou de suspension des droits pour les régimes serait faible, étant précisé les dispositifs de recouvrement contraignants seraient maintenus.

Les régimes de base professionnelle, dès lors qu'ils affirment leur volonté de persévérer dans l'être, doivent assumer, dans le cadre de la solidarité professionnelle, leurs actifs en difficulté.

1.5- Une gestion déconcentrée personnalisée.

Les C.P.A.M. sont prêtes à passer d'une gestion administrative à une gestion personnalisée. certaines ayant déjà pris des initiatives en direction des personnes démunies, comme la caisse du Calvados qui a créé un service DETRES, ou celle de la Manche qui a mis en place une cellule « PASS », précarité, accès aux soins, solidarité.

Ces caisses ne se contentent pas d'attendre les demandes d'affiliation, mais les suscitent, les orientent, se portent vers les personnes en difficulté.

Les personnels des C.P.A.M. sont parfaitement prêts à quitter leur guichet pour aller à la rencontre des exclus de l'assurance maladie étant observé que des formations spécifiques à la gestion sociale du risque existe et peuvent se développer.

Détecter, contacter, s'articuler avec les réseaux de suivi est indispensable, une enquête récente du CREDES révélant que 36 % des bénéficiaires du R.M.I. ignorent encore leur droit en matière d'accès aux soins.

Il est clair que, sans la généralisation au sein des C.P.A.M. de formules du type DETRES ou PASS, beaucoup de personnes, même titulaire d'un droit à la couverture maladie universelle, risquent de rester en dehors du bénéfice de la protection. Il ne suffit pas, en effet, d'ouvrir des droits aux exclus pour être assuré de l'utilisation effective de ces droits.

2- La modification du périmètre des couvertures des régimes de base ?

L'existence d'un taux de couverture des dépenses maladie par les régimes de base le plus bas d'Europe (73,6 % en 1995), rend légitime le débat sur l'élargissement de cette couverture, étant rappelé qu'en 1945 le régime général couvrait à 100 %.

Mutuelle de France souhaite que les régimes de bases s'engagent sur cette voie et propose que les économies réalisées de ce fait par les complémentaires soient réaffectées au financement du coût de leur extension en direction des personnes exclues ou fragilisées.

La C.G.C. a développé une position analogue sur l'articulation entre évolution des périmètres des régimes de base et financement de l'extension de la couverture complémentaire.

La C.G.T. s'est également exprimée en faveur d'un relèvement significatif des prises en charge par le régime général.

Au plan des principes, le plaidoyer en faveur d'une reconquête, par les régimes de base, de leur périmètre de couverture n'est pas contestable. Il se heurte cependant au problème du coût, un déplacement de frontière ne pouvant s'opérer qu'au profit de tous les ressortissants des régimes de base. (Une couverture à 100 % des consultations généralistes coûterait 14 Milliards de Francs).

3- La mise en place d'une couverture complémentaire sous condition de ressources.

Dans l'option centralisation viendrait se greffer, sur un régime général aux frontières inchangées, une couverture complémentaire sous condition de ressources.

Au même titre que le régime général gère des prises en charge à 100 % pour les affections longue durée, il pourrait assumer une prise en charge à 100 %, non plus sur critère médical, mais sur critère social.

Le seuil de revenu ouvrant droit à la prise en charge à 100 % serait celui du minimum vieillesse majoré selon les règles du R.M.I. pour tenir compte des personnes à charge:

- 3.400 Francs pour une personne seule,
- 5.100 Francs pour un couple,
- 6.120 Francs pour trois personnes,
- 7.140 Francs pour quatre personnes, etc.

Le financement de cette couverture complémentaire impliquerait le recyclage de l'enveloppe consacrée par les départements au financement de la couverture complémentaire dans le cadre de l'aide médicale (enveloppe qui s'élève en brut à 5 Milliards aux Comptes

administratifs 1996).

Il conviendra par ailleurs de dégager, au titre de la solidarité nationale, une dotation budgétaire de 4,4 Milliards¹ correspondant au coût de l'extension de la couverture complémentaire sur critère social en faveur des 3,9 millions de personnes concernées par le seuil de revenu minimum vieillesse et non bénéficiaires du R.M.I.

Le produit du recyclage des enveloppes et de la dotation budgétaire alimenteraient un fonds d'assurance maladie solidarité, garantissant une gestion distincte et autonome du régime complémentaire sous condition de ressources au sein du régime général.

L'accès à ce régime complémentaire pourrait donner lieu à cotisation.

4- Les conditions de recyclage des enveloppes.

La recentralisation du risque base et complémentaire implique un recyclage des concours de tous les financeurs de l'aide médicale.

4.1- Le recyclage de l'enveloppe des Conseils généraux.

La négociation avec les Conseils généraux est engagée, la centralisation du risque ne pouvant s'opérer que s'ils acceptent une remontée correcte de l'enveloppe aide médicale.

Les données financières de la négociation sont les suivantes :

1 9 9 6		
	Dépenses réelles Comptes administratifs	Droit à Compensation
Base	3,1 Milliards	826 millions
Complémentaire	5,015 Milliards	5,2 Milliards
Recettes en déduction	843 millions*	
Total	7,489 Milliards	6,100 Milliards

*Recouvrement auprès des tiers payants et récupération sur succession.

¹ Les conditions de l'évaluation sont explicitées dans la partie Chiffrages.

En l'absence de règle opposable, trois méthodes d'évaluation de l'enveloppe sont possibles :

- la prise en compte des dépenses réelles, inscrites aux Comptes administratifs,
- la compensation correspondant au montant actualisé des dépenses exposées par les collectivités locales et l'Etat. l'année précédent le transfert des compétences.
- la référence aux dépenses dues.

L'A.P.C.G. est favorable à la méthode dite de "compensation actualisée" avec correction.

Le droit à compensation base et complémentaire s'élève en 1996 à 6,1 Milliards. L'A.P.C.G. se réfère à cette enveloppe mais demande qu'elle soit diminuée pour tenir compte des doubles comptes et des replis de la couverture de base survenus pendant la période de décentralisation.

Il a été rappelé à l'A.P.C.G. que la référence aux droits à compensation actualisée était exclusive de toute correction puisqu'il s'agit d'un calcul théorique partant de la dépense au moment du transfert de compétence, actualisée en application des taux successifs d'indexation de la dotation générale de décentralisation.

L'application de la méthode dite du droit à compensation conduirait à prélever, au niveau de chaque département, un montant de crédits sans aucun lien avec les dépenses effectivement exposées. Un quart des départements subirait un prélèvement supérieur à leurs dépenses réelles. Les cas les plus extrêmes concerneraient les départements d'Outre-Mer pour lesquels le droit à compensation est presque deux fois supérieur aux dépenses réelles.

Le montant des droits à compensation ne pouvant être corrigé en tenant compte des conditions d'évolution et de gestion de ce risque, la réponse à la demande de correction des enveloppes, formulée par les Conseils généraux, implique que la négociation parte des dépenses réelles (7,4 Milliards aux Comptes administratifs en 1996).

Il a été proposé à l'A.P.C.G. d'adopter une règle de remontée fondée sur les dépenses réelles corrigées en fonction de l'évaluation des dépenses dues.

En effet, en raison d'anomalies de rattachement, liées à la non mise à jour des fichiers, les départements assument, dans certains cas, des cotisations à l'assurance personnelle pour des personnes qui auraient dû être rattachées à un régime de base ou être prises en charge par la C.A.F., l'aide médicale de l'Etat ou la C.D.C.

De son côté, l'Etat soutient que certains Conseils généraux font une application restrictive de la couverture santé des personnes ayant le R.M.I.

Le toilettage des charges effectivement supportées en fonction des charges réellement dues ne devrait pas, par lui-même, conduire à des transferts de financement vers le budget de l'Etat, mais plutôt vers le régime général ou la C.A.F.

Il est possible d'utiliser deux méthodes de toilettage :

- le contrôle nominatif et exhaustif des fichiers,
- la réfaction forfaitaire à partir d'un pourcentage déterminé par sondage.

Au-delà de la correction des charges assumées par référence aux "charges réellement dues", l'évaluation de l'enveloppe soulèvera des questions d'équité.

La dépense moyenne d'aide médicale n'est pas répartie de façon homogène sur tout le territoire. Elle est plus forte dans les départements plus touchés par la crise et dans

ceux qui ont mis en place des barèmes plus élevés.

L'A.P.C.G. sera tentée de demander un système de remontée avec abattement pour les départements "vertueux" et les départements en difficulté (nombre de personnes au R.M.I. et taux de chômage supérieurs à la moyenne nationale).

L'Etat de son côté ne manquera pas de faire valoir qu'en reprenant une compétence, il laisse au département la disponibilité des personnels qui géraient cette compétence.

Pour l'accompagnement financier d'une recentralisation du risque, il est proposé que le législateur adopte un dispositif fondé sur les dépenses réelles de l'exercice précédant l'année civile de la recentralisation de la compétence, éventuellement corrigées par référence à l'évaluation des charges légalement dues.

Des commissions départementales d'évaluation pourraient procéder au travail de toilettage au cours du dernier trimestre 1998 avec appel éventuel devant une commission nationale présidée par un magistrat de la Cour des Comptes.

Les enveloppes, ainsi définies, pourraient être indexées sur le taux d'évolution de la D.G.D. un réexamen étant opéré au bout de trois ans pour procéder aux ajustements à la lumière de l'évolution du risque.

La remontée pourrait s'envisager sous deux formes:

- soit par imputation sur la D.G.D.,
- soit sous forme de fonds de concours.

Dans la mesure où l'aide médicale fait partie de l'assiette des contingents d'aide sociale répartis entre les communes, il est probablement opportun, pour des raisons de clarté, d'opter pour la formule fonds de concours qui permet d'identifier une enveloppe spécifique.

4.2- Les autres enveloppes.

Pour les enveloppes C.D.C.-Etat, le souci de transparence devrait conduire à la création d'une ligne budgétaire, regroupant les financements recyclés.

L'affectation d'une ressource fiscale de style tabac, alcool, aurait l'inconvénient de ne pas assurer que l'évolution de la ressource s'effectue au rythme de l'évolution de la dépense.

Pour les enveloppes C.A.F., la formule la plus simple est celle d'un transfert de C.S.G.

4.3- L'équilibre du régime.

L'assurance maladie personnelle est déficitaire de 800 millions de Francs répartis entre les différents régimes. Il conviendra de maintenir ce financement après la suppression de l'assurance maladie individuelle.

Une convention entre l'Etat et le régime général devra définir les conditions de financement permanent du risque transféré.

EVALUATION DU SCENARIO

1) Pour la couverture de base le scénario de centralisation a pour intérêt décisif d'ouvrir à tous le droit commun.

L'ouverture d'un droit d'affiliation directe au régime de base, sur critère de résidence, ferait franchir la dernière étape d'extension à l'assurance maladie. Il ne serait plus nécessaire de passer par le S.A.S. de l'aide médicale. Le droit à l'assurance maladie deviendrait le droit de tous.

Certes, le même résultat pourrait être obtenu par extension de l'aide médicale mais avec une portée différente pour les personnes fragilisées.

L'aide médicale, même lorsqu'elle conduit à l'attribution d'une carte santé, reste stigmatisante en maintenant deux catégories d'accédants à la couverture maladie : les assurés sociaux et les assistés sociaux. Passer de l'assistance à l'assurance sociale, de la bienfaisance à la solidarité constituée, en matière de droit à la santé, l'objet même de la couverture maladie universelle.

La centralisation est également la conséquence logique d'une société de mobilités géographiques et professionnelles où le droit doit être le même sur tout le territoire.

La centralisation offre enfin l'occasion de simplifier les règles d'affiliation au régime général.

2) Pour la couverture complémentaire le scénario de centralisation, non dépourvu d'intérêt, a pour défaut majeur de ne pas s'inscrire dans une démarche d'extension du droit commun.

La gestion par le régime général de la couverture de base et de la couverture complémentaire présente, pour les personnes en difficulté, l'avantage de la simplicité.

L'instauration d'un interlocuteur unique constitue une demande forte d'A.T.D. Quart-Monde, de Médecins-sans-frontières, de Médecins-du-Monde et de l'U.N.I.O.P.S.S.¹ Cette solution a fait la preuve de son efficacité dans le cas de l'aide médicale Etat.

La formule est également la moins coûteuse en terme de gestion dans la mesure où les C.P.A.M. disposent des moyens en personnel pour gérer une couverture complémentaire et qu'aucun frais intermédiaire de courtage ne serait à supporter.

Le scénario comporte par contre un effet de seuil brutal qui ouvrira un débat permanent sur le caractère insuffisant du niveau de revenu retenu.

Il risque d'accentuer un mouvement de démutualisation qui s'est développé depuis plusieurs années. D'après l'enquête du C.R.E.D.E.S., si 55 % des personnes dont les revenus inférieurs à 2.000 Francs par unité de consommation se trouvent sans couverture complémentaire, 45 % disposent d'une couverture au titre de la mutualité, de la prévoyance ou de l'assurance.

Cette enquête est certes contestée dans ses résultats par les associations peu convaincues du rôle susceptible d'être joué par les mutuelles, mais elle révèle qu'une partie des personnes ayant de faibles revenus dispose d'une couverture complémentaire.

¹ Union nationale interfédérale des Œuvres et Organismes privés sanitaires et sociaux. cf. annexe Contributions écrites II.

Par ailleurs, l'instauration d'un régime spécifique sous condition de ressources risquerait de se révéler mal adapté à la mobilité des situations de fragilité.

En effet, la population dont les revenus sont situés au-dessous du niveau du minimum vieillesse se renouvelle de moitié sur une année. Le droit d'accès à une couverture complémentaire sous condition de ressources conduirait donc à de fréquentes entrées et sorties avec, à chaque fois, des délais d'accès aux régimes complémentaires, compte tenu des règles d'entrée et de stage.

Pour tenir compte de cette mobilité, il pourrait paraître préférable de favoriser la mise en place d'un régime de couverture dont la nature ne changerait pas avec l'évolution des revenus.

L'arrivée du régime général sur le terrain des complémentaires risque de provoquer une demande reconventionnelle de certains acteurs de la complémentaire quant à leur présence au premier Franc.

Observons enfin que le scénario met à la seule charge de la solidarité nationale, c'est-à-dire du budget de l'Etat, le financement de l'extension de la couverture complémentaire pour les personnes dont les revenus se situent entre le R.M.I. et le minimum vieillesse.

En cas de choix de ce scénario, il faudrait veiller à ce que l'instauration d'une prise en charge à 100 % sur critère social n'apparaisse pas comme la mise en place, au sein du régime obligatoire, d'une modulation des remboursements en fonction des revenus.

En effet, le principe fondamental de l'assurance maladie reste celui de l'égalité des prestations quel que soit le revenu.

Dans la mesure où les prestations du régime général demeurent régies par ce principe d'égalité, il peut être admis que le régime général gère une couverture

complémentaire financée intégralement par la solidarité nationale, et qui, elle, serait ouverte sous condition de ressources.

Des réserves ont été exprimées par la C.F.D.T. et le Président de la C.N.A.M. à l'égard de ce scénario. Les acteurs de la couverture complémentaire ont, quant à eux, exprimé unanimement leur hostilité à l'arrivée du régime général dans le secteur du complémentaire, mais il leur reviendra de confirmer leur volonté de participation à un scénario alternatif s'ils veulent éviter ce dispositif.

Les inconvénients du scénario dit de « centralisation », inconvénients qui ne sont pas insurmontables, conduisent à "mettre en examen" un scénario partenarial.

Scénario III

LA COUVERTURE PARTENARIALE

1- Centralisation de l'accès au régime de base.

Sous condition de recyclage des enveloppes de financement, ce scénario reprend, pour la couverture maladie de base, le dispositif du scénario numéro deux.

Au-delà de la couverture de base, il comporte des formules différentes pour la complémentaire selon la nature et le niveau du revenu.

2- La gestion des droits des bénéficiaires du R.M.I. par le régime général.

Pour maintenir aux bénéficiaires du R.M.I. et de l'allocation veuvage les acquis de la loi du 29 juillet 1992 qui leur a reconnu une couverture à 100 % avec tiers payant, la gestion de leur droit pourrait être confiée au régime général. Il conviendrait de faire de même pour les jeunes de moins de 25 ans disposant de revenu inférieur au R.M.I. et pour les S.D.F. relevant de l'aide médicale d'Etat.

Le régime général devrait améliorer, pour les bénéficiaires du R.M.I., sa couverture des soins faiblement pris en charge.

Cette option gestion d'un « bloc base complémentaire » par une seule institution répond aux souhaits des associations comme « Médecins du Monde » et « Médecins sans Frontières ». Cette formule qui peut paraître adaptée à la situation des exclus ne l'est pas nécessairement à celle des personnes fragilisées.

3. L'extension de la couverture complémentaire.

Le souci de mise en cohérence avec la démarche d'extension de la couverture de base justifie l'étude d'une démarche d'extension de la couverture complémentaire, dont l'exposé des motifs peut-être tiré de la prise de position de la présidente d'A.T.D. Quart-Monde.

"Le premier avantage de l'extension de la couverture complémentaire, c'est de permettre aux personnes en difficulté d'entrer ou de rester dans le droit commun avec continuité des prises en charge évitant les ruptures liées aux effets de seuils, les personnes pouvant, selon l'évolution de leurs ressources, passer sans rupture des cotisations prises en charge complètement ou payées partiellement ou à nouveau totalement par elles-mêmes".

L'extension de la couverture complémentaire pourrait se réaliser selon deux voies elles-mêmes articulables :

- rétablir les capacités financières personnelles à se couvrir.
- étendre le périmètre des couvertures complémentaires.

Par ailleurs, solvabilisation des personnes et extension des périmètres, pourraient s'articuler en fonction de l'apport financier des acteurs.

3.1- La solvabilisation.

Les personnes, dont le revenu se situe entre le R.M.I. et le minimum vieillesse, se verraient ouvrir droit à une **allocation personnalisée santé** (A.P.S.) ou à un chèque

d'accompagnement personnalisé santé' pour les aider à supporter, tout ou partie¹, d'une couverture complémentaire librement choisie.

Le montant de cette allocation devrait être fixé en tenant compte de trois éléments.

Le coût de la prise en charge

En 1995, le coût moyen du ticket modérateur et du forfait hospitalier pour les ressortissants du régime général s'élevaient respectivement à 1.150 Francs et 113 Francs², auquel il faut ajouter le coût de l'amélioration de prise en charge des soins dentaires, des prothèses auditives et optiques.

La F.N.M.F. évalue à 1.550 Francs le coût d'une couverture complémentaire de qualité.

Le montant des cotisations.

Les cotisations varient selon l'âge, la taille de la famille et l'ampleur de la couverture. Pour une personne seule, les cotisations complémentaires les plus faibles sont de l'ordre de 180 Francs par mois.

Le maintien d'un effort contributif.

Il paraît normal de s'interroger sur l'existence d'un effort contributif pour l'accès à la couverture complémentaire. L'allocation personnalisée santé ne doit pas nécessairement couvrir la totalité du coût de la couverture.

L'existence d'une cotisation maladie universelle minimale pourrait être la contrepartie contributive de l'instauration d'une couverture maladie universelle.

¹ Dont le principe a été instauré par la loi sur l'exclusion.

² C.N.A.M.T.S. - Carnet statistique 1996 n° 90.

L'effort contributif, même limité, est une valeur du monde mutualiste qu'il convient de prendre en compte.

Contribuer, même faiblement, est également une composante de l'insertion.

Une cotisation de l'ordre de 30 Francs par mois pourrait être prévue, étant rappelé que l'impossibilité de verser effectivement cette cotisation ne serait pas un motif de démutualisation. A ce niveau, la cotisation représenterait entre 1 et 1,5 % des revenus perçus par les bénéficiaires de l'A.P.S. Le produit de ces cotisations s'élèverait à 1,4 Milliards de Francs.

L'allocation personnalisée santé couvrirait une part du coût annuel d'accès à une couverture complémentaire évaluée à 1.500 Francs. Les différentes hypothèses quant au montant de l'allocation personnalisée santé sont présentées dans la partie Chiffrages.

Cette part, financée par la solidarité, sera déterminée en fonction de ce que les acteurs de la couverture complémentaire seront prêts à assumer.

Les différents niveaux envisageables de l'allocation personnalisée santé sont évalués dans la partie *Chiffrages*.

L'allocation, éventuellement modulée pour atténuer les effets de seuil, serait gérée par les C.A.F. qui pourraient veiller à son utilisation conforme à son objet avec, en cas de besoin, possibilité d'affectation.

Ce mécanisme de "solvabilisation" permettrait à certaines familles de rester couvertes ou d'améliorer leur couverture. L'effet d'aubaine se transformerait alors en effet de consolidation ou d'extension.

3.2- L'extension des périmètres de couverture.

Les différents acteurs de la couverture complémentaire (mutuelle, prévoyance et

éventuellement assurance) se sont déclarés favorables à l'élargissement de celle-ci en direction des personnes à faible capacité contributive par extension de leurs périmètres respectifs.

L'extension de périmètres apparaît particulièrement bien adaptée au secteur de la prévoyance ou les accords d'entreprises peuvent concerner les temps partiels, les contrats à durée déterminée (C.D.D.) et même les personnes licenciées tant qu'elles n'ont pas retrouvé un emploi.

La C.G.T. et la C.F.D.T. souhaitent une extension de la couverture complémentaire à travers les accords d'entreprise. La C.F.D.T. pense possible le développement de négociations sur cette question et se réfère à l'accord interprofessionnel du 24 mars 1990 relatif aux C.D.D. qui prévoit que les utilisateurs de ces contrats affecteront, au financement d'avantages complémentaires de protection sociale, 0,5 % de rémunérations versées aux intéressés.

3.3- L'articulation solvabilisation extension de périmètre.

L'articulation solvabilisation extension des périmètres pourrait s'effectuer de la manière suivante :

- les acteurs de la couverture complémentaire apporteraient leur participation, au prorata des effectifs qu'ils couvrent, de trois manières possibles :

- en affiliant les bénéficiaires de l'A.P.S. et en assumant par voie de conséquence la part non couverte de la cotisation ou de la prime,
- en étendant leur périmètre à des personnes qui pourraient prétendre au bénéfice de l'A.P.S. Dans ce cas, leur participation pour chaque affilié serait décomptée pour l'équivalent de deux A.P.S.,

- en contribuant à un fonds de financement à la couverture complémentaire à due proportion de leur obligation d'extension fixée au prorata de leurs effectifs.

3.4- La mise en place d'une couverture complémentaire de référence.

La démarche d'extension implique la mise en place d'un cahier des charges définissant une couverture complémentaire de référence de qualité évitant la mutuelle des pauvres.

Son contenu devrait comporter non seulement la prise en charge du ticket modérateur et du forfait hospitalier mais également des prestations correctes, en qualité et en nombre, pour l'optique, les prothèses dentaires et auditives.

La renonciation aux soins touche en effet fortement ces domaines en raison des taux de couverture dérisoire du régime général et du coût des couvertures complémentaires pour cette catégorie de soins.

Pour un prix moyen d'une couronne s'élevant à 2.500 Francs, la Sécurité sociale rembourse 500 Francs ; il reste à charge 2.000 Francs.

Pour un prix moyen d'appareillage dentaire de 10.000 Francs, la Sécurité sociale rembourse 1.700 Francs ; il reste à charge 8.300 Francs.

En matière de prothèse auditive, le coût moyen est de 5.000 Francs pour un appareil et de 11.000 Francs pour les deux, le remboursement par appareil s'élève à 850 Francs.

En matière d'optique médicale le prix moyen est de 1.500 Francs, le remboursement est très faible (8 %). Pour les jeunes de moins de 16 ans le taux est plus élevé (36 %). Paradoxalement, le besoin de correction de la vision augmente avec l'âge alors que le

taux de remboursement diminue.

Si cette situation devait perdurer, ce sont les droits à la vue, à l'ouïe et au goût qui continueraient de varier selon la situation financière des personnes. Les restrictions d'accès à ces soins apparaissent d'autant plus préoccupantes qu'elles touchent très fortement l'insertion sociale professionnelle et tout simplement humaine.

L'hétérogénéité des coûts, les différences dans la qualité des prestations, la relative opacité du système interdisent de raisonner uniquement en terme d'amélioration des taux de remboursement.

Il faut mieux maîtriser pour mieux rembourser. C'est un des motifs qui rend essentiel le choix d'une couverture partenariale.

Les acteurs de la couverture complémentaire sont prêts, en s'appuyant sur leur fichier de soins, leur expérience, leur filière et leur pouvoir d'influence sur les professionnels à déterminer pour l'optique médicale, les soins dentaires et les prothèses auditives des prestations de qualité à coût maîtrisé.

Avec l'appui des acteurs complémentaires, il paraît préférable, pour améliorer l'accès à ces soins, de jouer sur la maîtrise des filières plutôt que sur les taux de remboursement du régime général.

La négociation d'une couverture de référence avec les acteurs offrirait par ailleurs l'occasion de mettre un peu de transparence dans un secteur où la concurrence a introduit beaucoup de différenciations souvent artificielles, où existe des doubles affiliations, où règne une hétérogénéité des prises en charge et une insuffisante clarté.

La complémentaire de référence devrait prévoir une ouverture des droits sans délai dès lors que le demandeur se serait vu reconnaître le bénéfice de l'A.P.S. La durée

d'affiliation complémentaire serait d'un an minimum reconductible, comme la durée d'ouverture de l'A.P.S., reconductible également si les ressources n'ont pas changé.

Le cahier des charges devrait enfin prévoir le développement d'action collective de prévention, d'information et d'éducation à la santé.

Seuls les acteurs ayant adopté ce cahier des charges pourraient accueillir des bénéficiaires de l'A.P.S. et faire admettre cet accueil comme libérateur de leur engagement d'extension de périmètre.

La F.N.M.F. réfléchit à une couverture de référence qu'il lui appartiendra, le moment venu, de présenter.

Mutuelle de France étudie également une couverture complémentaire pour les personnes à faible revenu.

3.5- La contribution des acteurs.

Le scénario d'extension de la couverture complémentaire ne peut s'envisager que si les différents acteurs acceptent d'apporter une contribution à son financement.

Une part importante des consultations a porté sur cette question.

Tous les acteurs de la couverture complémentaire ont accepté le principe d'une participation, tout en formulant des conditions.

Deux conditions ont été mises en avant par tous.

Ils ont souligné que leur participation ne devrait couvrir qu'une partie du coût de l'extension, la solidarité nationale assumant l'autre partie.

Ils ont demandé que leur soit reconnu un rôle accru dans la maîtrise médicalisée des dépenses et des filières de soins.

Au-delà de ces conditions communes et légitimes, chacun a formulé des conditions spécifiques.

3.5.1- Les mutuelles.

Le mouvement mutualiste assurait 59,6 % de la couverture complémentaire en 1996. Il est structuré à travers trois fédérations :

La F.N.M.F (Fédération nationale de la Mutualité française).

L'accord de principe à été donné sous réserve de clarification de la situation fiscale des mutuelles au regard de l'impôt sur les sociétés et de la taxe professionnelle.

Il est certain qu'une prise en charge d'une part du financement de l'extension solidaire de la complémentaire santé serait de nature à renforcer la mission d'intérêt général déjà assumé par les mutuelles, et devrait permettre de trouver un accord équilibré quant aux conséquences d'une telle contribution solidaire sur leur statut fiscal.

Il est en tout cas légitime que le mouvement mutualiste ne dissocie pas la question de la contribution au financement d'une extension solidaire de celle de la mise en perspective de son régime d'imposition.

La F.N.M.F considère également qu'en renforçant sa place dans la lutte contre l'exclusion elle réaffirmerait son rôle et sa spécificité et que, en conséquence, l'éventuelle législation de transposition des directives assurantielles devrait tenir compte de cette nouvelle mission d'intérêt général.

Mutuelle de France :

Mutuelle de France estime que la participation du mouvement mutualiste au financement de l'extension de la couverture complémentaire, participation dont elle approuve le principe, serait de nature à consolider son originalité et justifierait sa sortie des directives assurantielles. Elle pose la question de la modification du périmètre de couverture du régime de base.

La F.N.I.M. (Fédération nationale interprofessionnelle des Mutuelles) :

Lors de son Assemblée générale du 9 juin 1998, la F.N.I.M. s'est prononcée pour une participation du mouvement mutualiste à une couverture maladie universelle complémentaire par affectation de fonds libres. Elle souhaite une participation sous forme d'une contribution libératoire comme en matière de taxe d'apprentissage.

La loi contre l'exclusion cite dans son article 1^{er} le mouvement mutualiste¹ comme partenaire. La participation à l'extension de la couverture complémentaire est l'occasion pour ce mouvement de réaffirmer sa spécificité et son originalité, c'est aussi son intérêt bien compris.

Le législateur aurait l'occasion de confirmer que les mutuelles assument une mission d'intérêt général à travers leur contribution à la prise en charge d'une partie de la population fragilisée.

¹ D'après un sondage SOFRES réalisé en novembre 1997 pour le Secours populaire, 85 % des Français font confiance aux mutuelles pour que le plus grand nombre ait accès à des soins de qualité.

3.5.2- La Prévoyance.

De 1993 à 1996, la place des institutions de prévoyance dans le financement des dépenses de santé a progressé, passant de 12,4 à 14,2 % .

Leur rôle dans le domaine des soins dentaires, de lunetterie et d'orthopédie est important. Elles y assuraient respectivement 17 et 21 % du total des remboursements.

Ces couvertures collectives sont en général plus avantageuses que les couvertures individuelles, avec des primes moins élevées et des prestations plus larges (couverture plus étendue des frais dentaires et optiques, prise en charge de tout ou partie des dépassements des médecins conventionnés à honoraires libres). Il est vrai que seule la prévoyance bénéficie, pour ses cotisations, d'un régime de défiscalisation.

Les responsables du secteur de la prévoyance sont ouverts à une participation, sous réserve qu'elle s'opère par extension de leur périmètre en direction des personnes en C.D.D., des salariés à temps partiel, des salariés du secteur des P.M.E., des personnes licenciées.

Le Centre technique des Institutions de Prévoyance (C.T.I.P.) envisage une contribution de l'ordre de 2 % des encaissements, sous réserve de péréquation entre les acteurs et d'une stabilité de la contribution.

Il préconise le recours à une formule "chèque santé", similaire aux chèques d'accompagnement personnalisé. dont le parlement a voté le principe dans la loi sur l'exclusion.

3.5.3- Les assureurs.

La place des sociétés d'assurance dans la couverture santé a baissé de 1993 à 1996, passant de 28,3 à 26,2%.

Les assureurs ne sont pas opposés à une contribution au financement de l'extension, mais la conditionnent à l'examen de l'avenir de la taxe de 7 % en tant qu'elle ne touche que les assurances privées.

Convaincus que, un jour ou l'autre, l'harmonisation de la fiscalité entre les acteurs complémentaire santé conduira à une suppression, par étape de cette taxe, ils ont évoqué, en contrepartie d'une première baisse de deux points, l'affectation du produit de cet allègement au financement de l'extension de la couverture complémentaire.

Ils n'ont pas pour autant conditionné leur participation à cet allègement.

3.6- La contribution des professions médicales.

L'amélioration de l'accès aux soins, concerne les professions médicales à un double titre :

- au titre de l'éthique : le serment d'Hippocrate et le code de déontologie prévoient explicitement le devoir de soigner les personnes qui ne peuvent assumer financièrement les soins,
- au titre de l'intérêt : la solvabilisation des besoins médicaux des personnes fragilisées est de nature à augmenter la demande globale de soins.

Ce « double titre » justifie que les professions de santé apportent leur contribution à l'extension des droits. Elles pourraient le faire sous trois formes :

- non-application des dépassements d'honoraires à l'égard des bénéficiaires de

l'A.P.S. (Il semble que cette pratique existe à Paris à l'égard des titulaires de la carte Paris Santé)

- négociation de prestations de qualité à prix coûtant pour les soins dentaires, les soins d'optique et les prothèses auditives,
- application du régime du tiers payant.

Lors de la concertation, a été également évoquée la réduction du ticket modérateur pour les bénéficiaires de l'A.P.S., une telle réduction ne pouvant intervenir que par voie conventionnelle.

3.7- Taxation ou contribution contractuelle.

3.7.1- Le refus de la taxation.

L'instauration, pour financer le dispositif, d'une contribution obligatoire des différents acteurs rendrait incontournable la question de l'harmonisation des régimes fiscaux d'un secteur marqué, en cette matière, par une très grande hétérogénéité.

Seuls les assureurs payent la taxe de 7 % sur les primes (25 Milliards de primes pour l'assurance médicale frais de soins en 1996 à 7 % génèrent un produit de 1,7 Milliards en 1996).

Tous les régimes versent une taxe de 8 % sur la part patronale de prise en charge des cotisations ou primes (3 Milliards de produit en 1997).

Enfin, seuls les régimes de prévoyance bénéficient d'une défiscalisation des cotisations en cas de participation patronale.

Une extension de la taxe de 7 % à tous les acteurs dégagerait un produit de 4,8 Milliards. Une telle hypothèse est inapplicable et inacceptable. dès lors qu'elle conduirait à

une contribution supplémentaire des seules mutuelles et de la prévoyance qui assument déjà des charges de solidarité. L'hypothèse a pour unique intérêt d'éclairer les rendements d'une extension de la taxation actuelle à tous les acteurs.

Le rapport écarte toute option taxatrice au profit d'une option contractuelle dont le financement peut être mobilisé par extension des périmètres.

3.7.2- Le choix de la contractualisation.

Le recours à l'extension des périmètres permet la mise en oeuvre de la participation des acteurs sans instaurer de taxation.

Le financement d'une partie de l'extension solidaire de la couverture complémentaire peut s'opérer par une plus grande maîtrise des filières de soins, par les concessions obtenues des professions de santé et par l'affectation d'une partie des fonds libres dont disposent les acteurs au-delà de leurs réserves obligatoires.

Les mutuelles:

Une analyse sur plusieurs années montre que les mutuelles complémentaires sont structurellement excédentaires.

En application des règles de sécurité financière actuellement en vigueur, le montant des capitaux propres doit être au minimum égal à 10 % du total des cotisations nettes de réassurance de l'exercice précédent (Art. R 312.1 du Code de la mutualité).

Le ratio réel est le suivant :

1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
60 %	55 %	56 %	60 %	67 %	71 %	74 %

Le ratio sécurité a toujours été très largement supérieur à 10 %, et il est en croissance.

Par ailleurs, 50 % des excédents doivent être affectés aux fonds de réserve jusqu'à ce que ces fonds atteignent 75 % des prestations versées.

En 1994, les fonds libres dépassaient de 8,2 Milliards les 75 % du montant des prestations.

Ces éléments confirment que les mutuelles disposent de fonds libres d'affectation.

Le débat ne porte donc pas sur un prélèvement sur des réserves, mais sur l'affectation d'une part des fonds libres.

Même si les mutuelles se voyaient appliquer les directives assurances relatives aux marges de solvabilité, elles resteraient excédentaires.

La "Marge de solvabilité Bruxelles" s'élève à 18 % des cotisations brutes ou 23 % des prestations (application du résultat le plus élevé). 1/3 de la marge de solvabilité doit être affectée à un fonds de garantie avec un montant minimum de 1,5 million, difficile à atteindre pour les petites mutuelles.

Les ratios de sécurité réels restent supérieurs aux marges de solvabilité Bruxelles.

La Prévoyance :

La prévoyance paraît également en capacité de dégager, sur ses fonds libres, sa participation à l'extension de la couverture. En 1996, elle a encaissé pour la maladie 15,2 Milliards de cotisations et versé 13,2 Milliards de prestations.

Les assureurs :

En ce qui concerne enfin les assureurs, ils devront trouver les moyens de leur participation sans les conditionner à priori à l'engagement d'une diminution de la taxe de 7 %, dont il convient cependant de discuter.

3.7.3- La péréquation.

L'instauration d'un mécanisme de péréquation permettrait d'assurer « ex post » la compensation, d'abord au sein de chaque famille puis entre les « familles ». Afin d'éviter l'alourdissement des structures, il n'est pas proposé la mise en place d'un organisme collecteur. A l'issue de chaque exercice, chaque organisme communiquerait au fonds de péréquation le montant de ses interventions dont attesterait, notamment, le montant cumulé des A.P.S. ou des chèques santé perçus.

Le fonds de péréquation aurait également pour objet de répartir, entre les différents acteurs, au prorata de leur couverture des bénéficiaires de l'A.P.S., l'enveloppe de financement de 1,5 Milliards provenant de l'aide médicale départementale actuellement consacrée au financement de la couverture complémentaire des personnes non bénéficiaires du R.M.I.

Le fonds de péréquation interviendrait en faveur de chaque organisme ou, à contrario, serait abondé par lui selon que ce dernier aurait, au prorata de la population qu'il couvre, dépassé les obligations qui lui sont faites ou les aurait insuffisamment remplies.

La compensation entre les différents organismes pourrait s'opérer à l'occasion d'une réunion annuelle se tenant une fois que l'ensemble des organismes disposeraient des données de gestion nécessaires à la compensation.

3.8-La correction des effets de seuil.

Les mutuelles et les institutions de prévoyance, grâce à une pratique développée de l'action sociale auprès de leurs ressortissants, peuvent tenir compte de situations que la réglementation n'a pas prévues, et pour lesquelles leur souplesse d'intervention demeure irremplaçable. Elles pourront se préoccuper utilement des personnes chez qui les "effets de seuil" risqueraient de provoquer un effet d'exclusion tenant à ce que l'allocation personnalisée santé sera accordée en fonction du niveau des revenus.

3.9- L'extension du tiers payant

La correction des effets de seuil passe également par l'extension du tiers payant.

L'avance des frais constitue certainement l'un des freins les plus importants à l'accès aux soins pour les personnes aux ressources modestes, et notamment pour celles dont les revenus seront supérieurs aux barèmes d'aides envisagés.

Le tiers payant hospitalier conduit à un hospitalo-centrisme dans la prise en charge des personnes les plus démunies, qui n'est ni financièrement ni socialement la meilleure formule.

Les restrictions au recours au tiers payant en médecine de ville n'ont aucun fondement :

- contrairement à une idée reçue, le tiers payant n'est pas un facteur d'augmentation des dépenses de santé, de nombreux pays européens l'ont généralisé depuis longtemps sans connaître une évolution des dépenses plus rapide que la nôtre ;
- les études réalisées sur les bénéficiaires de l'aide médicale avec tiers payant confirment la neutralité de celui-ci sur leur consommation. En effet, si l'entrée

dans le dispositif provoque un accroissement de consommation de soins. aisément explicable par un phénomène de « rattrapage », celle-ci se stabilise par la suite à un niveau souvent inférieur à la consommation moyenne des assurés ;

- l'argumentation sur la déresponsabilisation est un peu surréaliste pour des personnes qui doivent vivre avec 50 Francs par jour, et qui ne peuvent « sortir » 115 Francs pour payer la consultation du médecin, plus 50 Francs pour la pharmacie (seuil au-dessous duquel le tiers payant ne s'applique plus pour la pharmacie) ;
- enfin, présenter le tiers payant comme contraire à un des principes de base de notre système, fondé sur le paiement direct du professionnel de santé par son patient, a un parfum XIXème révélateur d'un fort décalage avec les évolutions socio-économiques et les technologies : la télétransmission entre les professionnels et les caisses a introduit des liens directs entre les parties et permettra des délais de paiement par tiers payant aussi rapides que les paiements directs.

La dernière convention entre les caisses et les médecins généralistes tenait compte de ces évolutions en instaurant le tiers payant dans les relations entre les médecins référents et leurs patients.

Ce tiers payant conventionnel, applicable sur la part du régime obligatoire. commence, grâce aux négociations avec les mutuelles, à s'appliquer à la part complémentaire.

Dans la ligne de cette convention, que l'annulation n'a pas privé sur ce point de pertinence, il faut ouvrir entre la C.N.A.M. et les professions de santé des négociations pour

aboutir à des protocoles de tiers payant. Un syndicat de médecins est prêt à s'engager sur cette voie sous réserve de la confirmation du système des médecins référents.

Si la négociation n'aboutissait pas rapidement, le législateur devrait, à l'occasion de la loi sur la C.M.U, instaurer le tiers payant en médecine de ville, non seulement pour les personnes dont le revenu est inférieur au barème du minimum vieillesse, mais aussi pour toutes celles qui connaissent des difficultés financières pour assumer l'avance des frais.

En effet, seule la généralisation du tiers payant en médecine de ville peut lever les freins à l'accès aux soins et atténuer les effets de seuils.

EVALUATION DU SCENARIO

L'extension de la couverture complémentaire est moins simple que la mise en place d'une complémentaire sous condition de ressources greffée sur le régime général.

Elle pose un problème de coordination, au demeurant soluble, entre régimes de base et régimes complémentaire.

La démarche d'extension évite de provoquer un mouvement de repli des couvertures réalisées dans le cadre mutualiste, dans celui de la prévoyance ou de l'assurance.

Un désengagement du paritarisme et des accords collectifs à l'égard des salariés modestes serait inopportun.

Or, l'enquête du C.R.E.D.E.S., déjà évoquée, révèle que, pour les personnes dont le revenu est inférieur à 2.000 Francs¹ par unité de consommation, 45 % disposent d'une couverture complémentaire.

Le choix entre une prise en charge sociale à 100 % greffée sur le régime général et un encouragement à l'extension de la couverture complémentaire va donc au-delà des questions de financement et de place des différents acteurs.

Il dépasse le simple problème de l'effet d'aubaine.

Toute mise en place d'un système spécifique contribue à dualiser la société, alors que tout mécanisme qui ouvre, aux personnes fragilisées, l'accès ou le maintien dans le champ de la protection de tous, comporte un effet d'inclusion.

¹ Le revenu est divisé en fonction de la taille de la famille : 1 pour le chef de famille, 0,8 pour les autres adultes et 0,5 pour les enfants de moins de 14 ans.

Ce mécanisme de « solvabilisation » permettrait à certaines familles de rester couvertes ou d'améliorer leur couverture. L'effet d'aubaine se transformerait alors en effet de consolidation ou d'extension.

Ce scénario permet également de mobiliser le réseau des acteurs de terrain, notamment des mutuelles et de la prévoyance, pour accompagner l'accès aux soins des personnes fragilisées, en s'appuyant sur une multitude d'initiatives de leur part qu'il convient plutôt d'encourager que de remplacer par un mécanisme de centralisation.

Mutuelles et caisses de prévoyance n'ont en effet pas attendu l'émergence d'un cadre légal pour s'engager dans des actions d'extension de leur couverture à l'égard des personnes n'ayant plus les moyens de l'assumer financièrement.

Des mécanismes de prévention de la démutualisation ont été mis en place. En cas de perte d'emploi entraînant une baisse de ressources, certaines mutuelles maintiennent les prestations tout en diminuant les cotisations.

De même, des mutuelles favorisent l'accès des personnes non assurées complémentaire à travers des garanties spécifiques et des périodes sans cotisations.

Il paraît préférable d'accompagner ces initiatives plutôt que de provoquer leur repli devant la création d'une couverture complémentaire sous condition de ressources.

Le partenariat évitera d'aborder la question de soins mal remboursés uniquement en terme d'amélioration du taux de remboursement, en faisant une place essentielle à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Mieux maîtriser pour mieux rembourser doit devenir la loi de la couverture maladie universelle.

Le scénario de la solvabilisation permet enfin des modulations atténuant les effets de seuil, les acteurs de la couverture complémentaire, en s'appuyant sur leurs fonds sociaux, pouvant participer à l'atténuation de ces effets de seuil.

Compte-tenu de l'importance et des particularités de la couverture maladie des jeunes et des personnes de nationalité étrangère, il est apparu utile de vérifier les conditions dans lesquelles ils pourront bénéficier de la couverture maladie universelle.

De même, la situation particulière des Français de l'étranger et des frontaliers justifie une analyse spécifique.

LA COUVERTURE MALADIE DES JEUNES

Les jeunes sont actuellement parmi les catégories les moins bien couvertes en matière de maladie. L'absence d'un premier d'emploi, le temps partiel, la précarité des revenus constituent autant de sources de difficultés d'accès notamment à une couverture complémentaire. L'extension de la couverture maladie à tous les jeunes de moins de 30 ans est donc l'un des enjeux majeurs de la C.M.U.

1- Consolider la notion d'ayants droit tout en ouvrant un droit autonome.

La couverture des jeunes comme ayants droit des parents doit être préservée, d'autant que son maintien est compatible avec la reconnaissance autonome d'un droit.

Pour les jeunes de plus de 16 ans, il ne paraît pas nécessaire de continuer à exiger la production d'un certificat scolaire pour qu'ils conservent leur qualité d'ayants droit jusqu'à 20 ans.

Quant au droit autonome, l'article 59 de la loi du 4 février 1995 a déjà prévu que les jeunes entre 18 et 20 ans peuvent être identifiés au sein du régime général de Sécurité sociale, et bénéficier, à titre personnel, du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité.

Il est proposé d'ouvrir ce droit à une couverture autonome, sur option, dès l'âge de 16 ans.

2- Développer les droits liés à l'insertion.

L'article 2-IV de la loi relative à la lutte contre l'exclusion prévoit que « les jeunes de 16 à 25 ans bénéficiant d'actions d'accompagnement sont affiliés au régime général pour les périodes pendant lesquelles ils ne sont pas affiliés à un autre titre à un régime général ». Tous les statuts d'insertion devraient avoir la même conséquence.

3- Affilier les jeunes sur critère subsidiaire de résidence.

Les jeunes ne relevant pas d'un régime de base ou du régime étudiant seront affiliés au régime général sur critère de résidence y compris lorsque la résidence n'est pas autonome.

- les jeunes de moins de 27 ans dont le revenu est égal ou inférieur au R.M.I., qui sont actuellement admis sans cotisation au régime d'assurance personnelle, resteraient affiliés, de la même manière, au régime général, l'admission sans cotisation étant étendue aux jeunes de moins de 27 ans dont le revenu est inférieur au barème du minimum vieillesse ;
- pour les jeunes de moins de 27 ans ayant des revenus supérieurs au barème du minimum vieillesse, il est proposé d'aligner leur cotisation sur la cotisation régime étudiant : 1.020 Francs ;
- les étudiants non admis au régime étudiant, et qui versaient à l'assurance personnelle une cotisation de 1.020 Francs (égale au montant de la cotisation au régime étudiant), resteraient affiliés au régime général, dans les mêmes conditions.

L'exonération de cotisation devrait être appliquée pour les jeunes dont les revenus sont au niveau de ceux qui ouvrent droit aux bourses, puisque l'attribution d'une bourse, dans le régime étudiant, entraîne l'exonération de cotisation.

4- Ouvrir une couverture complémentaire aux jeunes non-étudiants.

Les jeunes doivent bénéficier de l'allocation personnalisée santé, soit comme ayants droit, soit de façon autonome.

5- Consolider le régime étudiant.

L'existence d'un régime spécifique étudiant continue de répondre aux besoins d'une population, à mi-chemin entre l'autonomie complète et la dépendance parentale, dont les rythmes d'activité, les attentes dans le domaine des loisirs, et les comportements socio-médicaux sont relativement homogènes.

Les débats récents sur les conditions de fonctionnement d'une grande fédération mutualiste ne doivent pas occulter le fait que la gestion des mutuelles étudiantes, assurée par les étudiants, leur permet de s'impliquer dans des fonctions de responsables de l'économie sociale, et contribue ainsi à leur préparation à la vie citoyenne.

Lors de la consultation, tous les partenaires ont souhaité le maintien du régime étudiant en l'adaptant.

L'affiliation au régime étudiant est soumise à trois conditions :

- l'inscription dans un établissement d'enseignement supérieur agréé ;
- la nationalité française ou celle du pays ayant passé un accord de réciprocité avec la France ;
- un âge situé entre 20 et 28 ans pour les enfants des ressortissants au régime

général (la loi du 25 juillet 1994 a porté de 26 à 28 ans l'âge limite d'affiliation au régime étudiant, afin de tenir compte de la prolongation des études) ;

- dès leur inscription dans un établissement ouvrant droit à ce régime sans condition d'âge, les enfants des parents relevant du régime d'assurance maladie des professions indépendantes ;
- cotisation de 1.020 Francs pour l'année universitaire 1997-1998.

La préservation des droits liés à la qualité d'ayants droit (majoration d'indemnités journalières de l'assuré s'il a au moins trois enfants, exonération du ticket modérateur étendue dans certains cas aux ayants droit) rend délicat l'abaissement de l'âge d'entrée dans un régime étudiant qui résulterait d'une affiliation uniquement déduite de sa qualité d'étudiant dans un établissement d'enseignement supérieur agréé.

L'affiliation pourrait, par contre, être maintenue jusqu'au premier emploi dans la limite d'un an après la fin des études.

En fin de droit au régime étudiant, le basculement automatique dans le régime général maladie doit s'opérer sans rupture de droit.

Les limites de l'effort contributif doivent continuer d'être définies par le régime des bourses qui prévoit l'exonération de cotisation pour les boursiers. Si un accroissement de champ non contributif est souhaité, il doit passer par l'augmentation du nombre de boursiers.

LA COUVERTURE MALADIE DES PERSONNES DE NATIONALITE ETRANGERE

1- Droits actuels d'accès aux soins.

1.1 - Les personnes étrangères en situation régulière.

Les ressortissants étrangers en situation régulière disposent des mêmes droits à la couverture maladie que les nationaux. Dans le cas où ils ne relèvent pas d'un régime de base, ils ont accès à l'assurance personnelle.

L'article R 741.1 du code de la Sécurité sociale dispose que satisfont à la condition de résidence permettant l'affiliation à l'assurance personnelle les personnes résidant sur le territoire national depuis plus de trois mois dans des conditions régulières.

L'arrêté du 9 mai 1995 cite parmi les pièces justificatives nécessaires, les autorisations provisoires de séjour d'une validité supérieure à trois mois.

De ce fait, les personnes bénéficiant d'autorisation provisoire de séjour d'une durée de trois mois successifs ne peuvent être affiliées à l'assurance personnelle bien que leur résidence régulière sur le territoire national excède trois mois.

Les personnes étrangères en situation régulière ont droit à l'aide médicale dans les mêmes conditions que les nationaux. (Décret n° 94.294 du 15 août 1994)

1.2- Les personnes étrangères résidant en France sans titre de séjour.

A l'exception des ayants droits mineurs visés à l'article L 161.25.2 du code de la Sécurité sociale. elles n'ont pas droit à la Sécurité sociale.

Elles accèdent à l'aide médicale dans les conditions suivantes :

Lorsqu'elles peuvent faire la preuve d'une résidence ininterrompue en France depuis plus de trois ans. elles bénéficient de l'aide médicale dans les mêmes conditions que les nationaux (4^{ème} de l'article 186 du Code de la famille et de l'aide sociale).

Les personnes résidant en France depuis moins de trois ans bénéficient de l'aide médicale uniquement pour les consultations hospitalières et l'ensemble des prescriptions ordonnées par l'hôpital, y compris les consultations externes. (Loi du 29/07/92 ordonnance n° 9307 du 9/03/93, ordonnance du 21/03/95 - 3^{ème} de l'article 186 du Code des Affaires Sociales). Elles n'ont pas accès à la prise en charge des consultations en médecine de ville.

Finalement ne sont exclus de toute prise en charge que les étrangers de passage en France (touriste avec visa touristique à jour : loi du 19/02/92).

1.3- Le droit à la carte de résident temporaire en raison des besoins de soins.

Le II^{ème} alinéa de l'article 4 de la loi RESEDA du 1er mai 1998, modifiant l'article 12 bis de l'ordonnance du 2 novembre 1945, prévoit la délivrance de plein droit d'une carte de séjour temporaire pour les étrangers « résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale, dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité. »

Il faudra assurer la cohérence entre ce motif de régularisation temporaire de séjour et les droits à l'assurance maladie en prévoyant que la délivrance de la carte de séjour

temporaire ouvre dans ce cas, sans délai, le droit à l'assurance de base.

2- Les droits au regard de la couverture maladie universelle.

2.1- Le cas des étrangers en situation régulière.

Dans le cas où ils ne relèvent pas d'un régime de base sur critère professionnel ou comme ayants droit ils seront affiliés au régime de base de l'assurance maladie sur critère de résidence en produisant un titre de séjour provisoire d'une validité d'au moins trois mois (et non de plus de trois mois). Il suffira pour ce faire de modifier l'article R741.1 du code de la sécurité sociale et la liste des pièces justificatives prévues par l'arrêté du 9 mai 1995.

Pour la couverture complémentaire ils bénéficieront, sous condition de ressource, de l'allocation personnalisée santé.

2.2- Le cas des étrangers sans titre de séjour.

Les personnes étrangères pouvant justifier d'un séjour ininterrompu depuis plus de trois ans devraient se voir reconnaître un droit à l'affiliation au régime de base sur critère résident.

La question se pose pour les durées de séjours inférieurs à trois ans. La transposition fondée sur les seuls droits ouverts par l'aide médicale conduirait à n'ouvrir que la couverture des frais d'hospitalisation.

On peut s'interroger sur la pertinence du maintien de la distinction « plus ou moins trois ans de séjour ininterrompus » qui a pour effet de reporter sur les hôpitaux des prises en charge qui pourraient se faire de façon moins coûteuse au niveau de la médecine de ville.

S'agissant de l'accès aux soins, qui ne renvoi pas seulement à l'intérêt de la

personne mais aussi à l'intérêt de la collectivité d'accueil, compte tenu des problèmes de santé publique, il est possible de se demander si le moment n'est pas venu de mettre fin à deux distinctions :

- accès à l'hôpital et accès à la médecine de ville,
- résidence régulière, et résidence sans titre de séjour.

Ne faut-il pas mettre en oeuvre le seul critère de résidence durable pour ouvrir le droit à l'affiliation au régime de base et l'accès à la couverture complémentaire ?

LES FRANÇAIS DE L'ETRANGER ET LES FRONTALIERS ET LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

1- Caractéristiques actuelles du régime Caisse des Français de l'Etranger.

1.1- Adhésion.

L'adhésion est individuelle, mais peut être effectuée par l'intermédiaire d'un mandataire (entreprise, pour partie ou totalité de ses expatriés). Elle est volontaire et peut intervenir, sous réserve de certaines conditions, à tout moment, de même que la radiation.

Elle dépend de la catégorie socio-professionnelle (salarié, non salarié, pensionné, étudiant, etc.) mais toute personne de nationalité française peut être couverte.

La C.F.E. ne dispose d'aucun monopole et se trouve en concurrence avec les compagnies privées d'assurance et les mutuelles.

1.2- Prestations.

La C.F.E. couvre les soins de l'adhérent et de sa famille (même définition des ayants droit que dans le régime général), elle prend en charge les soins à l'étranger dans la limite des tarifs et taux du régime général.

Elle couvre les soins en France, dans les conditions du régime général et selon les mêmes règles. pendant les séjours temporaires de moins de trois mois, et, sur option, de trois à six mois.

Le régime C.F.E. et le régime général sont coordonnés pour éviter les pertes de droits au départ de France comme au retour.

1.3- Equilibre financier

Les cotisations sont fonction du revenu dans la limite du plafond :

- le régime est autonome financièrement. Il doit être équilibré et l'est effectivement,
- le régime maladie compte 38.000 adhérents auxquels s'ajoutent 40.000 bénéficiaires, soit environ 80.000 personnes couvertes. Cet effectif global est en croissance continue, + 8,58 % en 1995 et + 6,56 % en 1996).

2- Articulation entre C.F.E. et C.M.U.

La démarche d'extension de la couverture conduit à pérenniser le régime de la C.F.E. en réglant les questions de « frontière » avec la C.M.U.

Le critère de résidence en France doit permettre de faire le partage entre nationaux résidents relevant de la C.M.U. et nationaux non résidents.

L'appréciation de la résidence en France ou hors de France ne peut pas être fondée sur un critère de durée de séjour. En effet, la C.F.E. couvrant les soins en France pendant les séjours temporaires de moins de trois mois et, sur option, de trois à six mois, ces séjours en France pour des raisons de soins ne peuvent avoir pour effet de conférer la qualité de résident en France lorsque le centre des intérêts reste situé à l'étranger.

La question se pose par contre pour les soins de longue durée, c'est-à-dire au-delà de six mois, la C.F.E. ne couvrant plus les soins en France. Une règle de coordination avec le régime général pourrait prévoir qu'au-delà des six mois, il y a prise en charge par le régime général.

Les membres de la famille de l'expatrié qui restent en France, lorsqu'ils ne sont pas pris en charge par le régime choisi par l'expatrié, seraient pris en charge par le régime général comme résidents.

Le sort des personnes qui partagent leur résidence entre la France et l'étranger devrait être réglé selon les critères de la résidence principale.

Les règles de coordination avec le régime général devront être maintenues et reformulées, la coordination étant un des points forts de la C.F.E. par rapport à la concurrence des autres modes de couverture.

3- Les travailleurs frontaliers et la C.M.U.

3.1- Travailleurs frontaliers exerçant leur activité en France.

Conformément aux engagements internationaux de la France, les travailleurs frontaliers exerçant leur activité en France sont soumis, du fait de cette activité, à la seule législation française.

La C.M.U. préservant les critères professionnels d'adhésion, en leur conférant un caractère prioritaire par rapport au critère de résidence, les intéressés continueront à être affiliés au régime français à titre obligatoire sur la base du critère de l'activité professionnelle exercée en France.

3.2- Travailleurs frontaliers exerçant leur activité dans un autre Etat.

Pour les travailleurs frontaliers exerçant leur activité dans un autre Etat, les engagements internationaux de la France impliquent que les intéressés soient soumis à la seule législation de l'Etat d'emploi.

En l'absence cependant de dispositions particulières dans la législation française interne, les intéressés pourraient demander leur affiliation au régime français sur la base du critère de résidence, par préférence, lorsque leur affiliation au régime étranger d'assurance maladie n'est pas obligatoire (salariés rémunérés en Allemagne au-dessus du plafond d'affiliation obligatoire, soit 21.000 Francs par mois, salariés occupés en Suisse sans y résider) ou n'est pas prévue (salariés rémunérés en Allemagne en-dessous du seuil d'affiliation, soit 2.000 Francs par mois).

Une telle option devrait être supprimée pour des raisons de cohérence avec nos engagements internationaux et pour éviter que la C.M.U. ne permette aux travailleurs frontaliers de quitter le régime d'appartenance des travailleurs actifs.

Dans les relations avec les autres Etats membres de l'Union européenne, servir les prestations en nature directement au titre du régime français au lieu de les servir pour le compte du régime étranger d'affiliation priverait le régime français du remboursement de ses charges de prestations par le régime étranger d'affiliation, en application des règles actuelles de coordination des législations nationales (R. 1408/71).

Il n'est par ailleurs pas du tout assuré que les contributions, normalement exigées en France d'un travailleur sur ses revenus d'activité, puissent être perçues, la législation française n'étant pas en principe applicable aux termes du droit européen et international (Cf. notamment les contentieux C.S.G. et C.R.D.S.).

Il faut également écarter la dissociation entre le travailleur qui relèverait du régime de l'Etat d'emploi et les membres de sa famille inactifs qui voudraient se prévaloir de leur qualité de résidents pour relever du régime français résident.

Cette situation peut survenir pour les travailleurs occupés en Suisse où le régime fédéral d'assurance maladie ne connaît pas la notion d'ayants droit et où les membres de la famille ne sont couverts par ce régime que pour autant qu'ils y adhèrent à titre personnel.

Il conviendra cependant de préserver le principe d'une couverture maladie de tous les travailleurs frontaliers et leurs ayants droit résidents lorsqu'ils ne sont pas couverts à un autre titre.

Les travailleurs frontaliers et leurs ayants droit ne doivent en effet être écartés du régime subsidiaire d'affiliation que pour autant que leur affiliation ou leur possibilité d'affiliation au régime étranger leur permette d'obtenir, directement ou par le recours à un accord international, la couverture des soins reçus sur le territoire français.

EN GUISE DE CONCLUSION, L'EXPRESSION D'UNE PREFERENCE ET LA TRANSMISSION D'UNE ALERTE

La Préférence :

Le rapporteur s'autorise l'expression d'une préférence qui ne va pas totalement à l'un des scénarios, mais sélectionne les composantes de ceux-ci, par référence à une préoccupation centrale : **la généralisation du droit commun de la couverture maladie.**

Cette préoccupation conduit à préférer :

- la centralisation pour la couverture de base,
- le partenariat pour la couverture complémentaire.

1- La centralisation de la couverture de base.

Pour les personnes ne relevant pas d'un régime de base, ni comme affiliés ni comme ayants droit, l'affiliation au régime général deviendrait, sur critère de résidence permanente, un droit dont l'exercice ne serait plus conditionné par le S.A.S. de l'assurance personnelle avec prise en charge des cotisations au titre de l'aide médicale.

La résidence deviendrait le second critère d'affiliation au sein du régime général, tout en jouant un rôle subsidiaire par rapport aux autres critères de rattachement.

Le droit d'affiliation sans délai instauré par la loi du 25 juillet 1994 serait confirmé.

Les C.P.A.M. ouvriraient, dès la date de la demande, le droit à l'assurance sur critère de résidence, à charge pour elles de déterminer ultérieurement si la personne relève du régime général sur critère professionnel ou d'un autre régime de base.

L'affiliation concernerait le demandeur et ses ayants droit jusqu'à l'âge de 20 ans.

L'affiliation autonome par option pourrait se faire à partir de 16 ans.

Les affiliés résidant ne cotiseraient que pour la part de leur revenu dépassant le barème du minimum vieillesse.

- La cotisation serait fixée à 10 % du revenu dépassant ce barème ;
- La cotisation pour les jeunes de moins de 27 ans, ne remplissant pas les conditions du barème R.M.I., serait ramenée au niveau de la cotisation du régime étudiant, soit 1.020 Francs.

L'obligation de paiement de la cotisation préalablement à l'ouverture du droit serait supprimée.

Le principe de continuité des droits serait consolidé par la suppression, dans tous les régimes, des mécanismes de déchéance de droit pour non-cotisation avec maintien des procédures de recouvrement contraignantes.

L'affiliation subsisterait tant que le transfert vers un autre régime ne serait pas effectivement opéré.

L'assurance personnelle serait supprimée. L'aide médicale serait également supprimée, sauf pour les populations très marginalisées. Le recours à l'obligation alimentaire serait abrogé de même que le recours sur succession.

Les enveloppes de financement des cotisations individuelles à l'assurance

personnelle seraient recyclées au profit du régime général sur la base, pour les Conseils généraux, des dépenses réelles corrigées figurant dans les comptes administratifs de l'année civile précédent les transferts.

Les C.P.A.M. seraient encouragées à gérer le risque de façon personnalisée.

2- Le Partenariat pour la couverture complémentaire.

En cohérence avec la démarche d'extension pour le régime de base, il apparaît souhaitable d'opter pour l'extension des couvertures complémentaires, afin de permettre à tous de conserver ou d'acquérir de telles couvertures.

Cette option conduirait :

- à la création d'une allocation personnalisée santé (A.P.S.) couvrant une partie de l'affiliation à une couverture complémentaire, librement choisie, en faveur des personnes dont le revenu est égal ou inférieur au barème du minimum vieillesse et qui ne sont pas bénéficiaires du R.M.I. ;
- à la définition d'une couverture complémentaire de référence ;
- à la participation financière par les acteurs du complémentaire à travers l'extension de leur périmètre en faveur des bénéficiaires de l'A.P.S., ou une contribution à un fonds de péréquation;
- à l'instauration éventuelle d'une cotisation personnelle de 30 Francs par mois et par personne couverte ;
- à la mise en place d'un fonds de péréquation national entre les partenaires de la couverture complémentaire ;
- à la participation des professions de santé ;

- au recyclage de l'enveloppe complémentaire assumée par les départements pour les personnes non bénéficiaires du R.M.I.

3- L'option pour les bénéficiaires du R.M.I.

La centralisation de la couverture de base et la suppression de l'aide médicale rendent impossible le maintien de la compétence des départements à l'égard des bénéficiaires du R.M.I., alors pourtant que les actions d'insertion médicale constituent souvent une composante de l'action globale d'insertion.

Le rattachement des bénéficiaires du R.M.I. au régime général, avec leur bloc de droits couvrant le ticket modérateur et le forfait hospitalier avec tiers payant, apparaît la solution la plus facile. Elle conduira, cependant, le régime général à définir, pour les soins qu'il rembourse mal, une amélioration de son niveau de prise en charge.

Il n'est pas évident d'engager le régime général sur une voie où il ne corrigerait ses carences de remboursement des soins d'optique médicale et de prothèse dentaire que pour les seuls bénéficiaires du R.M.I.

Plutôt que de consolider l'existence d'un régime spécifique pour les bénéficiaires du R.M.I. en matière de couverture des soins, ne faut-il pas les faire entrer dans le champ des droits de tous, étant observé que dans le cadre de la législation actuelle, relative à l'aide médicale, beaucoup de Conseils généraux ont opté pour l'affiliation des bénéficiaires du R.M.I. à une mutuelle.

Les inspirateurs du R.M.I. n'avaient pas imaginé que le régime de solidarité qu'ils voulaient voir mis en place déboucherait sur un « statut social à part » stigmatisant les bénéficiaires au point de leur donner l'appellation de « Rmiste ».

Beaucoup de bénéficiaires du R.M.I. ne sont pas des marginaux et sont

parfaitement capables d'autonomie. Favoriser leur réintégration dans les droits de tous est à la fois possible et souhaitable en terme d'insertion.

Dans ces conditions, pour les bénéficiaires du R.M.I., il conviendrait d'ouvrir une option entre :

- le rattachement au régime général pour les plus marginalisés,
- l'attribution d'une A.P.S d'un niveau couvrant la totalité du coût d'accès à une couverture complémentaire (pas de cotisation et financement intégral par la solidarité nationale).

4- Le besoin d'une aide médicale résiduelle relevant de l'Etat.

Il convient de se demander s'il ne faut pas conserver, à titre subsidiaire et résiduel, une aide médicale-Etat ouverte aux très grands marginaux dont l'instabilité sociale et géographique constitue un obstacle à toute formalité et à toute gestion durable d'un droit.

Si un régime résiduel aide médicale à la charge de l'Etat n'était pas maintenu, le coût de la prise en charge de ces personnes continuerait de peser intégralement sur l'hôpital, les créances irrécouvrables se trouvant en quelque sorte mutualisées dans le budget global.

L'alerte :

Le mandat reçu se trouvait limité au traitement des facteurs d'exclusion des soins liés à la situation financière. Il n'est pas certain que, à terme, ne se profilent des facteurs d'exclusion beaucoup plus graves.

La concurrence, à laquelle se livrent ou sont contraints les acteurs de la couverture complémentaire, risque d'entraîner tout le monde vers des pratiques d'exclusion d'autant plus fortes que les progrès de la génétique offriront des outils très efficaces pour éclairer les sélections.

Or, le moratoire « de fait » sur l'utilisation des tests génétiques par les assureurs arrive à son terme en 1999.

La loi du 31 décembre 1989 ne met de limite aux pratiques de sélection du risque et d'exclusion que lorsque la couverture complémentaire résulte d'un accord d'entreprise et de branche. Le code de la mutualité, quant à lui, n'écarte pas explicitement les discriminations selon les risques.

Il paraît relativement urgent de placer l'ensemble de la protection maladie obligatoire et complémentaire en dehors de toute pratique de sélection et d'exclusion sur critères de santé innés ou acquis, de mieux en mieux identifiables en raison des progrès de la génétique.

Il conviendrait donc d'engager la réforme de la loi du 12 juillet 1990 relative à la non-discrimination sur critères de santé et de la loi du 31 décembre 1989.

Autrement, il y a fort à craindre que, après avoir traité l'obstacle économique et financier à l'accès aux soins, ne se dessine un nouvel obstacle, plus redoutable, fondé sur les progrès dans la prévision du risque maladie.

CHIFFRAGES

Chiffrage ayant éclairé les orientations arrêtées par le Conseil des Ministres du 4 mars 1998.

- effectif concerné par un barème fixé au niveau du minimum vieillesse : 6 millions ;
- éléments pris en charge :
 - la cotisation individuelle à l'assurance maladie personnelle au niveau correspondant au coût moyen de la couverture de base.
 - le ticket modérateur, le forfait hospitalier évalué sur la base d'une dépense moyenne de 1.100 Francs par personne,
 - l'amélioration de la couverture dentaire et optique pour un montant fixé forfaitairement à 800 millions de Francs.

A partir de ces hypothèses, un coût brut a été évalué dont ont été déduits les financements déjà assurés, afin de calculer un coût net correspondant à la dépense supplémentaire liée à l'extension. (Chiffres 1996)

	Coût brut	Compensation	Coût net
Base	6,1 Milliards	5,5 Milliards	0,6 Milliard
Complémentaire	7,4 Milliards	3 Milliards	4,4 Milliards

Ces chiffres devront être réévalués à la lumière des comptes administratifs 97/98 des Conseils généraux.

L'essentiel du coût net supplémentaire est lié à l'extension de la couverture complémentaire (sous réserve d'un recyclage total des enveloppes aide médicale).

Chiffrage du scénario partenarial.

Pour le scénario partenarial, n'a été chiffré que le coût de l'extension de la couverture complémentaire en partant des hypothèses suivantes :

- coût moyen par personne d'une couverture complémentaire évalué à 1.500 Francs,
- nombre de bénéficiaires potentiels : 4 millions (6 millions de personnes concernées par le barème du minimum vieillesse dont ont été retranchées les 2 millions de personnes couvertes dans le cadre du R.M.I.)

Le coût brut de l'extension partenariale s'élève à 6 Milliards.

De ce coût brut, il faut déduire les sommes consacrées à l'aide médicale au profit des personnes non bénéficiaires du R.M.I.

Les dépenses d'aide médicale pour 1997 sont évaluées à 8 Milliards, dont 57 % au titre de la couverture complémentaire, soit 4,5 Milliards.

La couverture complémentaire se répartit à raison des deux tiers en faveur des bénéficiaires du R.M.I. et de un tiers pour les autres bénéficiaires de l'aide médicale, soit 1,5 Milliard, à déduire du coût brut de 6 Milliards.

Le coût net du scénario partenarial s'élèverait donc à 4.5 Milliards, chiffre très proche de l'évaluation ayant éclairé les orientations du Conseil des Ministres du 4 mars 1998.

Cependant, ces évaluations comportent deux incertitudes :

- elles sont fondées sur un recyclage intégral des dépenses d'aide médicale des Conseils généraux,
- elles reposent sur une évaluation de la population concernée par le R.M.I., calculée par application aux 1.060.000 titulaires d'un coefficient de 1,9 pour tenir compte des ayants droit.

Compte tenu de ces éléments, il est apparu prudent de procéder à deux répartitions du coût de l'extension partenariale :

- l'une à partir d'un coût brut de 6 Milliards,
- l'autre à partir d'un coût net de 4,5 Milliards.

Hypothèse I : répartition sur la base d'un coût brut de 6 Milliards.

1.1-Avec cotisation.

Cotisation: 30 Francs 12 mois 4 millions = 1,440 Milliard

Solidarité nationale : 2,280 Milliards (A.P.S. = 570 Francs par an)

Extension des périmètres : 2,280 Milliards (coût moyen pris en charge = 570 Francs par an)

EXTENSION DU PERIMETRE DES ACTEURS AU PRORATA DES POPULATIONS COUVERTES

	Population couverte	Extension et consolidation des périmètres au profit des bénéficiaires de l'A.P.S.	Coût de l'extension
Mutuelles	30 millions : 60 %	2,4 millions	1,368 Milliard
Assurances	13,5 millions : 27 %	1,08 million	615 millions
Prévoyances	6,5 millions : 13 %	0,520 million	296 millions

Dans cette hypothèse, l'A.P.S. s'élèverait à 570 Francs par an.

1.2- Sans cotisation.

Solidarité nationale : 3 Milliards (A.P.S. = 750 Francs)

Coût d'extension des Périmètres : 3 Milliards (coût moyen de prise en charge : 750 Francs) :

- Mutuelles : 1,8 Milliard,
- Assurances : 810 millions,
- Prévoyance : 390 millions.

Dans cette hypothèse, l'A.P.S. s'élèverait à 750 Francs par an.

Poids d'une cotisation à 30 Francs par mois en pourcentage du revenu.

Bénéficiaire d'un C.E.S. : 2.600 Francs : 1,1 %

Revenu au niveau minimum vieillesse personne seul : 3.400 Francs : 0,88 %

Couple : 5.100 Francs : 1,17 %

Famille de trois personnes : 1,4 %

Hypothèse II : répartition sur la base d'un coût net de 4,5 Milliards.

2.1- Avec cotisation.

Cotisation : 30 Francs 12 mois 4 millions = 1.440 Milliard

Solidarité nationale : 1,530 Milliards (A.P.S. = 382,5 Francs par an)

Extension des périmètres : 1,530 Milliards (coût moyen pris en charge = 382,5 Francs par an)

EXTENSION DU PERIMETRE DES ACTEURS AU PRORATA DES POPULATIONS COUVERTES

	Population couverte	Extension et consolidation des périmètres au profit des bénéficiaires de l'A.P.S.	Coût de l'extension
Mutuelles	30 millions : 60 %	2,4 millions	918 millions
Assurances	13,5 millions : 27 %	1,08 million	413 millions
Prévoyances	6,5 millions : 13 %	0,520 million	199 millions

Dans cette hypothèse, l'A.P.S. s'élèverait à 382,5 Francs par an.

2.2- Sans cotisation.

Solidarité nationale : 2,250 Milliards (A.P.S. = 562,5 Francs)

Coût d'extension des Périmètres: 2,250 Milliards (coût moyen de prise en charge : 562,5 Francs) :

- Mutuelles : 1,350 Milliard,
- Assurances : 607,5 millions,
- Prévoyance : 292,5 millions.

Dans cette hypothèse, l'A.P.S. s'élèverait à 562,5 Francs par an.

2.3- Le recyclage de l'aide.

Les dépenses assumées par les Conseils généraux pour la couverture complémentaire des personnes non bénéficiaires du R.M.I. s'élèvent à 1,5 Milliards de Francs. Cette somme devrait être répartie entre les différents acteurs complémentaires au prorata de leur couverture des personnes remplissant les conditions d'ouverture du droit à l'A.P.S.

LE CALENDRIER

L'importance de la réforme en justifie l'urgence.

Cependant, sa mise en place implique, quel que soit le scénario retenu, l'achèvement de la négociation avec les différents partenaires notamment sur le recyclage des enveloppes de financement des Conseils généraux et le partenariat dans la gestion et le financement de l'extension de la couverture complémentaire.

Il faudra par ailleurs tirer les conséquences de la loi nouvelle au niveau de la loi de financement de la Sécurité sociale et de la loi de finances.

Un aboutissement rapide des négociations réduirait les délais de mise en oeuvre de la réforme.

Par ailleurs, dans les prochains mois, la mise en valeur des gisements de droits sous exploités de la loi du 25 juillet 1994 permettrait de faire des **progrès significatifs** dans l'accès au régime général et de préparer ainsi l'instauration de la couverture maladie universelle.

TABLE DES MATIERES

- Lettre de Mission du Premier Ministre	
Lettre de transmission du Rapporteur	
- Pour une couverture maladie universelle, base et complémentaire	1
- L'enjeu	2
- La démarche	4
- Scénario I : La couverture décentralisée encadrée	8
1- Portée et limites de l'aide médicale	8
1.1- Les acquis de l'aide médicale	8
1.2- Les limites de l'aide médicale	10
2- Les conditions d'une extension de l'aide médicale	12
2.1- L'instauration d'un barème national	12
2.2- Le guichet de droit commun pour l'accès au régime général	14
2.3- Le guichet unique pour la coordination couverture base et complémentaire	15
2.4- La suppression de l'obligation alimentaire	16
2.5- Le principe d'immédiateté et de continuité	16
2.6- La création d'un fonds de péréquation	16
- Evaluation du scénario I	18
- Scénario II : La couverture centralisée	20
1- L'accès au régime général	20
1.1- La place du critère résident	21
1.1.1- L'articulation critère professionnel, critère résident	21
1.1.2- L'âge d'affiliation	22

1.1.3- Les principes d'immédiateté et de continuité	23
1.2- Le financement	23
1.2.1- L'enveloppe des Conseils généraux	24
1.2.2- Les autres enveloppes	24
1.2.3- Le coût de l'extension	25
1.3- Le caractère contributif ou non contributif du « régime général résident »	25
1.3.1- Le principe contributif	25
1.3.2- Le seuil contributif	26
1.3.3- Le taux de la cotisation	27
1.4- Le lien entre cotisation et accès aux droits	28
1.5- Une gestion déconcentrée personnalisée	29
2- La modification du périmètre de couverture du régime de base	30
3- La mise en place d'une couverture complémentaire sous condition de ressources	31
4- Les conditions de recyclage des enveloppes	32
4.1- Le recyclage de l'enveloppe des Conseils généraux	32
4.2- Les autres enveloppes	36
4.3- L'équilibre du régime	36
- Evaluation du scénario	37
- Scénario III : La couverture partenariale	41
1- Centralisation de l'accès au régime de base	41
2- La gestion des droits des bénéficiaires du R.M.I. par le régime général	41
3- L'extension de la couverture complémentaire	42
3.1- La solvabilisation	42
3.2- L'extension des périmètres de couverture	44

3.3- L'articulation solvabilisation extension de périmètre	45
3.4- La mise en place d'une couverture complémentaire de référence	46
3.5- La contribution des acteurs	48
3.5.1- Les mutuelles	49
3.5.2- La prévoyance	51
3.5.3- Les assureurs	52
3.6- La contribution des professions médicales	52
3.7- Taxation ou contribution contractuelle	53
3.7.1- Le refus de la taxation	53
3.7.2- Le choix de la contractualisation	54
3.7.3- La péréquation	56
3.8- La correction des effets de seuil	57
3.9- L'extension du tiers payant	57
- Evaluation du scénario	60
- Conditions d'application de la couverture maladie universelle au bénéfice des jeunes, des étrangers, des Français de l'étranger et des frontaliers	62
- La couverture maladie des jeunes	63
1- Consolider la notion d'ayants droit tout en ouvrant un droit autonome	63
2- Développer les droits liés à l'insertio	64
3- Affilier les jeunes sur critère subsidiaire de résidence	64
4- Ouvrir une couverture complémentaire aux jeunes non-étudiants	65
5- Consolider le régime étudiant	65
- La couverture maladie des personnes de nationalité étrangère	67
1 - Droits actuels d'accès aux soins	67
1.1- Les personnes étrangères en situation régulière	67

1.2- Les personnes étrangères résidant en France sans titre de séjour	68
1.3- Le droit à la carte de résident temporaire en raison des besoins de soins	68
2- Les droits au regard de la couverture maladie universelle	69
2.1- Le cas des étrangers en situation régulière	69
2.2- Le cas des étrangers sans titre de séjour	69
- Les Français de l'étranger et les frontaliers et la couverture maladie universelle	71
1- Caractéristiques actuelles du régime Caisse des Français de l'Etranger	71
1.1- Adhésion	71
1.2- Prestations	71
1.3- Equilibre financier	72
2- Articulation entre C.F.E et C.M.U	72
3- Les travailleurs frontaliers et la C.M.U	73
3.1- Travailleurs frontaliers exerçant leur activité en France	73
3.2- Travailleurs frontaliers exerçant leur activité dans un autre Etat	73
- Enguise de conclusion, l'expression d'une préférence	
et la transmission d'une alerte	75
- Préférence	75
1- La centralisation de la couverture de base	75
2- Le partenariat pour la couverture complémentaire	77
3- L'option pour les bénéficiaires du R.M.I.	78
4- Le besoin d'une aide médicale résiduelle relevant de l'Etat	79
- L'alerte	80
- Chiffrages	81
- Chiffre ayant éclairé les orientations arrêtées	
par le Conseil des Ministres du 4 mars 1998	81

- Chiffrage du scénario partenarial	82
Hypothèse I : répartition sur la base d'un coût brut de 6 Milliards	83
1.1- Avec cotisation	83
1.2- Sans cotisation	84
1.3- Poids d'une cotisation à 30 Francs par mois en pourcentage du revenu	84
- Hypothèse II : répartition sur la base d'un coût net de 4,5 Milliards	84
2.1- Avec cotisation	84
2.2- Sans cotisation	85
2.3- Le recyclage de l'aide	85
- Le calendrier	86
- Table des matières	87

CONTRIBUTIONS

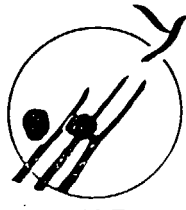
Lors de la consultation, il a été proposé que ceux qui le souhaitaient confirment leur position sur la Couverture Maladie universelle.

Il paraît utile, pour éclairer les arbitrages à rendre, de publier, en annexe du rapport, ces prises de position.

Liste des contributions :

- I. - Mouvement A.T.D. QUART-MONDE,
- II. - U.N.I.O.P.S.S.
- III. - Fédération Nationale de la Mutualité Française,
- IV. - Mutuelles de France,
- V. - Fédération Nationale Interprofessionnelle des Mutuelles,
- VI. - Fédération Française des Sociétés d'Assurances,
- VII. - Confédération Générale du Travail (C.G.T.),
- VIII. - Confédération Force Ouvrière,
- IX. - Confédération Française des Travailleurs Chrétiens (C.F.T.C.),
- X. - Assemblée des Présidents des Conseils Généraux de France
(A.P.C.G.),
- XI. - Centre Technique des Institutions de Prévoyance,
- XII. - Association des Directeurs des Caisses d'Assurance Maladie,
- XIII. - Mutualité Sociale Agricole,
- XIV. - Médecins du Monde,
- XV. - Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés
(F.N.A.T.H.),

- XVI. - CANAM,
- XVII. - CNP Assurances,
- XVIII. - Union professionnelle des Médecins d'Île de France,
- XIX. - Institut national de la Statistique et des Etudes économiques.



ATD
QUART MONDE

MOUVEMENT
ATD
QUART MONDE

Fondé par
Monsieur Joseph Wresinski
(1917-1988)

Association régie
par la loi de 1901
Fondation
Aide à Toute Détresse
reconnue d'utilité
publique en 1971

Membre du Mouvement
international
ATD Quart Monde
ONG ayant le statut
consultatif auprès de
l'Ecosoc, de l'Unesco
de l'Unicef, du BIT et
du Conseil de l'Europe

Secrétariat Général
107, avenue
du Général Leclerc
F-95480 Pierrelaye
France

Tel. 01.30.47.11.11
01.30.47.11.11

Secrétariat
national

33, rue Bergère
75009 Paris

Tel. 01.42.46.81.95
Fax. 01.48.06.06.92

Monsieur Jean-Claude BOULARD
Assemblée Nationale
126 rue de l'Université
75355 PARIS cedex 07 SP

Paris, le 16 juillet 1998

Monsieur le Député,

Nous vous remercions de l'entretien que vous nous avez accordé ce 8 juillet 1998 dans le cadre de la mission d'information que vous a confiée Madame la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité pour la préparation du projet de loi sur la couverture maladie universelle

Pour compléter la note que nous vous avons remise à l'issue de cet entretien, vous nous avez demandé de vous adresser une note précisant notre point de vue sur «la complémentaire», étant convenu qu'il ne s'agit là que d'une partie du problème, mais sur laquelle des sensibilités différentes s'expriment. Dans la note ci-jointe, nous réexprimons et précisons ce que nous avons dit ensemble récemment : la mutualisation nous semble préférable mais sous un certain nombre de conditions

Notre souci est que ce nouveau débat s'inscrive réellement dans la prolongation de la Loi d'orientation contre l'exclusion. A plusieurs reprises, vous nous avez montré votre intérêt pour l'accès de tous aux droits de tous. Nous nous rejoignons sur ce point. La difficulté réside dans la mise en application et dans le choix des méthodes.

En espérant que la note ci-jointe contribuera à éclairer ce choix, je vous prie de croire Monsieur le Député, à l'expression de ma considération et de mes sentiments cordiaux

G. de Gaulle Anthoz

Geneviève de Gaulle-Anthoz
Présidente du Mouvement ATD Quart Monde

ATD
QUART MONDE

Paris, le 16 juillet 1998

**NOTE DE REFLEXION SUR
LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE A 100% DES DEPENSES
DE SANTE DES PERSONNELS LES PLUS DEMUNIES.**

Introduction

L'hypothèse de base de réflexion de cette note est que toutes les personnes auront désormais, de droit, une assurance maladie, garantie pour toute leur vie. Sous la forme d'une carte VITAL.

Pour les personnes les plus démunies, la prise en complémentaire peut s'envisager de deux manières :

- dans le cadre d'un régime spécifique,
- par mutualisation.

Les expériences conduites en particulier dans les Bouches du Rhône pourraient inciter à ne pas opter pour cette deuxième solution, car.

- la création de mutuelles spécialisées dans la pauvreté est inadmissible,
- les dysfonctionnements sont nombreux,
- et la convention, par laquelle ces mutuelles fournissent des renseignements sur la consommation des personnes, aboutissant à des cas de radiation, est une violation des droits des individus.

*Faut-il pour autant écarter la solution de mutualisation offerte à tous,
Ou ne faut-il pas plutôt en tirer les enseignements pour rechercher les conditions qui peuvent
permettre une solution mutualiste.
Car cette solution présente des avantages importants.*

Des avantages à la mutualisation...

- Le premier est qu'elle permettrait aux personnes en difficulté d'entrer (ou de rester) dans le **droit commun**, avec une **continuité dans la prise en charge** évitant les effets de seuil, les personnes pouvant, selon l'évolution de leur ressources, passer sans rupture d'une situation à une autre : cotisations payées entièrement par elles-mêmes, prises en charge partiellement ou prises en charge complément.
- Le second avantage est que la mutualisation contribuerait à **mobiliser en faveur de la lutte contre l'exclusion** ces acteurs importants de l'économie sociale que sont les mutuelles. Or chaque occasion d'impliquer de nouveaux partenaires dans ce combat doit être saisie, toutes les forces du pays devant être rassemblées pour venir à bout de la misère.

Les acteurs de terrain des mutuelles ont semble-t-il pour beaucoup une sensibilité qui les poussent à se mobiliser en ce sens, il paraît important de les y encourager. L'occasion leur serait ainsi offerte **de réaliser de véritables actions de solidarité à travers la rencontre, l'accueil et l'accompagnement des personnes.**

- Par ailleurs, au-delà de la couverture complémentaire, les personnes démunies pourraient participer aux **actions de prévention, d'information et d'éducation à la santé** développées par les mutuelles. Elles bénéficieraient ainsi de moyens pour être davantage actrices de leur propre santé.
- Enfin, la nécessaire évolution des mutuelles qu'implique la prise en compte des plus démunis (simplification des démarches, lisibilité de la couverture, développement de l'éducation à la santé, etc. : cf. le cahier des charges mentionné ci-dessous) serait un progrès pour tous leurs adhérents.

... mais il y a la nécessité d'un cahier des charges

Si le choix de la mutualisation des plus démunis devait être fait, un cahier des charges très précis devrait être imposé aux mutuelles. Ce cahier des charges, au regard de l'importance qu'il revêt pour que le choix mutualiste soit valable pour les plus démunis, devrait être **inscrit dans la loi**. Il comporterait à notre sens :

- 1- des **garanties minimales de prise en charge**, qui doivent permettre aux personnes d'être prises en charge à 100% pour tous les soins à l'hôpital (forfait hospitalier compris) et en médecine de ville y compris chez les spécialistes. Un plancher suffisamment élevé doit en outre être fixé pour la prise en charge de l'optique, des prothèses dentaires et auditives.
- 2- une **garantie de non sélection et non radiation des bénéficiaires** ; même si le risque santé n'est a priori pas plus élevé pour les personnes très pauvres que pour les autres, les mutuelles peuvent être tentées, face à certaines situations individuelles de consommation de soins importantes, de refuser l'adhésion ou de recourir à la radiation.
- 3- certaines règles déontologiques telles que la **non transmission à un tiers des informations relatives à la consommation individuelle de soins**.
- 4- la fixation d'un **délai maximum d'ouverture des droits**.
- 5- une garantie de **continuité des droits**, tant que les personnes ne sont pas sorties de leurs difficultés.
- 6- l'ouverture de la mutuelle à d'autres adhérents que les personnes démunies, ceci afin d'éviter à tout prix la mise en place de « **mutuelles pour les pauvres** » et la stigmatisation qui en résulte.
- 7- le développement par la mutuelle **d'actions collectives de prévention, d'information et d'éducation à la santé**, conçues pour être accessibles - bien sûr non exclusivement - aux personnes très démunies : ceci suppose la mise en place de **formations des professionnels en charge de ces actions**, afin qu'ils connaissent mieux le vécu de ces personnes, apprennent à dialoguer « à égalité » avec elles et à prendre appui sur leurs savoirs issus de l'expérience.

Annexes: Contributions I - iv

Conclusion

Il nous semble qu'en référence à l'article 1 de la loi d'orientation contre les exclusions qui prévoit l'accès de tous aux droits de tous, la mutualisation est préférable. A notre avis, les garanties qui doivent accompagner le choix ou non de la solution mutualiste sont :

- d'une part, l'**acceptation ou non du cahier des charges** ci-dessus par les mutuelles ;

- d'autre part, la capacité des services de l'Etat à **garantir que ce cahier des charges sera effectivement appliqué**. Au regard du grand nombre de mutuelles qui pourraient être impliquées, il s'agit d'une tâche dont l'importance doit être mesurée : elle passe, non seulement par un contrôle exercé sur les mutuelles, mais aussi et surtout par une bonne information des personnes démunies sur leurs droits et par l'existence de recours simples et rapides. En effet, que se passera-t-il si, par exemple, une personne se fait radier abusivement de sa mutuelle alors qu'elle ignore même que c'est illégal,

- par ailleurs, la mise en place d'un **guichet unique** d'accès à la couverture de base et à la couverture complémentaire, la solution mutualiste ne devant en aucun cas compliquer les démarches pour les personnes concernées.

- La liberté laissée au bénéficiaire de **choisir entre les mutuelles agréées**, ayant accepté ce cahiers des charges, chacune d'elles pouvant alors offrir des avantages complémentaires.

Enfin, il reste à évaluer la capacité des mutuelles à se mobiliser et à s'unir pour une vraie démarche de solidarité, à oublier en l'occurrence leurs tentations assurantielles et surtout à ne pas faire de la pauvreté un enjeu concurrentiel.



u.n.i.o.p.s.s.

Le Président

Monsieur Jean-Claude BOULARD
Député

1bis, Chemin de Vaucel
72170 SAINT-MARCEAU

Nos Réf. : BG/PG

Paris, le 22 juillet 1998

Monsieur le Député,

Depuis plusieurs mois les associations nationales de lutte contre la pauvreté, membres du groupe Santé de l'UNIOPSS¹, que vous avez eu l'amabilité de rencontrer le 24 juin dernier, se sont réunies pour élaborer une plate-forme interassociative de propositions concernant la couverture maladie universelle. Je vous prie de bien vouloir la trouver ci-joint.

Le groupe Santé de l'UNIOPSS est à votre disposition pour vous rencontrer à nouveau sur la base de ces propositions si vous le jugez utile.

Au cas où vous annexeriez à votre rapport les contributions des partenaires que vous avez rencontrés, que je vous saurais gré de bien vouloir diffuser cette plate-forme qui remplace les contributions antérieures de l'UNIOPSS que nous vous avons remises en avril.

Enfin, si cela vous était possible, il nous serait très précieux que vous nous adressiez un exemplaire de votre rapport après sa remise au Ministre. Les associations souhaiteraient en effet pouvoir l'étudier et en débattre.

Vous remerciant de l'attention que vous voudrez bien porter à cette plate-forme, je vous prie de croire, Monsieur le Député, à l'assurance de ma considération distinguée.

René LENOIR
Ancien Ministre

P.J. : 1

¹ Médecins du Monde, Médecins Sans Frontières, FNARS, Secours Catholique, Croix Rouge Française, ATD Quart Monde, REMÈDE, Entraide Protestante, ANPA

Plate-forme interassociative pour une Couverture Maladie Universelle garantissant l'accès aux soins de tous

Les associations que regroupe l'UNIOPSS demandent l'instauration d'une Couverture Maladie Universelle garantissant l'accès aux soins de tous. Un tel projet a été défendu par les associations notamment au cours de la campagne « ALERTE », à la Conférence Nationale de la Santé et au Conseil Economique et Social. En effet, la complexité et les insuffisances actuelles des règles d'accès aux soins écartent les plus démunis du système de droit commun.

L'une des mesures de simplification qui devraient être retenues est **l'instauration d'un interlocuteur unique**. Les associations sont très attachées à ce qu'un seul interlocuteur, à savoir la CPAM, permette désormais d'accéder à la couverture de base et à la couverture complémentaire. Cela constituerait une importante simplification des circuits, ce qui est capital pour l'accès aux soins.

Ce principe général étant posé, la présente note abordera successivement la couverture de base, la couverture à 100 % pour les plus démunis, la généralisation du tiers payant et la garantie d'une couverture complémentaire pour les revenus modestes.

1. LA COUVERTURE DE BASE

Les associations souhaitent que la CMU bénéficie dès le **1^{er} janvier 1999 à toute personne résidant en France, dans les conditions fixées par le Conseil d'Etat dans son arrêt du 8 janvier 1981.**

La preuve de la résidence peut se heurter à des difficultés pour les personnes sans domicile fixe, les personnes logées dans des habitats de fortune, les nomades... C'est pourquoi les associations proposent que **la domiciliation puisse être effectuée auprès des services publics tels que les CCAS ainsi que des associations et organismes agréés**, comme cela est fait en matière de RMI.

Pour prendre en compte le problème des mineurs en rupture avec leur famille qui ne souhaitent pas demeurer ayant-droits de leurs parents, les associations demandent que la CMU soit accordée pour tous les jeunes **dès l'âge de 16 ans**, âge de la fin de l'obligation scolaire

Pour les personnes actuellement dépourvues de protection sociale, l'affiliation devrait pouvoir être effectuée par la CPAM à tout moment et être demandée ou provoquée par un grand nombre d'organismes si l'on veut s'approcher d'une assurance réelle de tous. La demande pourrait par exemple se faire :

- soit lors de la première hospitalisation, à la demande des services sociaux des hôpitaux,
- soit lors de la première demande de soins de ville, à l'initiative du praticien,
- soit à la demande d'une association, d'un CCAS ou de la CAF...

l'affiliation prenant effet rétroactivement, à la date de la demande.

En outre, afin de faire bénéficier de la CMU les personnes les plus éloignées des différentes filières d'affiliation, **les CPAM devraient aller au devant de ces personnes sur les lieux où elles se trouvent** et les accompagner jusqu'à ce que leurs droits soient établis. Certaines CPAM expérimentent déjà avec succès une telle démarche qui devrait être généralisée.

Les associations souhaitent que soit créé un droit universel à l'assurance, sans qu'il soit nécessaire d'apporter des preuves autres que la résidence. Il s'agirait d'un **régime déclaratif**, un droit a priori, les vérifications se faisant a posteriori. Il existerait une présomption de droit à l'assurance.

2. LA COUVERTURE À 100 % POUR LES PLUS DÉMUNIS

L'aide médicale actuelle est injuste. En effet les conditions d'accès et le barème de l'aide médicale étant fixés au plan départemental, on relève de très fortes inégalités d'accès à l'aide médicale d'un département à l'autre. Le plafond de revenus pour accéder à l'aide médicale varie depuis le niveau du RMI (2400 F) jusqu'à 3800 F (Paris).

Pour mettre fin à cette situation injustifiée, les associations demandent que l'Etat instaure **un barème national unique applicable sur tout le territoire, y compris les DOM-TOM.**

Dans cette hypothèse, les associations seront très vigilantes sur le niveau du barème qui sera retenu. **Il ne doit en aucun cas priver d'une protection à 100 % des personnes qui ont actuellement accès à l'aide médicale dans les différents départements du territoire, et devrait donc s'aligner sur le barème actuel le plus élevé**

La loi de 1992 ayant fait ses preuves, il importe aux associations que **les caractéristiques de la loi de 1992 relatives à l'aide médicale soient maintenues.** à savoir

- dispense d'avance de frais,
- caractère préventif et familial,
- prise en charge de la totalité des prestations couvertes par la Sécurité sociale (y compris le forfait journalier),
- régime déclaratif,
- procédure immédiate,
- applicable à l'ensemble des étrangers résidant en France A noter la nécessité pour eux d'avoir le même support des droits que les autres personnes (carte banalisée).

Par ailleurs, les associations demandent **que la prise en charge à 100 % couvre en totalité les dépenses de prothèses auditives, d'orthodontie, de lunetterie et d'appareillage**

Enfin, s'agissant de la santé des personnes, les associations souhaitent que **les caractéristiques de l'aide sociale autres que la condition de ressources soient supprimées : obligation alimentaire, récupération sur successions.**

3. LA GÉNÉRALISATION DU TIERS PAYANT

Pour les personnes qui ne bénéficient pas de l'aide médicale, l'une des causes des difficultés d'accès aux soins est la nécessité de faire l'avance des frais. C'est pourquoi les associations souhaitent **que la dispense d'avance de frais soit étendue à la médecine de ville**, pour tous. Un rapport de la CPAM de Paris établit que le tiers payant ne provoque pas de hausse durable de la demande de soins. Cette extension du tiers payant, qui faciliterait beaucoup l'accès aux soins des personnes à revenus modestes, serait donc sans coût financier important pour la collectivité.

4. LA GARANTIE D'UNE COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE POUR LES REVENUS MODESTES

Au-delà du barème national unique d'aide médicale, il est nécessaire de prendre des mesures de facilitation financière de l'accès aux soins pour les revenus modestes. En effet le ticket modérateur apparaît désormais trop élevé pour une frange croissante de la population dont les ressources se situent au-dessus du barème de l'aide médicale, comme l'a montré la récente enquête du CREDES. Les associations demandent donc **que soit créé, au-dessus du barème national de l'aide médicale, un droit à une prise en charge graduelle, en fonction des revenus, de la couverture complémentaire, qui serait géré par la CPAM.**

Enfin il conviendrait **d'augmenter sensiblement la prise en charge des prothèses auditives, de l'orthodontie, de la lunetterie et de l'appareillage pour les personnes à revenus modestes.**

Paris, le 4 mars 1998

Jean-Pierre DAVANT, Président de la Mutualité Française, se félicite de l'annonce par le gouvernement de l'instauration prochaine d'une couverture maladie universelle souhaitée depuis de nombreuses années par la Mutualité Française.

Cette mesure va permettre à des centaines de milliers de personnes aujourd'hui exclues du système de santé, de faire valoir leurs droits et d'accéder plus facilement aux soins dont ils ont besoin.

Cette réforme qui va dans le sens du renforcement de la cohésion sociale est également d'une haute portée symbolique au moment où certains prônent la privatisation de l'assurance maladie.

La Mutualité Française est prête à travailler très rapidement avec les pouvoirs publics, les collectivités locales, les professionnels de santé et les organismes de sécurité sociale afin de permettre aux personnes en difficulté d'avoir une couverture complémentaire santé et ainsi bénéficier de soins de qualité. De nombreuses mutuelles interviennent déjà pour faciliter l'accès aux soins de ces personnes; leur expérience sera précieuse pour nourrir la concertation qui va s'engager.

L'ACTION SOCIALE DES MUTUELLES

La Mutualité Française mène depuis ses origines, à la fin du XIXe siècle, des actions de solidarité conformément aux principes humanistes qui ont présidé à sa création.

Ces actions sont, pour une part importante, destinées aux adhérents des Mutuelles, car il est de leur mission d'assurer une entraide lorsque ceux-ci ou les membres de leur famille rencontrent au cours de leur vie des situations difficiles : maladie, invalidité, décès, chômage,..

Par la nature même de l'organisation du Mouvement Mutualiste, ces missions sont pour la plupart, menées par chacune des Mutuelles en réponse aux besoins locaux de la population ou de catégories professionnelles.

Ces actions sont donc très diverses et reposent sur l'initiative des militants mutualistes. Elles peuvent être regroupées en deux grandes catégories :

- des actions liées à la santé, dans le cadre de la complémentaire santé, au travers des réalisations sanitaires, ou encore liant la santé et l'insertion.
- des actions sociales complémentaires des actions santé répondant à des besoins locaux, aux besoins de catégories de population spécifiques ou encore dans le prolongement des réalisations sociales.

La Mutualité Française n'a donc pas attendu l'émergence d'un cadre légal de lutte contre l'exclusion pour répondre aux besoins sociaux de la population dans les domaines qui la concerne

Toutefois, l'ampleur prise depuis quelques années par le phénomène d'exclusion sociale d'une part importante de la population ne permet plus aux mutuelles de répondre seules à tous les besoins sans augmenter les cotisations des adhérents. Or, des augmentations de cotisation pourraient générer une mécanique d'exclusion pour des adhérents qui ne pourraient en supporter le coût et par la même ne pourraient plus accéder à la plupart des soins ambulatoires.

1. La santé, domaine d'action privilégié de la mutualité en faveur des populations en voie de précarisation ou en situation précaire

1) Des actions dans le cadre de la complémentaire santé.

Si 84% de la population française bénéficie d'une couverture complémentaire, soit 49 millions de personnes, 12% de la population n'a pas de couverture complémentaire et ne bénéficie ni de l'aide médicale gratuite, ni d'une exonération du ticket modérateur. Parmi ceux-ci, 3 millions d'adultes et enfants disposaient en 1995 d'un revenu par unité de consommation inférieur à 3300F par mois.

Or la protection complémentaire constitue aujourd'hui en France en élément essentiel de la couverture du risque maladie notamment pour le premier niveau de recours aux soins.

La complémentaire santé est le principal métier de la mutualité Française qui couvre ainsi la moitié de la population.

a) Prévenir la démutualisation des adhérents.

Accompagner les adhérents en cas de survenance de ce que l'on appelle les aléas de la vie par une procédure de maintien des prestations de complémentaire santé est une pratique répandue des mutuelles. D'autres mutuelles font un effort supplémentaire d'amélioration du niveau des prestations. Les aléas pris en considération sont au premier chef la perte suivie de la baisse des ressources.

En regard du niveau de prestation, la diminution de cotisation, d'une durée minimale de plusieurs mois à une durée indéterminée, constitue la procédure la plus communément mise en oeuvre. Plus rarement, est proposée une suspension de la cotisation.

b) Favoriser l'accès à la santé pour les populations non assurées complémentaires.

Deux types d'actions ont été conçus et sont proposés :

- des garanties spécifiques dans le cadre de mutuelles existantes exemples : cotisation gratuite pour des jeunes intégrant l'entreprise pendant une année ; garanties spécifiques pour les moins de 25 ans en situation précaire ; garanties spécifiques pour les RMistes : garantie spécifique pour les adhérents des entreprises en dépôt de bilan, convention pour la couverture des personnes en insertion salariées d'une entreprise d'insertion (221 adhérents - coût 97 pour le groupement 400.000F), carte santé jeune, mutualisation de jeunes de missions locales, jeunes à la recherche d'un emploi passant par la mission jeune, garantie spécifique pour les emplois précaires, les moins de 30 ans étudiants (5150 individus, 1363F en 1997 de moyenne de prestations par personne).

- création de mutuelles accueillant des catégories de populations spécifiques : chômeurs, bénéficiaires d'une pension d'invalidité (70 adhérents - 90.000F de prestations versées en 1997), jeunes (Rmistes - CES) personnes en difficulté en insertion (120 personnes protégées ; 134 000f de prestations versées en 1997).

Enfin la Mutualité française au travers de certains de ses groupements est à l'origine de projets s'inscrivant dans le cadre des ordonnances d'avril 1996, offrant la possibilité d'expérimenter de nouvelles formes d'organisation d'offre de soins. Ainsi dans les départements du Finistère, de la Gironde et de Loire Atlantique, les risques de précarisation dans les agglomérations importantes touchées par le chômage et les problèmes d'accès aux soins qui en découlent, ont conduit à l'élaboration ou au développement d'un réseau d'accès à la santé :

- non seulement en proposant des conditions de couverture complémentaire, dans un cadre de financement et de gestion particulier (garantie spécifique) ;
- mais aussi en facilitant un accès à des prestations insuffisamment prises en charges en négociant avec les professionnels des conditions de prix de qualité ;
- et enfin, en proposant un réseau d'accueil constitué de « correspondants ou de médiateurs santé » chargés de déceler et d'accompagner la demande de soins de personnes en situation de précarité et en développant des actions de promotion de la santé auprès de cette population.

2) Les réalisations sanitaires constructives d'une offre de soins et facilitatrices de l'accès aux soins.

a) Les réalisations sanitaires - cliniques, centres de santé, pharmacies centres d'optique, centres de santé dentaire... - constituent une offre de soins ou de services de santé de proximité au bénéfice des adhérents et pour certaines, au bénéfice de l'ensemble de la population.

b) Les réalisations sanitaires facilitent l'accès aux soins :

- par les tarifs pratiqués, notamment dans les domaines où le taux de renoncement aux soins pour des raisons financières est important : dentaire. optique.
- par la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais.
- par la pratique des tarifs de secteur 1
- par la passation de conventions d'aide sociale avec les CPAM, CCAS. Conseils Généraux, permettant à certaines populations de bénéficier de tarifs adaptés à leurs capacités contributives notamment dans les domaines de l'optique et du dentaire.
- par des choix d'implantation dans des quartiers particulièrement défavorisés où l'offre de soins était inexistante ; par des formules innovantes et souples pour répondre à des besoins spécifiques de populations en difficulté : bus social dentaire destiné à créer entre la rue et les structures d'accueil traditionnelles un lieu de rencontre privilégié où il soit possible de répondre à une urgence, soulager la douleur,... (action menée en partenariat).

Enfin la mise en oeuvre de conventions avec les professionnels de santé à étendre la procédure d'avance de frais dans le secteur traditionnel, particulièrement dans les domaines où le montant du ticket modérateur peut constituer un frein : dentaire, hospitalisation, biologie médicale, médicament...

Par l'ensemble de ces actions. la Mutualité peut donc peser sur les tarifs pratiqués et favoriser le développement du tiers-payant auquel les professionnels de santé libéraux restent globalement hostiles - à l'exception du syndicat MG France) et ainsi jouer un rôle de secteur témoin.

3) Santé et insertion des jeunes : expérimentation de la démarche participative.

En 1993, en partenariat avec le Comité Français d'Education pour la santé, la Direction Générale de la Santé et la Délégation interministérielle à l'insertion des Jeunes, la Mutualité française a initié une recherche-action basée sur la participation active des jeunes de milieu social défavorisé, dans dix départements (Aveyron, Hautes-Pyrénées, Haute-Garonne, Jura, Territoire de Belfort, Haute-Saône).

4) Un programme national expérimental : le lien social.

En janvier 1997, une convention a été signée par le Président de la F.N.M.F. avec les Pouvoirs Publics pour développer un programme expérimental d'accès aux soins pour les personnes en difficulté des quartiers sensibles, appelé « Lien social ».

Le programme a pour objectif de :

- faciliter l'accès aux soins des populations les plus fragiles.
- promouvoir les politiques mutualistes de solidarité vis-à-vis des plus défavorisés en leur donnant les moyens d'être responsables et d'accéder à une forme de citoyenneté.

II. Des actions sociales complémentaires de celles menées dans le domaine de la santé

1) Répondre à des besoins locaux.

a) Quelles actions sociales locales,

- L'éventail de ces actions est large et vise généralement à offrir un accompagnement social notamment aux jeunes en complément d'actions de prévention et de promotion de la santé...

- D'autres actions sont menées : intégration d'une filière de service emploi dans les prestations d'une mutuelle, versement d'aides financières au travers de commissions d'aide sociale mises en place au sein des groupements (ces aides financières visent la santé mais aussi le chômage, le handicap, le logement...), accompagnement des personnes dans le cadre de CHRS, action visant à favoriser l'insertion sociale de personnes en situation précaire par la participation à la réflexion pour la création d'un fonds de garantie de loyer destiné à faciliter l'accès des intérimaires au logement locatif, action en faveur des emprunteurs immobiliers victimes d'un événement familial ou professionnel non garanti mettant en péril l'équilibre du budget familial dans le cadre d'un fonds d'action sociale, aide à l'insertion professionnelle des jeunes diplômés, promotion des réseaux d'échanges et de savoir.

- Des actions ayant pour objectif d'informer les adhérents mutualistes mais pas seulement sur des questions sociales, ayant trait au logement, à l'emploi sont menées par des groupements. Cette fonction d'information est souvent connectée à une fonction d'orientation.

b) Quels sont les moyens mis en oeuvre ?

A cet effet, les groupements mutualistes mobilisent des moyens spécifiques de plusieurs types : moyens humains au travers des animateurs prévention, moyens financiers par l'engagement de budgets dédiés à ces actions ou par l'octroi à des associations spécialisées de subventions, moyens logistiques, formation.

c) Quels partenariats ?

Pour mener efficacement ces actions, des partenariats sont noués soit avec les partenaires institutionnels locaux : Ville, CPAM, CCAS, Mission locale, CAF,... soit avec des intervenants spécialisés : GRET, UDAF, MJC,...

Répondre aux besoins de catégories de populations spécifiques

Parmi les actions menées par les groupements, deux types d'actions peuvent être mis en exergue :

a) L'action des groupements ont fait de ces actions le fer de lance de leur activité et proposent donc une offre cohérente déclinée en termes d'information, d'attribution d'allocations. de soutien financier particulier, d'action vacances, de campagnes d'information sur les aides techniques, de bourse d'échanges pour le matériel, de prix de l'innovation pour développer la solidarité par des exemples incitatifs, de contrat rente de survie visant à garantir au décès du souscripteur une rente à l'enfant handicapé. d'éditions spéciales de la revue du groupement (transcription en braille, enregistrement sur cassette), de réseau handicap.

b) La tutelle aux majeurs protégés.

L'on peut citer l'exemple d'un groupement pour lequel la tutelle, exercée bénévolement par 126 personnes, concerne aujourd'hui 50 départements et 231 majeurs protégés.

MUTUELLES DE FRANCE

Si, comme je souhaite, le mouvement mutualiste français participe avec l'Etat et la sécurité sociale à la mise en oeuvre d'une aide légale à la mutualisation sous critères de ressources, permettant à chacun de venir et de rester mutualiste, la mutualité serait définitivement et légalement du côté de l'intérêt général, des principes de solidarité, d'universalité et de sécurité sociale qui, en droit européen, préservent de la concurrence commerciale.

La mutualité a un rôle important à jouer. Chacun doit pouvoir accéder à une mutuelle de complémentarité maladie et participer à l'action volontaire pour améliorer sa santé il faut que cela devienne un droit de la personne. Une aide obligatoire doit être instituer. Avec l'amélioration de la Sécurité Sociale obligatoire et la création, par le mouvement mutualiste lui-même, d'un fonds national de mutualisation, financé notamment par une remutualisation de ses réserves légales, il serait possible de mettre un terme au renoncement des soins pour des raisons financières.

LE SCORNET.

Président des Mutuelles de France.

**NOUVELLE
MUTUALITE**

N/réf : PHD/ds-98.-251

Monsieur Jean-Claude BOULARD
Député de la Sarthe
Casier de la poste
Palais Bourbon
75355 Paris 07 SP

Paris, le 6 juillet 1998

Monsieur le Député.

Permettez-moi, tout d'abord, de vous remercier d'avoir bien voulu recevoir une délégation représentant notre fédération, composée de Jean-Pierre BRUNET, Trésorier Fédéral, et Philippe DELEMARRE, Secrétaire Fédéral.

Ceux-ci m'ont rapporté l'entretien constructif que vous avez eu ensemble. Sachez que notre Fédération a beaucoup apprécié ce geste d'intérêt à notre endroit.

L'audience que vous avez bien voulu accorder à notre organisation portait sur la mise en place de la couverture Maladie Universelle.

Nous vous apportons comme convenu les positionnements de notre Fédération adoptés à l'occasion de la résolution de notre Assemblée Générale des 5/6 juin à Mulhouse (et document joint) :

1° / L'accès aux soins des plus démunis n'est pas négociable : l'éthique mutualiste dit que nous devons nous mobiliser pour que toute personne en difficulté puisse accéder à des soins de qualité ;

2° / Les statistiques actuelles évaluent entre 100 000 et 200 000 personnes démunies pour lesquelles il conviendrait de prévoir un dispositif de prise en charge au titre de l'Assurance maladie Obligatoire pour un coût estimé à 200 à 300 Mf de francs il semblerait cohérent que la prise en charge de la gestion de la population ainsi identifiée relève des CPAM.

Annexes : Contributions - V - ii

. Afin de « réintroduire dans le circuit économique » cette population, cette population, il nous paraît nécessaire de prévoir une couverture « assurance complémentaire » gérée par les Organismes, qui, dans notre pays, proposent des couvertures santé complémentaire (vous trouverez ci-joint, à toutes fins utiles, copie des offres de notre adhérent MAAF-SANTE proposant aux exclus une couverture complémentaire - la notion d'exclus dans le contrat proposé s'adressant, ici, à la population des chômeurs).

3° / Par ailleurs, vous avez également évoqué, lors de notre rencontre, en deçà de la population des 100 000 à 200 000 Exclus, une autre population qui, actuellement, dans notre pays, ne peut accéder à une **couverture maladie complémentaire**. Vous l'avez estimée à 6 millions de personnes environ.

Notre délégation a observé que le Haut Comité Santé Publique, dans ses différences, rapports, faisait « bouger le curseur » relatif à cette population : entre 6 à 16 millions de personnes...

- . définition exacte de la population concernée ?
- . critères déterminant cette population ? évolution dans le temps de ces critères ?
- . financement du projet : Etat ? Collectivités Territoriales ?...
- . participation des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire ? à quelle hauteur de prestations ?
- . quel niveau de prestations en AMC ?
- ... etc...

Sur la base des différents éléments du dossier, l'Assemblée Générale de la FNIM s'est résolument prononcée le 6 juin dernier pour une participation du Mouvement Mutualiste à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire.

Les délégués de la FNIM ont demandé que les Pouvoirs Publics et le Parlement apportent des réponses à leurs interrogations ci-dessus mentionnées.

Les délégués de la FNIM ont aussi clairement indiqué qu'ils souhaitaient que la gestion de ces contrats d'assurance santé complémentaire relève uniquement des organismes qui (quels que soient leurs statuts), dans notre pays, proposent ce type de couverture sociale, à l'exclusion des organismes d'assurance maladie obligatoire.

Dans l'hypothèse où des solutions contraires seraient envisagées, le Mouvement Mutualiste ne pourrait qu'en tirer des conclusions immédiates.

Annexes : Contributions - V - iii

La FNIM se tient à votre entière disposition pour évoquer à nouveau ce dossier avec vous, tout particulièrement Jean-Pierre BRUNET et Philippe DELEMARRE, chargés du suivi de ce dossier.

Nous espérons qu'à l'occasion de la remise de votre rapport à Madame la ministre, puis à l'occasion du dépôt du Projet de Loi sur les Bureaux des Assemblées, nous aurons l'occasion de vous revoir pour évoquer de manière très précise les modalités de mise en oeuvre de la Couverture Maladie Universelle.

Dans l'attente de vous revoir, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Député, l'expression de notre considération la plus distinguée.

Le Président,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Hermant', with a horizontal line extending to the right.

Michel HERMANT

FÉDÉRATION FRANÇAISE DES SOCIÉTÉS D'ASSURANCES

26, Bd HAUSSMANN, 75311 PARIS CEDEX 09 - TÉLÉPHONE 01 42 47 90 00
TÉLÉCOPIE : 01 42 47 93 11 - TELEX : 282 588 F FEDASSU

LE PRESIDENT

Paris, le 19 juin 1998

Monsieur le Député.

Je vous adresse ci-joint, ainsi que nous en sommes convenus, les notes établies à propos de la couverture complémentaire maladie des personnes démunies et qui traduisent les positions et suggestions de notre profession dont je vous ai fait part.

Nous sommes prêts à poursuivre les réflexions engagées car il demeure bien entendu au-delà des orientations générales à fixer, nombre de problèmes à résoudre.

Veillez agréer, Monsieur le Député, l'expression de mes sentiments les plus distingués, et très cordiaux



Jean ARVIS

Monsieur Jean-Claude BOULARD
Député de la Sarthe
Assemblée Nationale
126 rue de l'Université
75355 PARIS

COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

PLAN DE FINANCEMENT

Cette note décrit un schéma de financement d'une couverture complémentaire des personnes démunies.

Le montant du financement de cette couverture complémentaire a été estimé par les Pouvoirs Publics à 6 milliards de francs.

Le plan de financement pourrait s'articuler de la façon suivante.

- 1.- Un mécanisme de solvabilisation des ménages les plus démunis serait mis en place pour aider au paiement de leur cotisation d'assurance complémentaire. Il passerait par la création d'un fonds public, appelé ici « Fonds de Solidarité Santé » (FSS).
- 2.- Les conditions d'ouverture des droits (ressources, âge, nombre d'ayants droit ...) seraient fixées par le Pouvoirs Publics, a priori sur des bases légales. L'application de ces dispositions pourrait être confiée aux Caisses d'Allocations Familiales, celles-ci ayant déjà vocation à recevoir les déclarations de ressources pour les prestations familiales.

Les CAF délivreraient ainsi des « aides personnalisées santé » (APS) sous forme de bons » ou « chèques solidarité santé » (CSS).

- 3.- Les bénéficiaires de ces APS auraient alors le libre choix de leur organisme assureur. Ils pourraient a priori souscrire le niveau de couverture complémentaire de leur choix.

l'aide personnalisée santé étant dégressive à partir de l'éligibilité à l'AMG jusqu'à un seuil à déterminer, les bénéficiaires paieraient alors tout ou partie de leur couverture complémentaire à l'aide des chèques solidarité santé.

- 4.- Le Fonds de Solidarité Santé rembourserait aux organismes assureurs les chèques solidarité santé remis en paiement par les bénéficiaires.

La contribution des bénéficiaires étant modulée de façon progressive selon leurs ressources, elle peut être globalement estimée à environ 1/6ème du besoin total de financement, soit 1 milliard de francs.

Ce sont donc 5 milliards de francs de chèques solidarité santé qui seraient potentiellement présentés au Fonds de Solidarité Santé en année pleine.

5.- Le Fonds de Solidarité Santé serait alimenté :

- pour moitié par dotations budgétaires ;
- pour moitié par des contributions des organismes d'assurance complémentaires. Il serait l'objet d'engagements contractuels à niveau de 2 % des cotisations émises brutes, soit un total évalué à 2,6 milliards de francs.

Nota : l'acceptation de ce dispositif par les assureurs irait de pair avec une baisse concomitante de la taxe d'assurance de 7 % à 5 % et sa suppression progressive.

Ce versement serait financé par les organismes complémentaires. Toute souplesse leur serait donc laissée dans les moyens de répercuter tout ou partie de cette charge sur leur tarif (uniformément ou non).

6.- Si le financement « instantané » (i.e. si l'hypothèse de 6 milliards de francs se vérifie dans la durée) du Fonds de Solidarité Santé serait ainsi assuré, il convient de noter que l'effort budgétaire total serait de 3,5 milliards de francs (dotation de 2,6 et perte de recette fiscale de 0,9).

COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

Couverture complémentaire des personnes démunies

En France, les dispositifs d'assurance maladie dans leur ensemble laissent en dehors du champ du régime de base 100 à 200 000 personnes. Environ 12% De la population (soit près de 7 millions de personnes) ne bénéficient d'aucune assurance complémentaire : une part importante, estimée à environ le quart de la dépense moyenne courante de soins médicaux non financé par l'assurance maladie reste alors à leur charge. On estime que 30% des personnes aux plus faibles ressources ne bénéficient ni d'exonération du ticket modérateur ni d'assurance complémentaire, ce qui les conduit à retarder certains soins, voire à y renoncer, cette situation participe aux inégalités sociales de santé observées dans notre pays.

Or l'accès aux soins constitue, à la fois, un principe constitutionnel et une revendication sociale (*illisible*) principe ne peut être satisfait qu'à la double condition : d'une part, disposer d'une offre de soins suffisante en quantité comme en qualité, d'autre part, disposer d'une organisation de la protection sociale permet de prendre en charge financièrement les dépenses de santé les plus coûteuses et celles des personnes les plus démunies.

Dans cette perspective, les sociétés d'assurance adhèrent à l'objectif des pouvoirs publics d'instaurer une couverture maladie universelle accordant à toutes les personnes résidant dans notre pays le bénéfice (*illisible*) de base de la couverture maladie obligatoire,

En ce qui concerne l'assurance maladie complémentaire, elle est garante d'un véritable accès à l'assurance des soins de santé. Les sociétés d'assurance sont prêtes à apporter leur concours à une solution qui permet aux personnes les plus démunies d'en bénéficier.

Ceci représente un coût estimé, dans une première approche, à 6 milliards de Francs. Ce coût serait affecté par des effets pervers, de seuils notamment, qu'il convient de prendre en considération les modalités du nouveau dispositif.

Inscrit dans l'architecture d'ensemble du système de protection maladie existant, ce dispositif peut répondre aux principes généraux suivants :

- a) Il s'agirait d'un mécanisme de solvabilisation des ménages pour leurs dépenses d'assurance complémentaire c'est-à-dire d'une aide au paiement de la cotisation d'assurance complémentaire, une partie pouvant rester à la charge du ménage de façon progressive en fonction du revenu. Les conditions d'éligibilité et la proposition de l'aide seraient définies par les Pouvoirs Publics.
- b) L'assuré bénéficiaire de cette aide devrait être libre de choisir l'organisme de couverture complémentaire parmi ceux proposant des prestations d'assurance complémentaire maladie.
- c) Les différents organismes de couverture complémentaire devraient être traités à égalité, en particulier pour ce qui concerne le traitement fiscal.

DÉCLARATION DE LA CGT

COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

Dans le cadre de son programme de prévention et de lutte contre les exclusions, annoncé le 4 Mars 1998, le gouvernement prévoit la mise en oeuvre d'un dispositif permettant d'améliorer les conditions de prise en charge de certains assurés par l'extension du tiers-payant et, dans le cadre du régime général, de garantir une couverture étendue à tous ceux qui ne relèvent d'aucun régime de Sécurité Sociale, en particulier pour les personnes aux ressources insuffisantes.

La CGT apprécie positivement les orientations ainsi retenues pour autant qu'elles participent du souci de rendre effective l'universalité du droit à la couverture maladie sans en faire le prétexte à l'instauration d'un Régime Universel d'Assurance Maladie, dont le plan Juppé avait été l'instigateur. Ainsi, le gouvernement semble-t-il prendre quelques distances avec la perspective d'un régime unique d'assurance maladie remettant en cause la logique de financement et l'intégrité des régimes professionnels, notamment des régimes spéciaux.

Pour autant, les modalités selon lesquelles ces orientations seront mises en oeuvre restent à définir et appellent à la plus grande vigilance, en particulier en ce qui concerne la mise en place, le financement et la gestion de la couverture complémentaire pour les plus démunis.

En tout état de cause, beaucoup reste à faire au regard des moyens nécessaires pour que soient réalisées dans notre Pays les conditions de l'égal et libre accès de tous à des soins de qualité. Aujourd'hui, un français sur quatre doit renoncer à des soins, non pas faute de couverture maladie, mais en raison du niveau insuffisant de la couverture obligatoire. Cette situation, qui n'est pas non plus tolérable, nécessite que soient prises rapidement des mesures visant à un relèvement significatif des taux de prise en charge, à la suppression du forfait hospitalier, au retour négocié à un secteur conventionnel unique.

Montreuil, le 5 Mars 1998



SERVICE DE PRESSE

DE LA CONFÉDÉRATION GÉNÉRALE DU TRAVAIL FORCE OUVRIÈRE
141, avenue du Maine - 75680 PARIS Cedex 14
Tél: 01 40 52 84 70 - Fax: 01 40 52 84 71

COMMUNIQUE

Couverture Maladie Universelle : réaction de FO

Martine AUBRY a présenté aujourd'hui le programme gouvernemental de lutte contre les exclusions dont un volet porte sur l'accès aux soins,

La Confédération Force Ouvrière constate avec satisfaction que le Gouvernement, en retenant l'orientation d'une Couverture Maladie Universelle (CMU) a décidé de se démarquer du régime universel inscrit dans le plan Juppé.

La Confédération Force Ouvrière rappelle qu'elle s'est toujours opposée à la mise en place d'un régime universel dans la mesure où il ne pouvait s'agir que d'un régime unique servant des prestations minimales.

Par ailleurs, la Confédération Force Ouvrière se félicite que le problème de la couverture complémentaire des plus démunis soit pris en compte. Il s'agit en effet aujourd'hui de la première raison de renoncement à des soins. Force Ouvrière rappelle qu'elle a fait une proposition au Gouvernement en la matière : permettre au régime général de proposer une complémentaire maladie à ses assurés en difficulté et de négocier avec l'Etat- une participation de ce dernier pour prendre en charge les cotisations des plus démunis au titre de la solidarité nationale.

La Confédération Force Ouvrière relève cependant que si les axes sont tracés, il reste encore un gros travail afin de les mettre en forme sur lequel elle sera extrêmement vigilante. Aussi, elle prend contact ce jour avec Jean Claude Boulard pour demander à être reçue.

Fait à Paris, le 4 mars 1998

Contact : Jean Claude MALLET



Confédération
Française des
Travailleurs
Chrétiens

Affiliée à la
Confédération
Mondiale du Travail

DEPARTEMENT POLITIQUE SOCIALE
Service Protection sociale
JPP/AF-07_98

Annexes : Contributions - IX - I

Paris, le 29 juin 1998

Monsieur Jean-Claude BOULARD
1 bis, Chemin de Vauvel
72170 SAINT-MARCEAU

Monsieur le député,

Comme nous en sommes convenus lors de notre rencontre du 24 juin 1998 sur les conditions de mise en oeuvre de la couverture maladie universelle, je vous transmets ci-joint les propositions de la CFTC.

La CFTC est favorable à la création d'une couverture-maladie universelle en faveur des personnes les plus démunies, à condition que celles-ci soient réellement assurées d'accéder aux soins sans limitation, par le biais d'une assurance complémentaire efficace. A cet égard, la CFTC propose de s'inspirer du régime actuellement en vigueur en Alsace-Moselle.

La CFTC propose la soumission à un critère de ressources, ainsi que la mise en place d'un guichet unique s'appuyant sur le réseau des Caisses Primaires d'Assurance Maladie du régime général.

L'entrée en jeu des différents opérateurs, mutuelles, institutions de prévoyance et compagnies d'assurance, dépendra du choix de l'intéressé. La CFTC propose en outre que les caisses primaires du régime général interviennent comme acteurs à part entière dans la répartition des coûts.

Non seulement les CPAM disposent d'un savoir-faire, mais pour 1 franc versé le taux de rendement des différents opérateurs serait de l'ordre de 0,94% pour les CPAM, de 0,83% pour les mutuelles, et de l'ordre de 0,72% pour les compagnies d'assurance.

13, rue des Écluses Saint-Martin
75483 PARIS Cedex 10

Tél.

01 44 52 49 00

Fax

01 44 52 49 18

Dans son fonctionnement, cette assurance complémentaire pourrait se voir appliquer des méthodes de suivi similaires à celles actuellement utilisées pour les AT/MP.

En ce qui concerne son financement, la CFTC pense que la solution la plus envisageable serait de procéder à un redéploiement de la CSG à hauteur de 0,1%.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le député, l'expression de ma considération distinguée.

Jean-Paul PROBST
Vice-président CFTC
Chargé de la protection sociale





**MISSION DE CONCERTATION ET DE PROPOSITIONS SUR
LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE
AUDITION D'UNE DELEGATION DE L'APCG PAR M. JEAN-CLAUDE BOULARD**

Mercredi 27 mai 1998 à 10h00 à l'APCG

Le projet de loi sur la couverture maladie universelle est un volet complémentaire du projet de loi de prévention et de lutte contre les exclusions actuellement débattu au Parlement.

M. Jean-Claude BOULARD a été chargé d'une mission de concertation et de propositions par Mme Martine AUBRY. Compte tenu des compétences des Conseils généraux dans ce domaine, il a souhaité rencontrer l'APCG.

Il a établi une liste de points ou questions plus spécifiques dont il souhaite débattre et qui font l'objet de la présente note.

1) Couverture maladie de base

Au plan général

Depuis 1978 date de l'instauration du régime de l'assurance personnelle et de la généralisation de l'assurance maladie, le système s'est complexifié en introduisant des droits à couverture maladie comme droit annexe d'un droit à allocation comme le RMI ou comme conséquence d'une situation de veuvage. Ou comme sortant de prison.

Parallèlement, les conditions d'ouverture de droit à l'assurance maladie se sont assouplies quant au nombre d'heures de travail à justifier.

Ce double mouvement a entraîné des conséquences importantes sur les conditions de recours à l'aide médicale.

La loi instituant le RMI en 1989 et son complément de 1992 n'ont fait que renforcer la tendance consistant à systématiser la couverture maladie et son corollaire pour certaines populations, l'aide médicale de plein droit pour le ticket modérateur.

Aujourd'hui que ce soit de plein droit ou en raison d'une situation spécifique la quasi totalité de la population française ou étrangère en situation régulière bénéficie de l'assurance maladie.

Cependant, le système est complexe et la montée des situations de précarité a permis de constater qu'une partie de la population en voie d'exclusion ou exclue n'était pas en mesure de faire jouer ses droits.

Depuis plusieurs années, les Présidents de Conseils généraux se sont exprimés en faveur de la mise en place si ce n'est d'un régime d'assurance maladie universelle tout au moins d'une couverture maladie universelle.

Ils ont considéré dès 1995 que le régime mis en place par la loi de 1992 était un mauvais compromis et entraînait des répartitions administratives et financières entre les Conseils généraux, l'Etat et les Caisses d'Allocations Familiales particulièrement complexes et génératrices de surcoûts et de lourdeurs administratives ne favorisant en aucun cas l'accès au droit par les bénéficiaires.

En conséquence, ils sont particulièrement favorables à la mise en place de la couverture maladie universelle.

Ils considèrent que le principe de leur compétence en matière d'aide médicale au titre de la couverture maladie de base n'est pas un enjeu fort de leur politique sociale compte tenu de leur faible marge d'autonomie et en raison de la complexité de la répartition des compétences entre les différents financeurs.

De plus, juridiquement il y a une incohérence entre aide sociale c'est à dire intervention subsidiaire et automaticité d'un droit connexe à un droit principal : l'intervention subsidiaire devant laisser au décideur une marge d'appréciation au regard du droit en cause, ce qui n'est pas le cas dans le système actuel.

De plus de ponctuel et personnel, le droit à l'aide sociale est devenu dans ce cas familial et annuel se rapprochant ainsi des principes du droit de la sécurité sociale.

Ces deux observations confirment bien que la réforme entreprise en 1992 est à mi chemin et qu'il convient d'aller vers son aboutissement.

Une fois posé ce principe de dessaisissement de compétence, il appartient à l'Etat et/ou aux organismes de sécurité sociale d'organiser cette modification dans la répartition des compétences.

Au plan financier

L'effort financier qui a été consenti par les départements sur l'assurance personnelle est très important et n'a fait l'objet d'une compensation financière au moment des transferts de compétences que pour ce qui concerne les assurés personnels hors RMI, soit le régime 830 et pour un montant arrêté en 1986 à 532,143 MF.

Depuis les efforts financiers n'ont fait que s'accroître en raison du financement de l'assurance personnelle RMI à hauteur de 2,4 milliards de francs selon les chiffres 1996.

Ces financements supplémentaires ayant été pris sur les efforts de gestion et/ou la fiscalité locale, le problème de principe est posé d'un retour des financements parallèlement au retour de compétence sauf pour le régime 830, c'est à dire hors RMI qui a fait l'objet d'une compensation et qui en raison (les indexations s'élevait en 1996 à 826 MF.

Concernant la détermination des dépenses qui devraient être réellement à la charge des départements, il ne peut être procédé en raison des contestations régulières qu'à une évaluation par sondage sur un échantillon représentatif de départements afin d'arrêter un pourcentage moyen d'assurés personnels relevant de tel ou tel financeur.

Les départements qui ont entrepris de faire la chasse aux doubles comptes sont parvenus à faire baisser notablement leurs obligations financières : pour certains le pourcentage d'assurés personnels réellement à la charge de l'aide sociale départementale variait entre 10 et 15%.

Le travail d'épuration des fichiers consistait à vérifier systématiquement qu'il n'existait pas un droit ouvert

A ce jour, les contestations sont toujours réelles mais dépendent également de la bonne volonté des caisses aussi bien CAF que CPAM de collaborer avec les Conseils généraux.

Dans certains départements, la situation est totalement inextricable notamment dans certains DOM pour lesquels il conviendra de prévoir une procédure spécifique d'apurement de la dette sur la base d'un accord sur le montant.

En fonction de la position de principe adoptée par les Conseils généraux sur l'obligation d'un retour des financements, il paraît très difficile d'envisager un calcul des dépenses réelles qui ne pourrait être fait qu'après un travail lourd d'épuration de fichiers.

2) Couverture maladie complémentaire

A l'occasion des différentes études préalables qui ont eu lieu depuis plusieurs années, l'APCG a toujours réservé sa position quant à la couverture complémentaire, les positions des départements étant très diverses quant à l'enjeu représenté par cette compétence qui peut être considérée comme un élément complémentaire de la prise en charge et de l'accompagnement des publics en difficulté.

Plus de 70% des départements ont mis en place des cartes santé, un certain nombre ont passé des conventions avec des mutuelles, d'autres ont développé des actions de prévention et d'éducation à la santé. d'autres encore ont rouvert des dispensaires ou mis en place des examens de santé avec les centres de sécurité sociale.

Certains départements ne sont pas disposés à passer des conventions avec les CPAM en raison des frais de gestion demandés.

Cet inventaire montre bien que la position des départements est variable sur cette question et lors d'un récent Congrès les Présidents de Conseils Généraux avaient estimé que l'urgence devait être accordée à la couverture de base et qu'il convenait dans un premier temps de dissocier la réforme éventuelle de la couverture complémentaire.

Cependant, se pose la question de la couverture complémentaire de plein droit pour laquelle la possibilité d'appréciation au titre de la subsidiarité n'existe plus ce qui pose la question du fondement même de la compétence.

Il faut noter également qu'il restera toujours une couverture complémentaire résiduelle au-delà du TIPS pour laquelle des actions importantes ont été menées par les Conseils généraux en raison de la faiblesse de la prise en charge de la lunetterie et des prothèses dentaires notamment. De nombreuses conventions ont été passées avec les professionnels améliorant ainsi la situation des usagers.

Il serait important que cette question de la modification du partage des compétences en matière de couverture complémentaire soit étudiée plus avant au sein des Conseils-généraux dans la période de préparation du projet de loi c'est à dire durant l'été.

D'autre part, le programme de prévention et de lutte contre les exclusions prévoit deux mesures complémentaires à la couverture maladie universelle à savoir :

- . Une protection complémentaire sous condition de ressources qui déchargerait les personnes concernées de la part non remboursée par la sécurité sociale sur le coût des consultations, des médicaments et des séjours hospitaliers c'est à dire un système d'exonération du ticket modérateur, du forfait hospitalier, d'une partie des dépenses spécifiques d'appareillage mal remboursées par la sécurité sociale
- . L'institution d'une dispense d'avance de frais

Le tout pour un montant estimé pour l'Etat à 5 milliards de dépenses supplémentaires.

Une telle réforme aura bien évidemment des répercussions importantes sur les financements départementaux en matière d'aide médicale.

Ces projets doivent donc être envisagés au regard de la répartition actuelle des compétences et en fonction des positions de principes qui seront prises aussi bien sur la couverture de base que sur la couverture complémentaire.



Paris le 7 juillet 1998
JPh.C/EH

Monsieur BOULARD
Assemblée Nationale
Palais Bourbon
126 rue de l'Université
75007 PARIS

Monsieur le Député,

Dans le cadre de la mission que vous a confiée Madame AUBRY vous avez bien voulu consulter le CTIP.

Nous avons eu l'occasion de vous présenter les premiers résultats de l'enquête menée auprès des institutions sur les couvertures qu'elles apportent à titre non contributif et au titre de leur action sociale, à leurs participants en situation difficile. Vous avez souhaité disposer d'une information écrite sur cette action.

Par ailleurs, nous avons eu l'occasion de réfléchir, avec vous, à un mécanisme qui inciterait les acteurs complémentaires non seulement à maintenir, mais si possible, à intensifier leurs actions de ce type.

La note ci-jointe précise les modalités de fonctionnement du dispositif envisagé, pour lequel il nous semble indispensable de retenir une péréquation générale entre tous les organismes complémentaires, sans exception, organisée à deux niveaux, par famille puis au niveau national.

Cette note ne traite pas d'un aspect très important sur lequel nous attirons, à nouveau, votre attention, à savoir, la répartition du financement de cette généralisation des couvertures complémentaires, entre l'Etat, les collectivités locales et les acteurs du complémentaire et surtout des règles de son évolution. Si au regard de l'équilibre des régimes et des contrats gérés par nos institutions, il semble possible d'envisager une contribution de l'ordre de 2% des encaissements, il est totalement exclu qu'elle puisse dériver au cours des années à venir pour se substituer, même partiellement, aux contributions de l'Etat ou des collectivités locales

Les institutions conditionneront leur acceptation à participer à ce mécanisme à de très réelles garanties sur ce point.

En restant à votre disposition pour poursuivre le dialogue engagé, je vous prie de croire, Monsieur le Député, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Jacques Philippe CHANET
Délégué général.

Généralisation de la couverture complémentaire santé



1. L'INTERVENTION ACTUELLE DES INSTITUTIONS DE PREVOYANCE EN COUVERTURES COMPLEMENTAIRES SANTE

1.1. La place actuelle des institutions de prévoyance en complémentaire santé

En 1996, **14,2 %** des prestations complémentaires santé ont été versés par **50 institutions de prévoyance** qui à ce titre ont réalisé **15,2 milliards de francs d'encaissements**. Elles couvrent directement près de 4 millions de personnes et au total environ **10 millions de personnes** si on compte l'ensemble des ayants droit.

Ces garanties sont assurées aux **deux tiers par le biais de couvertures collectives** mises en place en entreprise au profit des salariés. **Le tiers restant** est réalisé par des **couvertures individuelles** développées depuis la loi Evin au profit d'ancien salariés (retraités et chômeurs).

Les institutions de prévoyance ont mis en place un ensemble de mesures permettant d'assurer la **prise en charge gratuite**, ou à des conditions préférentielles, des couvertures complémentaires santé des **personnes confrontées à des situations personnelles difficiles** : chômeurs, jeunes en recherche d'emploi, veufs et retraités.

1.2. L'aide aux chômeurs

Le nombre de personnes susceptibles d'être bénéficiaires de ces dispositions, en cas de chômage, peut être estimé à **1,4 million**. Le prolongement gratuit de l'assurance complémentaire santé pour les salariés ayant perdu leur emploi, est assuré sur des **périodes allant de 6 à 12 mois**. Dans plusieurs institutions, ce maintien est même assuré jusqu'à ce que la personne ait retrouvé un emploi.

A l'expiration de ces périodes de maintien de droits, la couverture peut être maintenue dans le cadre **d'un contrat individuel** dont la cotisation est en principe égale au cumul des cotisations employeur et salarié antérieures. Toutefois, dans ce cas, le **fonds social** des institutions peut prendre en charge, soit directement les remboursements de frais de soins de santé, soit la prise en charge des cotisations sur des périodes reconductibles de 6 à 12 mois.

1.3. L'aide aux jeunes chercheurs d'emplois

Plus d'un million de salariés sont susceptibles de bénéficier des mesures prévues pour les jeunes primodemandeurs d'emploi. Ces dispositions permettent **d'étendre le bénéfice de la couverture complémentaire santé** de l'un des parents aux jeunes primodemandeurs d'emploi qui ont **entre 21 et 28 ans** ou de prendre directement en charge le remboursement de leurs frais de soins de santé.

1.4. L'aide aux veufs et aux retraités

Les veufs et les veuves peuvent continuer à bénéficier de la **couverture de leur conjoint décédé** pendant au moins un an et ce dans la moitié des cas. Il en est alors de même pour leurs enfants encore à charge. Si on se limite aux seuls retraités veufs, **le maintien du bénéfice de la couverture** est acquis au conjoint survivant **dans les trois quarts des cas** sur la base d'une cotisation identique ou minorée.

2. LA PARTICIPATION DES INSTITUTIONS A LA GENERALISATION D'UNE COUVERTURE COMPLEMENTAIRE

2.1 La nécessité d'une articulation claire entre l'aide médicale gratuite et générale et l'allocation personnalisée santé (APS)

La simplification des conditions d'accès à l'aide médicale gratuite (AMG) conduira probablement à en accorder systématiquement le bénéfice aux personnes qui, principalement, disposent du RMI pour toutes ressources. La gestion de cette aide médicale pourrait être confiée, dans tous les cas, au régime général. La question de la **création d'une APS** se pose pour les personnes qui se situeront **entre le minimum du RMI et un niveau qui reste à arrêter**, mais qui pourrait se situer aux alentours de 3500 francs/mois.

L'AMG est octroyée et gérée aux plans national et local par différents types d'organismes. La complexité qui en résulte rend l'ensemble de ces procédures peu compréhensibles par le grand public et, de fait, assez difficile à appliquer. On constate ainsi dans de nombreux cas que **les bénéficiaires théoriques** de ces mesures n'y ont **pas accès**. Cette complexité va également de pair avec un traitement inégal des citoyens selon la région où ils habitent.

Les deux propositions complémentaires qui sont faites vont dans le sens de la clarification, de la simplicité et de l'efficacité. **Elles permettent d'étendre le bénéfice de l'AMG** de plein droit dans les conditions techniques appropriées. La CNAM.TS est la plupart du temps déjà gestionnaire de l'AMG. L'AMG de plein droit peut, de plus, facilement figurer dans le volet du régime obligatoire de la carte Vitale de seconde génération. **Cette articulation** entre l'AMG et l'APS est enfin de nature, d'une part à **maintenir l'engagement des institutions de prévoyance** lorsqu'elles interviennent déjà auprès de ces populations, d'autre part à **faciliter un accroissement de leur implication**.

En cas d'une APS pour les personnes dont les revenus individuels se situent entre le RMI et environ 3500 francs/mois, les institutions sont en mesure de contribuer à la prise en charge des personnes visées en assurant la gestion des couvertures complémentaire santé, dans le cadre de procédures souples et décentralisées.

2.2. Le dispositif envisagé conduirait les institutions de prévoyance à contribuer à la prise en charge des populations fragilisées à hauteur de 300 MF/an.

Le périmètre de la population visée par l'APS détermine le niveau du financement nécessaire. L'estimation qui circule est **de 6 millions de personnes**. Ce chiffre correspond à peu près aux 2,4 millions de ménages - 5,5 millions de personnes avec l'ensemble des ayants droit - que l'INSEE a répertoriés comme étant en deçà d'un seuil de ressources de 3800 francs/mois.

Sur cette base, environ 2,1 millions de personnes, soit 1,9 million de personnes pour les bénéficiaires du RMI et leurs ayants droit ainsi qu'environ 150 000 personnes non couvertes par un régime de base bénéficieront de l'AMG gérée par la CNAM. **Restent 3,4 millions de personnes potentiellement concernées par l'APS. Le coût d'une couverture santé complémentaire est à minima d'environ 1800 francs/an** ce qui porte le coût de financement de la mesure à environ **6 milliards de francs/an**.

Les institutions de prévoyance suggèrent que **toutes les familles de complémentaire contribuent** au financement et la mise en place des couvertures visées. Sous cette réserve, elles pourraient accepter une prise en charge qui représenterait **2 % de leurs encaissements** réalisés au titre des couvertures complémentaires santé, **soit 300 MF**.

2.3 Des procédures de gestion souples, décentralisées et complémentaires de celles qui existent déjà font préconiser la création d'un « chèque santé » pour octroyer l'APS

Le recours aux "chèques santé", similaires aux chèques d'accompagnement personnalisé dont l'Assemblée nationale a récemment voté le principe, permet de réunir **les conditions de souplesse et de simplicité nécessaires** à la gestion administrative de la prestation dans le cadre de procédures décentralisées :

- . **Le montant** du chèque **peut être modulé** en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire.
- . Les chèques santé seraient attribués aux bénéficiaires en s'appuyant sur le réseau national existant des centres communaux d'action sociale.
- . Il appartiendrait à **chaque organisme complémentaire d'offrir des prestations adaptées** tenant compte de la situation particulière à chaque personne, en contrepartie du chèque santé.
- . **Le montant du chèque santé** pourrait d'ailleurs être parfois **complété d'une contribution propre de l'organisme complémentaire**, par exemple dans le cadre du recours aux fonds sociaux.

Il paraît par ailleurs souhaitable de préserver la **possibilité d'initiatives locales sous forme de partenariats** entre, les villes, les départements et les régions et, les régimes complémentaires. Ces partenariats, complémentaires de la gestion par le chèque santé, permettent de mettre en place les couvertures les mieux adaptées aux spécificités régionales.



Association des Directeurs des Caisses d'Assurance Maladie

Le 27 Mai 1998

Annexes : Contributions – XII – i

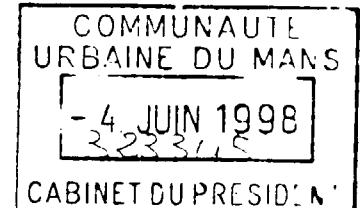
Le Président

Monsieur Jean Claude BOULARD
Député de la Sarthe
Immeuble Condorcet
16 avenue François Mitterrand

72000 LE MANS

N/Réf 10 PRIAD
☎ 02 40 90 85 02
☎ 02 40 17 87 94

OBJET COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE



Monsieur le Député.

Comme je m'y étais engagé lors de notre rencontre du 20 avril dernier, vous voudrez bien trouver ci-joint. les propositions de l'association des Directeurs des Caisses d'Assurance Maladie concernant le projet de création d'une couverture maladie univcrscllc.

Le travail que nous avons effectué a porté d'une part "sur la question de l'organisation et de la gestion de ce que nous avons intitulé une assurance maladie complémentaire de droit commun". et d'autre part "sur la question de simplification des procédures administratives".

L'ensemble de nos propositions sont donc réunies dans les deux documents que je vous transmets, et pour lesquelles je me tiens à votre disposition pour vous apporter tous les éclaircissements que vous jugeriez utiles.

Une rencontre pourrait donc être organisée. à votre convenance. dans la deuxième quinzaine du mois de juin. Mon secrétariat vous contactera prochainement afin de convenir d'une date de rendez-vous.

En l'attente.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur, en l'assurance de ma considération distinguée.


Pierre ROUSSEAU



P.J. *Projet couverture maladie universelle*

Siège social
C. P.A.M. de St-Nazaire
78, av. Suzanne Lenglen B.P. 415
44110 SAINT NAZAIRE CEDEX

Tél. 02 40 90 85 02
02 40 90 85 03 Fax 02 40 17 87 94

ASSOCIATION DES DIRECTEURS DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

-II-

**MESURES DE SIMPLIFICATIONS
DES PROCEDURES ADMINISTRATIVES**

MAI 1998

Selon la situation administrative de l'assuré, on s'aperçoit que l'accès aux soins est parfois difficile.

Récupérer les justificatifs pour délivrer une carte à jour des droits est fréquemment une gageure soit au moment de l'affiliation, soit à l'occasion du renouvellement de ces droits.

La situation sociale de l'individu est un facteur déterminant de l'accès à la protection sociale. En théorie chaque résidant sur le territoire français a des droits.

Mais les démarches à entreprendre sont parfois si complexes qu'elles constituent pour certains des freins puissants à une reconnaissance de droits qui si elle était simplifiée éviterait de retarder voire d'empêcher l'accès aux soins.

Même si selon nous ces difficultés sont inhérentes à un système dans lequel le "droit d'office" n'est pas la règle, il existe pourtant des mesures qui seraient de nature à les réduire sensiblement.

Les propositions qui suivent sont le fruit de l'expérience acquise par les services des Caisses Primaires d'Assurance Maladie qui quotidiennement sont confrontés aux situations de personnes aux prises avec les difficultés de la réglementation, difficultés d'autant plus pénalisantes pour elles que le droit si difficilement recherché sera (toujours) in fine reconnu.

En réponse cinq séries de mesures sont proposées

1 IMMATRICULATION DE TOUS LES ASSURÉS A LA NAISSANCE

Cette mesure outre sa large portée symbolique -chaque individu dès sa naissance à la reconnaissance du statut d'assuré social- permettra d'éviter les complications que peuvent comporter parfois aujourd'hui les démarches d'immatriculation.

Elle consacre par ailleurs l'autonomie du bénéficiaire en situation d'ayant droit appelée dans tous les cas à s'affirmer comme entité à part entière avec la mise en oeuvre de la carte d'assurée sociale bénéficiaire prévue dans le cadre du déploiement des cartes VITALE 2 dont la présence d'informations médicales impose qu'elle soit individuelle.

2 - MISE EN PLACE D'UN SYSTEME DE DROITS PRESUMES

Dès lors que l'on ne retient pas le principe du "droit d'office", celui des droits présumés pourrait être appliqué systématiquement pendant une période déterminée. Celle-ci serait mise à profit pour rechercher l'origine desdits droits. Dans ce cas un régime de ventilation des dépenses devrait être fixé.

3 - CONSTITUTION DE BASES DE DONNEES A CARACTERE SOCIAL

Les éléments justificatifs de droits sont disponibles dans différentes structures (C.R.A.M., C.A.F., D.I.S.S., D.A.S.S...) mais le manque de fiabilité des identifiants ou l'utilisation d'identifiants différents ne permet pas des échanges eux-mêmes fiables à un niveau suffisamment élevé de qualité. Ainsi, le passage par un intermédiaire qu'est l'assuré est aujourd'hui incontournable. On peut dépasser ces points de blocage si l'on retient le principe d'une base de données communes ou de différentes bases accessibles à l'aide d'un critère unique d'accès certifié à partir du R.N.I.A.M. (Répertoire National Inter-régimes de l'Assurance Maladie).

4- MUTATIONS AUTOMATIQUES DE DOSSIERS ENTRE LES ORGANISMES

Celles-ci existent aujourd'hui entre les C.P.A.M. relevant d'un même C.T.I (région informatique); l'intérêt d'un dispositif identique inter C.T.I. permettrait d'accélérer le transfert des dossiers lorsqu'un assuré se déplace d'une région à une autre.

Cette disposition pourrait avoir aussi une portée inter-régimes si la possibilité était donnée aux différents organismes d'assurance maladie d'accéder aux informations contenues dans la R.N.I.A.M.

5 - SIMPLIFICATION DES CONDITIONS D'OUVERTURE DES DROITS

Les justificatifs exigés sont souvent nombreux en particulier pour les assurés en situation instable ou précaire. C'est précisément ces catégories d'assurés qui souffrent de devoir fournir tant de documents qu'ils ont du mal à réunir.

Devant cette situation, les bénéficiaires de l'assurance maladie peuvent se classer en 5 catégories :

- les salariés
- les ayants-droit
- les chômeurs indemnisés
- les chômeurs non indemnisés
- les assurés en situation de précarité sans couverture sociale.

Quelles sont les difficultés rencontrées pour l'ouverture des droits de ces catégories de bénéficiaires et quelles mesures d'allégement peuvent être prises qui limiteraient les tracasseries administratives tout en étendant la durée de la protection sociale ?

1 - Les assurés salariés

L'ouverture de droit est acquise en fonction d'éléments de salaire fournis soit par l'employeur (déclaration annuelle de salaires), soit par l'assuré (bulletins de salaire).

11 - Tant que les liaisons partant de chez l'employeur pour arriver à la caisse via l'URSSAF, la CRAM, le CTI, se déroulent sans incident, le droit est ouvert sans intervention du salarié.

Lorsque ces liaisons se sont déroulées sans difficulté pendant plusieurs années, dès l'apparition d'anomalies, ou changement de situation de l'assuré, celui-ci ne comprend pas pourquoi subitement le système ne fonctionne plus et n'accepte pas cette situation.

Cette rupture de droits nécessite alors des échanges de correspondance en vue d'obtenir tout justificatif.

Propositions :

Actuellement, la DAS ouvrent des droits pour une durée de 2 ans.

-> Envisager le droit sur 5 ans*,

*la période de cinq 5 proposée rejoint la durée totale des droits à laquelle conduit l'extension du maintien du droit aux prestations en nature prévues par l'article 4 du Décret n° 98-275 du 9 avril 1998 relatif à la carte d'assurance maladie (J.O. du 15/4)

"A titre transitoire, jusqu'au 31 décembre 1999, par dérogation aux dispositions des articles R 161-3, R 161-4 et R 161-5 du code de la sécurité sociale, les personnes dont le maintien du droit aux prestations en nature de l'assurance maladie arrive à échéance bénéficient d'un maintien de droit supplémentaire de ce droit pendant trois ans à compter de cette date d'échéance (...)"

Avantages :

- Moins de réclamations, moins d'inquiétude de l'assuré
- Moins de charge de travail pour les CPAM
- Moins d'édition de CAS donc réduction des coûts de gestion.

Inconvénients :

Mineurs compte tenu du fait qu'un assuré qui perd son emploi s'ouvre en général des droits à un autre titre (maintien de droit, ayant-droit, bénéficiaire de l'ASSEDIC...).

Seule incidence - à l'échéance du maintien de droits, dans l'hypothèse où l'assuré ne perçoit pas d'allocations ASSEDIC, il a recours à l'assurance personnelle. Il n'y a donc pas versement de cotisations.

12 - L'envoi des bulletins de salaire chaque année constitue également une contrainte. La plupart du temps cet envoi ne se fait qu'à l'initiative de la caisse.

Propositions :

Aligner le droit issu du bulletin de salaire à celui découlant de la DAS (5 ans).

On retrouve les mêmes avantages et inconvénients que ci-dessus.

De plus, on retiendrait le principe du droit acquis du fait d'une activité salariée sans notion d'heures travaillées.

La présentation d'un seul bulletin de salaire suffirait à ouvrir des droits.

2 -Les ayants-droit :

2 catégories principaux d'ayants-droit pour lesquels les droits sont ouverts sur présentation de justificatifs :

- les enfants de + de 16 ans
- les concubins

21 - Pour les enfants de + de 16 ans, la présence d'un certificat de scolarité est exigé. Il est parfois difficile de l'obtenir malgré les échanges de données informatisées avec la CAF.

Propositions :

Etendre le droit sans justificatif jusqu'à l'âge de 20 ans, date limite de prise en charge actuelle à titre d'ayant droit des enfants scolarisés dans le secondaire.

Avantages :

Plus de rejet pour absence de certificat de scolarité.

Dans les faits, les enfants qui ne sont plus scolarisés après 16 ans bénéficient d'un maintien de droits jusqu'au 17ème anniversaire. Au delà, si l'enfant ne peut s'ouvrir de droits propres, il reste presque toujours à la charge totale, permanente et effective des parents et à ce titre, il conserve ses droits à titre d'ayant-droit.

Inconvénients :

Ils sont nuls compte tenu des remarques formulées ci-dessus.

22 - Les concubins fournissent chaque année une attestation de vie maritale.

Propositions :

Considérer le concubin sous le même statut que le conjoint légal.

Exiger une attestation de vie maritale au moment de la création du dossier et pérenniser le droit tant que l'assuré ne nous signale pas de modification.

Avantages :

Le concubin reconnu comme conjoint à part entière n'a plus à fournir d'attestation.

Inconvénients :

Peu d'inconvénients. On constate que l'assuré ou le concubin lui même ne manque pas de nous signaler le moindre changement de situation. La séparation impose à l'un ou à l'autre de faire modifier les domiciliations bancaires pour percevoir les prestations.

Le concubin qui cesse de l'être se trouvant, après un an de maintien de droits, sans protection sociale peut adhérer à l'assurance personnelle.

Dans l'hypothèse où cet ex concubin à des ressources propres (peu probable), il ne paierait pas de cotisations. Généralement, il s'ouvre des droits du fait du bénéfice d'allocations. Les cotisations d'assurance personnelle sont alors versées par l'organisme social.

3 - Les demandeurs d'emploi indemnisés :

Les droits sont ouverts au vu, des feuilles de paie qui précèdent l'indemnisation et de la notification d'ASSEDIC sur laquelle figure la durée du droit au bénéfice de ces allocations.

Chaque année, il est exigé la production d'un bordereau de versement.

Propositions :

Ne plus exiger les attestations intermédiaires de versement.

Ouvrir les droits pour une durée de 5 ans au vu de la notification d'attribution.

Avantages :

- Pas d'édition renouvelée de CAS, donc moins de risque de rupture de droits
- Moins d'échanges de correspondance avec l'assuré.

Inconvénients :

Aucun. L'assuré qui cesse de percevoir des allocations à soit repris une activité salariée soit est toujours en recherche d'emploi et dans ces 2 cas de figure le droit est ouvert. (Assimiler le bénéfice d'allocations à de l'activité salariée).

Par contre dans cette dernière hypothèse, il doit fournir chaque année une attestation de recherche d'emploi.

4 - Les demandeurs d'emploi non indemnisés :

Actuellement les droits sont ouverts au vu des derniers bulletins de salaire ou tout justificatif permettant l'ouverture de ces droits à titre personnel ou en tant qu'ayant-droit.

Propositions :

Conserver la couverture sociale de ces assurés sous leur propre numéro d'immatriculation en s'appuyant uniquement sur une activité salariée constatée dans les 5 ans qui précèdent la rupture de droit.

exemple : -> Un assuré demandeur de droits au 01 avril 98 se verrait accorder ces droits dès lors où il a travaillé entre le 01 avril 93 et le 31 mars 98 sans condition de nombre d'heures d'activité.

Avantages :

Plus de démarches complexes à effectuer de la part de l'assuré.

La perte de revenus ne s'accompagne pas de la crainte de ne pas pouvoir obtenir cette protection sociale.

Inconvénients :

Perte des cotisations d'assurance personnelle versées soit par la CAF soit par le département. Cet assuré bénéficiant soit d'allocations soit du RMI.

Il peut aussi s'ouvrir des droits en tant qu'ayant-droit dans le dossier d'un conjoint ou dans tout autre dossier s'il est à charge totale, permanente et effective.

5 - Les résidents sur le territoire français sans couverture sociale en situation de précarité :

Ces personnes bénéficient toutes en théorie d'une protection sociale soit comme ayants-droit, soit en tant qu'affiliées à l'assurance personnelle, bénéficiaires du RMI, dont les cotisations sont prises en charge par un organisme social (CAF, département, état).

Par contre, toutes ne font pas les démarches qui leur permettent d'être assurées.

Propositions :

Etendre la protection à toute cette population bénéficiaire ou non d'une prise en charge d'aide médicale pendant une durée de 5 ans après constat de rupture de droits et impossibilité d'obtenir un quelconque justificatif.

Avantages :

Evite tous les soucis liés aux démarches administratives qui sont à l'initiative des assurés.

Evite la rupture de droit lors de changement de situation qui peut être dramatique pour cette population défavorisée.

Anticipe le droit issu du bénéfice du RMI.

Place l'assuré dans un climat serein au regard de sa protection sociale et lui permet un accès facilité aux soins.

Ces mesures sont d'autant plus importantes pour cette catégorie d'assurés qu'ils sont plus ou moins en marge de la société et par conséquent ont d'énormes difficultés à faire valoir leurs droits.

Inconvénients :

Perte des cotisations d'assurance personnelle.

Autre mesure facilitant l'accès aux soins :

Etendre la protection sociale aux bénéficiaires de l'allocation veuvage sans autre conditions particulières.

Actuellement ces assurés doivent souscrire une assurance personnelle.

L'ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE POUR TOUS

Projet pour la création d'une assurance maladie complémentaire de droit commun

Faciliter l'accès aux soins passe par deux actions complémentaires :

- la simplification des procédures administratives sur laquelle les directeurs de caisse d'assurance maladie font un ensemble de propositions dans un document différent,
- la création d'une assurance maladie de droit commun pour les personnes qui n'ont pas la possibilité d'adhérer à un organisme complémentaire et qui, de ce fait, peuvent renoncer aux soins pour des raisons financières.

L'association des directeurs de caisse d'assurance maladie a souhaité faire des propositions pour une assurance maladie complémentaire pour tous. Les spécialistes appellent cela le « *bouclage de la complémentaire* ».

Les directeurs de caisse sont confrontés tous les jours aux difficultés d'accès aux soins des assurés et sont très attachés à améliorer la situation.

Ils estiment que la multiplication des organismes d'assurance maladie obligatoire, ainsi que la concurrence entre les organismes complémentaires se sont révélés inefficaces car le système n'a pas empêché l'exclusion des soins.

Sans bousculer les structures actuelles, les directeurs de caisses ont le souci de présenter un projet simple, compréhensible par l'utilisateur et peu coûteux.

Il propose également un partenariat original avec l'ensemble des acteurs intéressés par la proposition décrite.

1 LES OBJECTIFS DU PROJET

Il s'agit de créer une assurance maladie complémentaire de droit commun au bénéfice de ceux qui n'en ont pas encore ou qu'ils l'ont sur des critères de minimas sociaux.

L'existence de ce dispositif est nécessaire pour créer des conditions favorables à une démarche de soins dont l'importance a été dernièrement rappelée dans le projet de loi sur les exclusions.

L'idée est de mettre en place un système simple d'abord au profit de l'utilisateur qui doit l'identifier et s'y repérer rapidement, mais également pour les financeurs et les gestionnaires sur lesquels pèsent des contraintes économiques fortes.

Le système proposé s'appuie sur les compétences existantes. La participation des financeurs au pilotage du système est assuré par la mise en place d'un partenariat rénové, la gestion courante des dossiers est adossée aux possibilités et aux compétences des caisses. Ces deux éléments permettent de réunir les exigences de concertation, de simplification, d'efficacité et de meilleur coût.

Le projet s'adapte également à la diversité des modes de financement qui pourraient être envisagés.

2 LES BENEFICIAIRES DE L'ASSURANCE MALADIE DE DROIT COMMUN

Les bénéficiaires de l'assurance maladie de droit commun sont l'ensemble des bénéficiaires dont les revenus sont inférieurs à un seuil à définir, mais dont le niveau justifierait une aide à la mutualisation.

Les assurés bénéficiaires d'une couverture complémentaire du fait de revenus inférieurs aux minimas sociaux (Rmistes par exemple) seraient bénéficiaires du système, ce qui a l'avantage de simplifier considérablement le dispositif en rassemblant l'ensemble.

L'aide à la mutualisation serait dégressive pour éviter les effets de seuil.

3 LES PARTENAIRES DU PROJET.

Les partenaires du projet sont d'abord les financeurs : Etat, Assurance Maladie, organisme complémentaires, conseils généraux.

S'y ajouteraient les professionnels de santé et les caisses d'allocations familiales.

4 LES PRINCIPES GENERAUX DU PROJET.

Les principes généraux sont au nombre de 7 :

- Il est constitué un fonds de financement de la part complémentaire.
- Le système proposé doit s'adapter aux différentes hypothèses de financement.
- Il est fondé sur le principe d'un partenariat rénové dont l'élément essentiel est le groupement d'intérêt public associant tous les financeurs et chargé du pilotage du projet.
- Ce GIP est relayé au plan local par des associations dont l'objectif essentiel est de favoriser les dispositifs d'accès aux soins.
- La Caisse primaire d'assurance maladie est l'organisme technique chargé de la gestion courante des dossiers : affiliation à l'assurance maladie complémentaire, recouvrement des cotisations et paiement des soins.
- La dispense d'avance des frais est la règle.
- L'assuré contribue au financement du système en fonction de son niveau de revenu. Cette contribution est progressive en fonction du niveau de revenu et de la taille de la famille.

5 LE FONCTIONNEMENT DU SYSTEME

.5.1 Le GIP, qui réunit tous les financeurs de la part complémentaire, assure le pilotage du dispositif, Il fixe le champ de la couverture complémentaire. Il assure le suivi et l'évolution du système. Il anime le réseau des associations locales.

Le GIP s'appuie sur les moyens de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

.5.2 L'association locale relaye les orientation du GIP et favorise toutes les initiatives permettant un meilleur accès aux soins, notamment les réseaux médico-sociaux; Ces associations regroupent les échelons locaux des financeurs nationaux, auxquels s'ajoutent les représentants des professionnels de santé et des caisses d'allocations familiales.

Le secrétariat est assuré par la CPAM.

.5.3 La caisse primaire est l'organe technique du dispositif. Elle contribue à l'information des assurés, elle assure la gestion des dossiers dans leur ensemble et rend compte à l'association locale. Le service qu'elle rend n'est pas rémunéré.

.5.4 L'assuré est informé et repéré par tout moyen : CPAM, CAF, dispositifs médico sociaux. Il fait une demande d'ouverture de droit à l'assurance maladie complémentaire. Le cas échéant, il règle une partie de la cotisation en fonction de ses revenus. Au bout d'un an, ses droits sont réexaminés. En cas de non versement de la part contributive, l'assuré perd ses droits.

L'assuré bénéficie du dispositif des soins et de la dispense d'avance des frais. Un document justificatif de droits (parts obligatoire et complémentaire) lui est remis. Il bénéficie d'une information sur les dispositifs d'accès aux soins mis en oeuvre dans sa circonscription.

Des dispositions spécifiques seront à étudier pour l'assuré qui est déjà adhérent à un organisme complémentaire et qui viendrait à remplir les droits pour obtenir une assurance maladie complémentaire de droit commun.

. 5.5 Le professionnel de santé fait bénéficier son patient de la dispense d'avance des frais. Par ses représentants, il participe au suivi et à l'évaluation du dispositif au niveau local. Il joue également un rôle de relais du dispositif.

6 L'EVALUATION DU DISPOSITIF

Elle a lieu au moins une fois par an au niveau local et national. Elle porte sur trois séries d'éléments :

- la satisfaction de l'utilisateur et la qualité du service,
- les aspects médico sociaux,
- les données économiques, sociales et financiers : suivi des dépenses, équilibre financier, typologie de clientèle, durée d'adhésion...

7 LE SYSTEME D'INFORMATION

Le système d'information s'appuie sur le carnet de santé et, plus tard, sur le volet d'informations médicales.

Il utilise bien sur les possibilités offertes par le réseau santé social et l'informatique médicale, ainsi que par les dispositifs d'information propres à l'assurance maladie (codage, études médicalisées...).

8 QUESTIONS CONNEXES

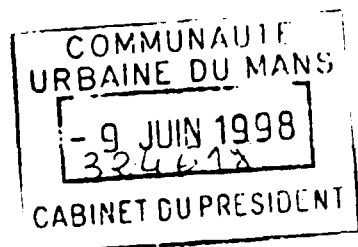
- L'évaluation de la population concernée est très incertaine. Les prévisions des derniers dispositifs sociaux ont été largement dépassées. Il est probable qu'il en sera de même dans le dispositif de la couverture complémentaire pour tous.
- Liée à cette remarque, la simulation financière reste à faire.
- Si tous les assurés bénéficient d'une assurance complémentaire, pourquoi ne pas poser le principe d'une assurance maladie complémentaire obligatoire, un peu comme il en est pour les retraites complémentaires.

- Par ailleurs, le champ de la complémentaire doit évoluer. Plutôt que de rester accroché au remboursement du ticket modérateur, ne doit-il pas être plutôt la couverture de services ou de biens non assurés par le régime de base ? Ce serait une véritable complémentaire.
- Si le ticket modérateur n'existe plus de fait, pourquoi ne pas faire évoluer le discriminant du remboursement ? Ce ne serait plus un taux de prise en charge financière du coût de soins ou de service non évalués médicalement, mais l'efficacité médicale qui déterminerait la prise en charge par la collectivité.
- Dernière question, la prise en charge par la collectivité d'une charge financière complémentaire ne doit-elle pas s'accompagner de la mise en place d'une réorganisation du système de soins (notamment dans ses aspects d'accès et de modalités de paiement) et jusqu'à quel niveau cette réorganisation doit-elle se faire ?

Autant de questions qu'une assurance maladie complémentaire pour tous ne manque de poser.

Le Directeur Général

DL/MN



Monsieur Jean-Claude BOULARD
Député chargé de la Mission
de la concertation et de proposition
sur la CMU

16 avenue François Mitterrand

72000 LE MANS

Paris, le 5 JUIN 1998

Monsieur le Député,

Pour faire suite à la rencontre organisée à votre demande, le 29 avril dernier, à l'Assemblée Nationale avec Mme GROS, Présidente nationale de la MSA et moi-même, dans le cadre de la mission de concertation et de propositions sur la CMU qui vous a été confiée par le Gouvernement, je vous prie de trouver ci-joint, plusieurs fiches techniques qui répondent à vos demandes spécifiques.

Ces fiches concernent :

- la déchéance des droits maladie des non salariés agricoles,
- les données statistiques de base sur les personnes couvertes en assurance maladie chez les non salariés agricoles (AMEXA) avec le rappel des règles applicables aux cotisants solidaires qui versent une cotisation non génératrice de droits,
- la répartition des non salariés agricoles par tranches de revenu professionnel pour la branche maladie (données de 1996),
- la situation spécifique des pluriactifs et des actifs qui ont des activités successives de courte durée,
- des réflexions de la MSA sur une extension de son champ de compétence légal de manière à limiter les situations de rattachement à l'assurance maladie au travers d'un critère territorial.

Je vous adresserai très prochainement des éléments complémentaires pour la couverture complémentaire gérée par les CMSA.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Député, l'expression de mes sentiments très distingués.

D. LENOIR

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'D. Lenoir', enclosed within a rectangular box.

COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE LA DECHEANCE DES DROITS MALADIE DES NON SALARIES AGRICOLES (AMEXA)

. Rappel des sources légales

L'article 1106-12, 3ème alinéa du code rural prévoit que « le défaut de versement des cotisations n'exclut les assurés du bénéfice de l'assurance qu'à l'expiration d'un délai de six mois à compter de la mise en demeure faite par lettre recommandée avec accusé de réception. La mise en demeure devra, à peine de nullité, rappeler les termes du présent alinéa ».

Cette règle a été fixée en 1961 à l'origine de l'assurance maladie des exploitants agricoles (AMEXA), elle est traditionnelle pour les régimes de travailleurs indépendants : les prestations sont liées aux cotisations acquittées.

On peut observer que la réglementation en vigueur pour les indépendants non agricoles (article L. 615-8 du code de la sécurité sociale) est plus draconienne que pour les exploitants agricoles car le défaut de versement des cotisations suspend le bénéfice des droits aux prestations à l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de la date d'échéance.

La réglementation prévoit cependant un certain nombre de situations dans lesquelles le droit aux prestations peut être rétabli sous certaines conditions : plan de continuation arrêté par le tribunal, plan de paiement défini par la Commission de Recours Amiable (CRA), liquidation judiciaire, retraité dont les cotisations ont été admises en non valeur, reprise d'une activité non salariée non agricole après liquidation judiciaire avec insuffisance d'actif.

La législation applicable en MSA n'a pas de caractère d'automatisme et la loi ne fait pas obligation aux CMSA d'adresser de manière systématique et aveugle des mises en demeure. L'expérience de ces dernières années a montré que dans certains cas les Pouvoirs publics demandent à certaines CMSA une souplesse dans l'utilisation du dispositif légal de déchéance AMEXA (cas de la Corse en particulier)

. Le nombre de déchus (source Observatoire Economique et Social de la MSA, juillet 1997)

En 1996 on dénombrait 6 283 chefs d'exploitation déchus (1,1 % du total), en baisse de 17 % sur 1995. La baisse a été de 40 % par rapport à 1991.

Les déchus sont plutôt des hommes avec des exploitations de faible taille, imposés au forfait, en nom personnel. Les revenus professionnels sont faibles (38 700 F/an contre 64 400 F/an en moyenne nationale).

Les régions les plus concernées sont le sud-ouest et le pourtour méditerranéen, la Côte-d'Or et la Corse (24 % en Corse en 1996 et 5 % dans les Bouches du Rhône). Le minimum se trouve dans le Cantal, la Corrèze, le Lot et la Vendée.

. Les perspectives ouvertes avec l'assurance maladie universelle

Les réflexions sur l'assurance maladie universelle et sur la couverture maladie universelle vont dans le sens de la suppression de la règle de suspension des droits maladie des travailleurs indépendants. En effet, le droit aux prestations en nature serait lié en dernier ressort à des conditions d'âge et de résidence, le lien avec les cotisations serait brisé.

Le non versement des cotisations maladie justifierait l'engagement d'un contentieux général mais sans possibilité d'agir de manière automatique sur les prestations. Il est certain que cette évolution aurait une incidence sur le recouvrement mais qui est délicate à apprécier (impact estimé à 0,7 point de cotisation par les non salariés non agricoles).

Les incitations au non paiement des cotisations sociales et à la non affiliation à titre obligatoire aux régimes professionnels (CDCA puis CDCAE) sont à prendre en compte dans la loi relative à la couverture maladie universelle.

Le monopole des régimes légaux doit être réaffirmé et les incitations au non règlement sévèrement réprimés.

COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE REFLEXIONS DE LA M.S.A. EN FAVEUR D'UNE SIMPLIFICATION DES FORMALITES PLURIACTIFS - ACTIVITES OCCASIONNELLES

. LA SITUATION DES PLURIACTIFS

- *présentation sommaire de la situation actuelle (branche maladie)*

Les prestations maladie, maternité, invalidité sont versées par le régime de l'activité principale. Cette activité principale est déterminée chaque année au 1er juillet compte tenu des données de l'année précédente.

Les règles applicables pour déterminer l'activité principale dépendent de la nature des activités exercées.

Les éléments suivants sont retenus pour la détermination des revenus à comparer :

* **1er cas : non salarié agricole et travailleur indépendant** = affiliation dans chaque régime pour la maladie et dans le régime des travailleurs indépendants non agricoles pour l'assurance décès ; à signaler une affiliation dans le seul régime de l'activité principale en vieillesse et au régime agricole en veuvage. L'activité principale est appréciée en fonction des seuls revenus (article R 615-2 du code de la sécurité sociale) ; les revenus agricoles sont appréciés de manière forfaitaire à partir d'une base de calcul qui n'a plus de réel fondement logique (exploitation type qui servait à l'affiliation aux prestations familiales avant 1980), les revenus non agricoles sont appréciés de manière fiscale. L'activité non salariée agricole est présumée principale si elle procure plus de la moitié des revenus

* 2ème cas : non salarié agricole et salarié = affiliation dans chaque régime et dans le seul régime salarié pour l'assurance décès ; affiliation dans chaque régime en vieillesse et en veuvage. L'activité principale est présumée être la non salariée agricole sauf si le salarié a accompli au moins 1 200 h au cours de l'année de référence qui lui a procuré des revenus au moins égaux à ceux calculés pour l'activité non salariée agricole

- propositions d'évolution

=> Le législateur a prévu la mise en place de caisses pivot pour simplifier la vie des pluriactifs (article 34 de la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 et décret du 16 avril 1997), mais ce texte n'a pas trouvé matière à s'appliquer compte de blocages de principe au niveau des régimes concernés et de difficultés réelles d'application.

=> Parmi les « 37 mesures pour simplifier la vie des P.M.E. » proposées par Mme Lebranchu le 3 décembre 1997 figurait le principe du rattachement à un seul régime des doubles actifs indépendants (fiche 17 jointe en annexe) dès lors que les revenus accessoires sont limités. Le critère de détermination de l'activité principale aurait été purement fiscal.

=> La MSA n'est pas favorable avec ces perspectives d'évolution de la situation des pluriactifs et prend acte de l'échec des tentatives de nature législative initiées en 1993.

Le critère fiscal semble particulièrement mal adapté à la nature du problème à résoudre et il y aurait lieu, aux yeux de la MSA, de favoriser une démarche de libre choix parmi les régimes obligatoires de rattachement, selon une conception plutôt sociologique du rattachement professionnel. L'existence de nombreux forfaits de niveau limité en milieu agricole est de nature à minorer de manière importante l'évaluation de l'activité agricole, quand bien même elle serait dominante en durée d'activité.

Dans le cadre de la réglementation en vigueur une voie de progrès acceptée par toutes les parties prenantes serait de déterminer l'activité principale pour une période pluriannuelle (3 ans par exemple).

Au delà de ce simple aménagement des règles en vigueur, la recherche d'une protection de base commune aux régimes professionnels est seule de nature à apporter une solution radicale aux difficultés rencontrées par les pluriactifs compte tenu de la diversité actuelle des régimes et des protections accordées. En effet, le principe du libre choix du régime parmi les régimes obligatoires serait, aux yeux de la MSA, une solution de nature à simplifier de manière plus complète les démarches des pluriactifs : gestion par un seul régime des prestations en nature et calcul éventuel des cotisations sur l'ensemble des revenus avec affectation des recettes à chaque régime d'activité en fonction de la nature des revenus professionnels. Le libre choix correspondrait à une conception plus sociologique du régime principal qui serait déterminé par l'assuré compte tenu de sa propre perception de ses activités et non en fonction de règles administratives

. LA SITUATION DES TRAVAILLEURS AVEC DES ACTIVITES OCCASIONNELLES

- présentation sommaire de la réglementation actuelle

Les prestations en nature et en espèces de l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès sont ouvertes aux travailleurs occasionnels, saisonniers ou discontinus pendant leurs périodes d'activité.

Durant les périodes d'inactivité, le droit aux prestations est maintenu pendant une année (article L. 161-8 du code de la sécurité sociale). Ce maintien de droit est dorénavant prolongé de trois ans pour les prestations en nature de l'assurance maladie (article 4 du décret n° 98-275 du 9 avril 1998, JO du 15 avril). Dans l'hypothèse où ces travailleurs occasionnels ne remplissent pas les conditions habituelles d'ouverture des droits aux prestations en espèces, ils peuvent également bénéficier de conditions dérogatoires plus favorables prévues par la réglementation (article R. 313-7 du code de la sécurité sociale).

D'une manière générale, si cette catégorie de salariés ne rencontre pas de difficulté particulière pour s'ouvrir des droits aux prestations, elle se trouve confrontée à des changements fréquents de caisses ou/et de régimes compétents pour le service des prestations maladie. En effet, le service des prestations en nature incombe au

régime auprès duquel l'assuré était affilié au jour des soins (article R. 172-1 1° du code de la sécurité sociale).

De pareilles difficultés de gestion courante des droits aux remboursements pourraient bientôt exister pour les prestations en nature de l'assurance maternité (droits de la mère et de l'enfant) puisque la CNAM semble vouloir étendre à l'assurance maternité les principes de l'assurance maladie, compte tenu de la mise en place du RNIAM.

- **propositions d'évolution**

La complexité des situations actuelles et la mise en place successive du RNIAM et de la carte VITALE invitent à reconsidérer la gestion des droits des travailleurs occasionnels avec des activités de courte durée et successives. Sans vouloir épuiser la matière, il paraît possible d'examiner comme pistes de réflexion la gestion par une seule caisse des prestations en nature et en espèces et la possibilité, à l'intérieur d'un même régime de déterminer, au choix de l'assuré itinérant, une caisse de rattachement.

Les questions liées au contrôle médical peuvent d'ores et déjà être réglées entre organismes d'un même régime, en particulier dans le cas d'hospitalisations hors circonscription.

COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE ET AFFILIATION A LA MSA

Pour l'application de la couverture maladie universelle, une proposition a été avancée consistant à restreindre le champ des individus qui en bénéficieront sur le seul critère de la résidence en France.

Les personnes qui exercent une activité professionnelle relèvent de l'assurance maladie du régime de protection sociale auprès duquel elles sont affiliées à titre obligatoire.

La présente note a pour objet de rechercher des orientations pour que le régime des non salariés agricoles puisse élargir la population assujettissable.

1. EN METROPOLE

11. Règles d'assujettissement applicables actuellement

111. AFFILIATION OBLIGATOIRE (ART. 1003-7-1-I DU CODE RURAL)

Pour être affiliés, les chefs d'exploitation ou d'entreprise doivent diriger une exploitation > ou = à la moitié de la Surface Minimum d'Installation (SMI) fixée dans les conditions prévues dans le schéma directeur départemental des structures. En cas de coexploitation, ce critère doit être rempli par chaque membre ou associé participant aux travaux. Cette superficie est réduite de 20 % de la SMI lorsque des époux sont membres d'une coexploitation.

Lorsque l'importance de l'exploitation ou de l'entreprise ne peut être appréciée par rapport au critère de la SMI, l'affiliation est subordonnée à la justification de 1200 heures de travail par an multiplié, le cas échéant, par le nombre de membres ou d'associés participant aux travaux (décret n° 80-927 du 24 novembre 1980).

Lorsqu'une personne cumule plusieurs activités agricoles dont l'importance est estimée par rapport à la SMI et au temps de travail, il est procédé à la totalisation des heures de travail des diverses activités.

Toutefois dans ce calcul, le temps passé aux activités liées à l'exploitation (stockage, conditionnement transformation, commercialisation des produits de l'exploitation) ne sont pas pris en compte avec le temps de travail nécessité par la mise en valeur de l'exploitation

112. AFFILIATION A TITRE DEROGATOIRE (ART 1003-7-II DU CODE RURAL)

Cette affiliation ne concerne que les exploitants dépourvus de couverture sociale, dirigeant une exploitation, dont l'importance ne peut pas être appréciée par rapport au critère de la SMI ; elle est faite à la demande de l'exploitant sur décision du Conseil d'administration de la MSA dès lors que l'intéressé satisfait à des conditions de nature et de durée d'activité. Elle est donnée pour 3 ans.

Peuvent également être maintenus au régime agricole, sur leur demande et pendant 5 ans, les exploitants qui réduisent leur activité dans des proportions comprises entre le 1/3 et la 1/2 SMI, pour une raison indépendante de leur volonté.

12. Propositions d'élargissement du champ de population agricole affiliée

121. MODIFICATIONS DE TEXTE A PROPOSER POUR L'ASSUJETTISSEMENT

- **Assujettissement obligatoire** : modifier le décret n° 927 du 24 novembre 1980, article 3, alinéa 3 pour tenir compte dans le calcul des 1200 heures de travail des activités liées à l'exploitation (conditionnement...).
- **Assujettissement à titre dérogatoire** : modifier l'article 1003-7-1-II du Code rural et le décret n° 807 du 14 octobre 1980, pour que soient affiliées de plein droit et sans limitation de durée, tous les exploitants individuels et coexploitants dépourvus de couverture maladie et exerçant une activité professionnelle inférieure aux seuils non seulement de la 1/2 SMI mais aussi des 1200 heures de travail.

L'importance minimum de l'exploitation à diriger du 1/3 de la SMI pourrait être étendue par équivalence à 800 heures de travail ($1200 \times 0,33$).

0,5

L'obligation d'atteindre le seuil de la 1/2 SMI ou des 1200 heures au bout de 3 ou 5 ans serait supprimée.

Serait seule maintenue la preuve à apporter par l'exploitant de mettre en valeur une exploitation viable et gérée indépendamment de toute autre.

122. CONSEQUENCES A PREVOIR SUR L'ASSIETTE DES COTISATIONS

Modifier le décret n° 690 du 9 août 1994 ou, par voie réglementaire, prévoir une assiette forfaitaire réduite pour les nouveaux installés (art. 11) avec moins de la 1/2 SMI ou moins de 1200 heures et l'assiette minimum de 800 SMIC en assurance maladie et AVI (art. 14).

L'assiette provisoire pourrait être basée sur 200 SMIC dans toutes les branches, sauf vieillesse 400 SMIC, pour tous les nouveaux installés.

Lorsque les revenus professionnels seront connus sur les années de référence, pourrait être créée une assiette minimum de 200 SMIC en AMEXA et 400 SMIC en AVA-AVI (actuellement, l'assiette AMEXA des exploitants Rmistes est forfaitairement de 200 SMIC).

2. DANS LES DOM

21. Règles d'assujettissement applicables actuellement

Selon les articles 1142-2 et 1142-13 du Code rural, sont affiliés comme exploitant agricole, toutes les personnes mettant en valeur une exploitation d'une superficie d'au moins 2 hectares pondérés.

Pour évaluer cette superficie, il existe des coefficients pour certaines productions à appliquer :

- aux superficies de terres ou des installations
- aux superficies des installations exprimées en m²,
- au cheptel présent,
- au nombre de ruches.

N'existent pas dans les DOM :

- l'affiliation à titre dérogatoire pour une activité inférieure à 2 hectares pondérés,
- l'affiliation sur la base du temps de travail.

22. Propositions d'élargissement du champ de population agricole affiliée

221. MODIFICATIONS DE TEXTES A PROPOSER POUR L'ASSUJETTISSEMENT

Les CGSS ont beaucoup de difficultés puisqu'elles sont obligées de refuser l'assujettissement pour certains éleveurs et exploitants et pour les entrepreneurs de travaux forestiers.

Dès novembre 1992, la CCMSA a proposé au Ministère de l'Agriculture un coefficient permettant l'affiliation des exploitations forestiers et sylviculteurs. En novembre 1994, elle a attiré son attention sur certaines cultures non assujettissables à ce jour. En décembre 1997, elle a proposé des coefficients d'équivalence pour des élevages spécialisés particuliers.

222. CONSEQUENCE AU NIVEAU DES COTISATIONS

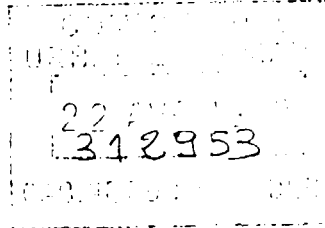
Elle est insignifiante puisque les exploitants de moins de 20 hectares pondérés dans les DOM sont exonérés de toutes leurs cotisations à condition d'être à jour de leurs cotisations, ce qui serait forcément le cas puisqu'il s'agirait de nouveaux installés.



ASSOCIATION RECONNUE D'UTILITE PUBLIQUE
PAR DECRET DU 24 01 1989

Dr. Claude MONCORGE
Vice-Président

Monsieur Jean-Claude Boulard
Député chargé de la mission de
concertation et de propositions sur la CMU
Condorcet
16 avenue François Mitterrand
72000 LE MANS



Paris, le 21 avril 1998

Monsieur le Député,

Pour faire suite à notre rencontre du 15 avril dernier, nous souhaiterions développer la proposition que nous vous avons déjà faite oralement concernant la carte Sésame Vitale.

Médecins du Monde souhaite que la Couverture Maladie Universelle couvre tous les personnes résidant en France (DOM-TOM compris) dès l'âge de 16 ans.

Dans le projet de loi, il est prévu que certaines populations (notamment les personnes en situation irrégulière) continuent d'être prises en charge par l'Etat dans le cadre de l'Aide Médicale. Ainsi, ces personnes seraient les seules à ne pas bénéficier de la carte Sésame Vitale.

Médecins du Monde s'inquiète du risque de stigmatisation que cela ne manquerait pas d'entraîner. En effet, toute personne se présentant chez un médecin libéral, dans un hôpital ou même dans une pharmacie sans pouvoir présenter sa carte Vitale serait immédiatement repérée comme étant possiblement en situation irrégulière.

Cette situation ne manquerait de représenter un frein à l'accès aux soins pour une population qui, on le sait bien, par crainte des contrôles administratifs, attend très souvent le dernier moment pour se rendre dans les structures de soins, échappant ainsi à toute politique de prévention en matière de santé.

C'est pourquoi, Médecins du Monde propose que tous les résidents en France bénéficient de la même carte quel que soit le mode de leur prise en charge.

Dans la mesure où la carte Sésame Vitale doit comporter une puce électronique, il nous semble tout à fait possible d'introduire dans cette puce, un codage, sans aucune lisibilité extérieure, indiquant uniquement le financeur. Ce code pourrait être un numéro ou un mot.

Ce mode de fonctionnement permettra ainsi de ne pas mettre l'accent sur un groupe spécifique, mais de l'inclure dans une population plus large bénéficiant d'une prise en charge de leurs soins de santé par l'Etat (français et étrangers en situation régulière ou irrégulière avec ou sans domicile fixe).

Pour des raisons de confidentialité, ce code ne devra être accessible qu'aux établissements payeurs.

Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir nous tenir informés de l'état d'avancement de votre mission sur les différents points abordés ensemble.

Restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire que vous pourriez souhaiter, je vous prie de croire, Monsieur le Député, à l'expression de ma considération distinguée.

Dr. Claude MONCORGE



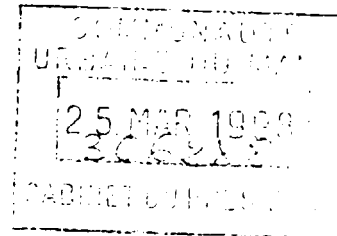
Fédération nationale
des **accidentés du travail** et
des **handicapés**

Le Secrétaire Général

Saint-Etienne, le 24 mars 1998

Jean Claude BOULARD
Député de la Sarthe
Immeuble Condorcet
16 Avenue François MITTERAND
72000 LE MANS

Objet : Lutte contre les exclusions
Assurance maladie universelle
Couverture complémentaire
pour les plus démunis



Monsieur le Député,

Cher J. Claude

Dans le cadre de son « Programme de prévention et de lutte contre les exclusions », présenté en Conseil des ministres du 4 mars 1998, le Gouvernement a prévu, notamment, la mise en place d'une **couverture maladie universelle** et d'une **protection complémentaire** pour les plus démunis.

Pour se faire, une mission de concertation et de propositions vous a été confiée.

Tout en se félicitant de ces orientations gouvernementales, la FNATH - largement impliquée sur toutes les questions relatives à la protection et à l'insertion sociales, ainsi qu'à la santé- souhaite être entendue.

En effet, au moment où la précarité de l'emploi devient le sort commun d'un nombre toujours croissant de travailleurs, nous demandons la mise en place d'une protection globale de haut niveau réalisée dans le cadre du régime de base -seule garantie solide par rapport aux régimes complémentaires où la couverture cesse avec la perte de l'emploi-.

Notre système d'assurance maladie ne saurait continuer à être basé sur une stricte approche professionnelle et familiale. Ainsi nous revendiquons notamment, la mise en place d'une « assurance maladie universelle basée sur:

- une unification des régimes;
- une harmonisation des prestations et des contributions.
- la mise en place d'une protection sociale basée sur la **solidarité nationale** :

Un certain nombre de dépenses qui manifestement relèvent de la solidarité nationale, c'est à dire de l'ensemble de la population, telles que les dépenses de soins (investissements hospitaliers en particulier) pourraient ainsi être budgétisées, pour consacrer les cotisations des assurés sociaux, reflet de leurs contributions personnelles, aux revenus de remplacement.

- la disparition du système de compensation sous sa forme actuelle et la reconstruction de la solidarité financière des régimes d'assurance maladie.
- la suppression du forfait hospitalier, facteur d'inégalité.

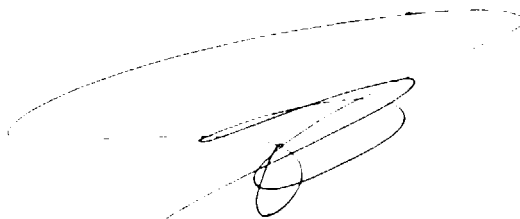
Au surplus, consciente de la nécessité pour les plus défavorisés, d'une couverture sociale complémentaire, la FNATH souhaitent que ceux-ci relèvent du même dispositif que tout mutualiste de droit commun, assuré social, relevant de la solidarité nationale.

Les collectivités, les entreprises, les conseils généraux,..., doivent contribuer à l'universalité. La FNATH rejette l'idée d'un dispositif d'assistance, répondant à des conditions stigmatisantes pour les intéressés.

Dans l'espoir de vous rencontrer et de nous en entretenir avec vous,

Veillez agréer, Monsieur le Député, l'expression de ma meilleure considération. Amicalement à toi.

Marcel ROYEZ

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'M. Royez', written over a faint, large, oval-shaped scribble or watermark.

Jos Réf. : *Sous-Direction des Affaires Juridiques*
EH/RA.L/890-98

Monsieur BOULARD Jean-Claude
Député
Assemblée Nationale
Palais Bourbon
126, rue de l'Université
PARIS 07 SP

OBJET : Etudiants

Saint Denis, le 11 mai 1998

Monsieur le Député,

A la suite de votre entrevue du 15 avril et à la demande du Président RAVOUX, je vous confirme la demande de la CANAM tendant à faire cesser la discrimination pour l'âge d'affiliation au régime des étudiants qui existe entre les enfants dont les parents exercent une profession indépendante et les autres enfants.

Actuellement, l'âge d'affiliation au régime des étudiants est fixé à 20 ans pour les enfants dont les parents relèvent du régime général. Les enfants dont les parents relèvent du régime d'assurance maladie des professions indépendantes sont affiliés au régime des étudiants dès leur inscription dans un établissement ouvrant droit au régime des étudiants, sans condition d'âge

Il en résulte que les parents exerçant une profession indépendante sont conduits à prendre en charge la cotisation au régime des étudiants en moyenne deux années plus tôt que les autres parents. Cette cotisation n'est pas négligeable puisqu'elle s'élève à 1.020F pour l'année universitaire 1997-1998.


Cette discrimination trouvait son fondement dans l'écart de taux de remboursement entre le régime des professions indépendantes et le régime des étudiants lors de la création du régime d'assurance maladie des professions indépendantes. Elle ne se justifie plus aujourd'hui en raison de l'identité du taux de prise des deux régimes pour le gros risque et du rapprochement du taux de remboursement pour le petit risque

Je vous remercie pour la suite que vous réserverez à la demande de la CANAM qui, au plan législatif, doit se traduire par une abrogation de l'article L. 615-11 du code de la sécurité sociale

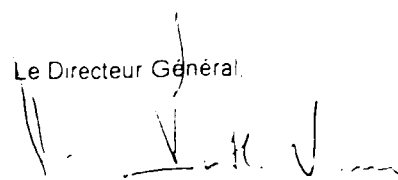
La CANAM souhaiterait vivement qu'il soit mis fin à cette discrimination pour la rentrée universitaire de l'automne 1998.

Je vous prie de croire, Monsieur le Député, à l'assurance de ma considération distinguée et de mon fidèle souvenir.

CANAM
Centre Paris-Pleyel
3521 SAINT-DENIS cedex
téléphone : 01 49 33 38 00
Télécopie : 01 49 33 38 03
Télex : 236 790

 Ministère de la Santé et de la Famille

Le Directeur Général.



Daniel POSTEL-VINAY

HARMONISATION DE L'AGE D'AFFILIATION
AU REGIME DES ETUDIANTS QUEL QUE SOIT LE REGIME
DE SECURITE SOCIALE D'AFFILIATION DES PARENTS

Objet : Fixer à 20 ans l'âge d'affiliation au régime des étudiants des enfants de parents exerçant une profession indépendante, pour harmoniser leur situation avec celle des enfants de parents relevant du régime général.

Exposé des motifs :

L'âge d'affiliation au régime des étudiants est fixé à 20 ans pour les enfants de parents relevant du régime général. Les enfants de parents relevant du régime d'assurance maladie des professions indépendantes sont affiliés au régime des étudiants dès leur inscription dans un établissement ouvrant droit au régime des étudiants sans condition d'âge.

Il en résulte que les parents exerçant une profession indépendante sont conduits à prendre en charge la cotisation au régime des étudiants en moyenne deux années plus tôt que les autres parents.

Cette discrimination, qui trouvait son fondement dans l'écart de taux de remboursement entre le régime des professions indépendantes et le régime des étudiants lors de la création du régime d'assurance maladie ces professions indépendantes, ne se justifie plus aujourd'hui en raison de l'identité du taux de prise des deux régimes pour le gros risque et du rapprochement du taux de remboursement pour le petit risque.

Instrument juridique : Loi

Article X : L'article L 615-11 du code de la sécurité sociale est abrogé.

RATTACHEMENT DES ETUDIANTS AU REGIME AMPI

1 DONNES UTILISEES

1.1 Nombre d'étudiants de 18 et 19 ans (année 1994-95)

317.416

1.2 Estimation du nombre d'étudiants de 18 et 19 ans à rattacher au régime AMPI

5% (taux proche de la part représentée par le régime AMPI dans les prestations de l'ensemble des régimes) soit :

$$317\,416 \times 5 / 100 = 15.871$$

1.3 Montant de la cotisation au régime des étudiants

975 F pour l'année universitaire 1996 - 1997 (*)

1.4 Montant de la prestation moyenne (budget global inclus) pour la tranche d'âge 20 - 25 ans (dépenses remboursées)

5.188 F

1.5 Taux moyen de remboursement du régime général en 1996

88,3%

1.6 Taux moyen de remboursement du régime AMPI en 1996

83,7%

(*) Pour l'année universitaire 1997-98, la cotisation est de 1020 F. Cependant cette cotisation ne va pas être utilisée dans le cadre des calculs ci-après car, en regard, figurent les prestations de 1996 (les seules disponibles à ce jour).

2 CALCULS

2.1 Compte du régime des étudiants

21-1 Recettes en moins

$$975 \text{ F} \times 15.871 = 15.474.225 \text{ F soit } 15,5 \text{ MF}$$

21-2 Dépenses en moins

$$\frac{5.188 \text{ F} \times 100}{83,7} \times \frac{88,3}{100} \times 15.871 = 86.863.936 \text{ F soit } 86,8 \text{ MF}$$

21-3 Solde (en faveur du régime des étudiants)

$$86,8 \text{ MF} - 15,5 \text{ MF} = 71,3 \text{ MF}$$

2.2 Compte CANAM

22-1 Recettes

Néant (il s'agit d'ayants droit)

22-2 Dépenses

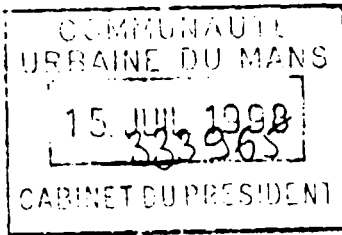
$$5.188 \text{ F} \times 15.871 = 82.338.748 \text{ F soit } 82,3 \text{ MF}$$

22-3 Solde (charge pour la CANAM)

$$82,3 \text{ MF}$$

	Compte de régime des étudiants	Compte de la CANAM
Recettes	- 15,5 MF	/
Dépenses	- 86,8 MF	+ 82,3 MF
Solde	- 71,3 MF	+ 82,3 MF

Paris, le 7 juillet 1998



Monsieur Jean-Claude BOULARD
Député de la Sarthe, parlementaire en
mission auprès du ministre de l'Emploi et
de la Solidarité
Immeuble Condorcet
16, avenue François Mitterrand
72000 LE MANS

Monsieur le Député,

Comme vous l'aviez souhaité lors de notre rencontre du 25 mars dernier, je vous adresse, ci-joint, la contribution de la CNP à la réflexion que vous menez actuellement à la demande de madame Martine Aubry, ministre de l'Emploi et de la Solidarité, sur la mise en place d'une couverture maladie universelle et l'extension de garanties complémentaires aux plus démunis.

Premier assureur de personnes, la CNP intervient depuis de nombreuses années dans le domaine de la santé.

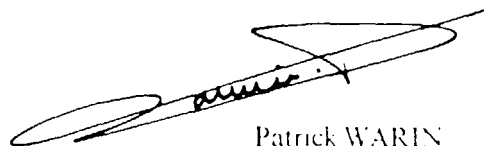
Soucieuse d'accompagner de manière intelligente l'évolution de l'assurance maladie, la CNP développe, depuis deux ans, une offre innovante en assurance complémentaire qui vise à améliorer l'accès aux soins.

Partant du constat que le système français se caractérise par un manque d'efficacité, tant sociale qu'économique, cette offre repose sur un concept qui conjugue qualité des prestations et maîtrise des dépenses

Fidèle aux valeurs du groupe de la Caisse des dépôts dont elle constitue la composante majeure en matière de protection sociale, la CNP a la volonté clairement affirmée de participer pleinement aux politiques publiques de lutte contre les exclusions.

C'est dans cet esprit, qu'elle est en mesure de développer une saine gestion des risques qui lui seraient confiés en étant particulièrement attentive aux équilibres économiques des opérations que le législateur placerait sous sa responsabilité.

Me tenant à votre disposition pour vous rencontrer afin d'échanger sur ces questions, je vous prie d'agréer, Monsieur le Député, l'assurance de ma parfaite considération



Patrick WARIN

Extension des garanties complémentaires

OFFRE CNP

1. Introduction :

Les activités de la Caisse des Dépôts et Consignations sont issues de sa mission originelle de dépositaire légal de fonds d'origine privée que le législateur a souhaité protéger par une gestion garantissant leur entière sécurité. Par ailleurs, elle s'est vu aussi confier, dès sa création, la gestion de fonds publics tels que la trésorerie de la Sécurité sociale.

Investi de missions d'intérêt général, le groupe occupe également une position de premier plan dans un ensemble de métiers concurrentiels parmi lesquels celui que la CNP, filiale de la Caisse des dépôts, développe depuis 150 ans : l'assurance de personnes.

Dans le cadre de sa réflexion sur la couverture maladie universelle, la CNP se considère en mesure de proposer une offre santé innovante, qui permette de répondre à des critères d'équité (niveau de couverture par rapport à la gravité médicale), d'accès aux soins libre et avisé, et d'efficience économique.

Cette offre concerne notamment, mais pas exclusivement, les domaines dentaire et optique, dans lesquels la couverture complémentaire aux prestations des régimes obligatoires joue un rôle prépondérant et où les citoyens en situation défavorisée sont le plus mal pris en charge, par manque de moyens financiers, mais également par incapacité à obtenir les bonnes informations pour accéder correctement au système de soins.

2. Contenu de l'offre :

Notre système d'assurance maladie souffre de sa complexité. Au nom d'un impératif de solidarité, un dispositif inégalitaire et défaillant en termes de qualité et de transparence s'est progressivement mis en place. Aujourd'hui le système de protection sociale français se caractérise par son manque d'efficacité sociale et d'efficacité économique

Partant de ce constat, l'offre de la CNP repose sur un concept qui conjugue qualité des prestations et maîtrise des dépenses.

2-1/ Le constat :

a) l'efficacité sociale :

Au gré des plans d'économie successifs, les prestations en nature servies par les régimes obligatoires se sont progressivement dégradés. Ainsi, le régime général prend actuellement en charge 58% des dépenses médicales ambulatoires. Les conditions de recours aux soins dentaires, aux produits médicaux d'optique et d'audioprothèse sont très insuffisantes, alors que ces prestations sont évidemment des éléments contribuant à l'insertion sociale des personnes en situation économique précaire.

On ne peut que constater que l'assurance maladie obligatoire aboutit aujourd'hui à l'exclusion des plus pauvres et des personnes en rupture de droits. La continuité de la couverture n'est pas garantie en cas de « mutation sociale » telle que perte d'emploi, perte des droits à l'assurance chômage, etc.

L'aide médicale gratuite et l'assurance personnelle, financées par les collectivités locales et l'Etat, sont source d'inégalité devant la loi (ouvertures des droits conditionnées par des niveaux de ressources différents selon les départements) et de difficultés administratives pour les bénéficiaires potentiels (double guichet).

Par ailleurs, les désengagements successifs des régimes de base et le développement des dépassements en matière d'honoraires et de biens médicaux ont conduit à un recul de l'accès aux soins. La part des dépenses laissée à la charge des ménages en constitue aujourd'hui une limitation importante : on estime entre cinq et six millions le nombre de personnes dont les revenus se situent juste au dessus des minima sociaux, qui ne sont pas couvertes par une assurance complémentaire parce qu'elles ne peuvent pas en supporter le coût. Les études du CREDES montrent que le renoncement à certains soins (prothèses dentaires en particuliers) atteint aujourd'hui 26% de la population française contre 21,79 en 1993.

b) l'efficacité économique :

Les gisements d'économies existants au sein du système de soins français permettent de financer non seulement le surcoût d'une couverture maladie universelle, mais également la généralisation d'une assurance complémentaire obligatoire à l'ensemble de la population française.

Ces dépenses nouvelles nécessitent une restructuration en profondeur de l'organisation et du fonctionnement de l'offre de soins (hospitalisation, médicament, certains actes techniques, etc.).

La mise en concurrence des producteurs de soins est un moyen d'optimiser le fonctionnement du système de soins et de limiter les engagements financiers des régimes de base et complémentaires aux seules prestations à efficacité médicale démontrée.

L'absence de concurrence explique le fait que le prix des dépenses de santé ne diminue pas, alors même que l'offre de soins est excédentaire. Le conventionnement automatique et irrévocable de toute offre de soins est générateur d'inflation. En outre, son automaticité est contradictoire avec l'exigence de transparence et la nécessaire égalité devant l'accès aux soins car il nie les concepts de besoins et de qualité. Il nous faut donc rechercher une plus grande efficacité en termes de qualité mais aussi de coûts.

2-2/ Le concept :

La CNP développe depuis deux ans une offre innovante en assurance complémentaire santé visant à améliorer la qualité de l'accès aux soins tout en assurant la maîtrise des dépenses.

Cette offre garantit la confidentialité médicale et le respect de la vie privée conformément aux règles de la CNIL. Pour ce faire, elle associe de nouvelles garanties élaborées en fonction de la complexité et de l'importance des actes à des services d'information et de conseil par le biais d'une plate-forme téléphonique.

Son contenu repose sur le triptyque « *garanties, devis, accès à l'information* » :

- Garanties :

Les garanties « de nouvelle génération » s'appuient sur l'existence d'un tarif de référence (en francs) prenant en compte le poids de chaque acte de prothèse dentaire, et la complexité de la correction optique (deux niveaux actuellement, quatre bientôt). Ces tarifs de référence ont été établis sous l'égide de Comités Scientifiques. Le remboursement est fonction d'un pourcentage appliqué à ce tarif de référence.

Cette démarche a été mise en place pour s'adapter le plus possible aux besoins spécifiques de chaque assuré.

- Devis :

L'établissement d'un devis détaillé préalable permet de connaître avec précisions les prestations que les professionnels de santé proposent aux assurés. Ces devis sont donc un outil de circulation de l'information. Il ne s'agit en aucun cas d'un instrument d'accord préalable ou d'opposabilité.

Le devis est traité par une plate-forme composée d'un personnel spécialisé disposant de l'appui d'experts-conseils, professionnels de santé.

- L'accès à l'information :

L'asymétrie d'information entre patient et professionnel de santé est responsable d'une inadéquation de la consommation médicale aux besoins réels des populations. Ce constat est d'autant plus prégnant lorsqu'il s'agit de populations précarisées.

Le devis et la plate-forme ont pour objectifs de rééquilibrer le niveau d'information entre le médecin et son patient et de réduire le nomadisme médical. Le devis est le vecteur entrant de l'information, la plate-forme téléphonique est le vecteur sortant à disposition de la population assurée.

Disposant de bases de données prix et pratiques en dentaire et en optique, et sans se substituer aux professionnels de santé, elle peut, à la suite de l'analyse des devis, délivrer une information personnalisée à chaque bénéficiaire.

De plus, la plate-forme élabore et diffuse des fiches-conseil sur tous les secteurs de la santé, en particulier dans le domaine de la prévention dentaire, optique, alimentaire, etc...

Ce savoir-faire permettrait de participer à des campagnes de prévention spécifiques à ces populations

L'accès à la plate-forme pourrait se faire via un numéro vert ou azur, selon deux possibilités :

=> soit directement par l'individu,

=> soit par le biais de structures départementales ou régionales d'aide aux populations défavorisées.

Pour une meilleure efficacité du système, nous préconisons que ce soit par ces relais locaux, ayant en charge la responsabilité de certains mécanismes de régulation de l'offre de soins, que se fasse l'accès à la plate-forme d'information (meilleure connaissance des personnes et du tissu sanitaire local, importance du contact face à

face, etc...). La CNP s'engagerait alors à une formation spécifique des personnes qui accepteraient de jouer ce rôle de relais.

Au travers de ce nouveau dispositif, la CNP est prête à apporter son concours à une solution qui favoriserait une extension des garanties complémentaires au bénéfice des personnes les plus démunies.

Pour s'engager dans cette démarche, la CNP souhaiterait que ce mécanisme de solvabilisation des ménages lui garantisse :

=> la pérennisation des sources de financement,

=> la limitation de la responsabilité économique du porteur du risque aux engagements définis en fonction de la population couverte et préalablement acceptés par les partenaires.

3. Conclusion :

Equité des garanties, approche sociale de l'accès à l'information en matière de santé, contrôle a priori des prestations et des prix proposés, liberté d'accès au professionnel de santé de son choix sont les points forts de notre proposition.

Dans tous les domaines de l'assurance de personnes, la CNP a développé des formules sans cesse adaptées aux besoins de la population, qu'il s'agisse d'assurance grand public, diffusée par nos réseaux-partenaires Poste, Ecureuil et Trésor Public, ou de contrats souscrits dans un cadre collectif.

Premier assureur de personnes en France, la CNP, s'appuyant sur la CDC pour la gestion d'actifs, a historiquement accompagné les organismes complémentaires dans leurs évolutions juridiques et techniques et a contribué au développement de la protection sociale collective.

Société anonyme à capitaux publics, la CNP s'adosse sur un actionnariat stable qui associe l'Etat, la Caisse des Dépôts, ainsi que ses deux principaux réseaux-partenaires : la Poste et les Caisses d'Epargne.

Fidèle aux valeurs du groupe de la Caisse des dépôts dont elle constitue la composante majeure en matière de protection sociale, la CNP a la volonté clairement affirmée de participer pleinement aux politiques publiques de lutte contre les exclusions en assurant ces activités dans une logique de long terme. Dans cet esprit, elle est en mesure de développer une saine gestion des risques qui lui seraient confiés en étant particulièrement attentive aux équilibres économiques des opérations que le législateur placerait sous sa responsabilité.



UNION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS D'ILE DE
FRANCE

PROJET DE LOI DE LUTTE CONTRE L'EXCLUSION :
LA PLACE DE LA MEDECINE LIBERALE DANS L'ACCES AUX
SOINS DES PLUS DEMUNIS

LES MISSIONS DE L'UPIDF

L'Union Professionnelle des Médecins Libéraux d'Ile-de-France représente les 25.000 médecins libéraux franciliens. Les missions de l'UPIDF sont définies par la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 :

- . Analyses et études relatives au système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie ainsi qu'à l'évaluation des besoins médicaux ;
- . Evaluation des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins ;
- . Organisation et régulation du système de santé ;
- . Prévention et actions de santé publique ;
- . Coordination avec les autres professionnels de santé ;
- . Information et formation des médecins et des usagers.

Dans le cadre de ses missions, l'UPIDF a légitimité à intervenir sur le problème de l'accès aux soins des personnes en situation d'exclusion.

LA PLACE DE LA MEDECINE LIBERALE DANS L'ACCES AUX SOINS DES PLUS DEMUNIS

L'UPIDF considère que le chantier de la prévention et de la lutte contre l'exclusion nécessite que la problématique soit traitée en partenariat avec l'ensemble des intervenants du champ sanitaire et socio-sanitaire.

1. Le système actuel de prise en charge des personnes les plus démunies

D'une manière générale, le système de santé doit assumer 4 gageurs :

1. Maintenir un haut niveau de qualité des soins ;
2. Maîtriser l'évolution des dépenses de santé ;
3. Garantir la diffusion des progrès de la médecine à l'ensemble de la population ;
4. Assurer une juste rémunération des professionnels.

Si le système de soins parvient à garantir ces 4 objectifs pour la grande majorité de nos concitoyens, il est mal armé pour prévenir et lutter contre les problèmes de santé liés à l'exclusion. Il est relativement coupé du système de prévention et d'accompagnement sanitaire et social.

En outre, du fait d'une conjoncture peu favorable, la lutte contre les facteurs d'exclusion et les problèmes qui en découlent devient à la fois socialement nécessaire et économiquement difficile. Aussi, la mise en cohérence des moyens disponibles doit être recherchée.

En effet, l'amélioration de la qualité de vie des personnes les plus démunies ne passe pas par le développement quantitatif de structures hospitalières mais par le développement qualitatif du système, c'est-à-dire par :

- Une meilleure organisation entre le monde sanitaire et le monde socio-sanitaire,
- Une articulation renforcée de la prévention et des dispositifs sociaux
- Une meilleure information des patients et des médecins.

L'UPIDF considère que le système actuel de prise en charge des personnes les plus démunies pose 3 problèmes :

- 1- Une vision trop hospitalo-centriste de la prise en charge de l'exclusion par les pouvoirs publics ;
- 2- L'interruption fréquente des droits pour les personnes marginalisées ;
- 3- La pluralité des interlocuteurs sociaux.

2. Médecine libérale et accès aux soins des plus démunis

Acteurs de santé publique, les médecins libéraux souhaitent être impliqués dans le projet de prévention et de lutte contre l'exclusion.

Une fois définis la nature et le niveau de protection sociale, l'UPIDF estime que le patient doit pouvoir choisir librement l'accès au système de soins. Cela doit être d'autant plus vrai dans le cas de la prise en charge de la solidarité et des nouveaux besoins en matière de santé (exclusion et précarité). Il est important que les personnes les plus démunies n'aient pas à recourir à des fournisseurs de soins "spécialisés" dans l'exclusion et qu'elles conservent cette liberté de choix.

Dans ce sens, la Commission pose les principes suivants :

- > Rien ne peut se faire dans le domaine de l'accès aux soins sans la contribution des médecins libéraux ;
- > Les médecins libéraux peuvent identifier et permettre d'éviter les situations d'urgence sociale ;
- > Le respect de la dignité des plus démunis impose des solutions de droit commun plutôt que des dispositifs d'exception toujours stigmatisants.

3. Objectifs de L'Union dans le cadre de l'accès aux soins des plus démunis

L'UPIDF se donne pour objectifs :

- . De réfléchir avec les acteurs du monde sanitaire et social à des réponses plus pertinentes à ces nouveaux besoins en matière de santé
- . De promouvoir les actions des médecins libéraux d'Ile-de-France (cf journée sante publique de l'UP)
- . D'affirmer la nécessité d'une juste rémunération de ces actions

PRECONISATIONS DE L'UPIDF

L'UPIDF a mené une réflexion sur son positionnement à l'égard du projet de loi de prévention et de lutte contre l'exclusion. Elle note l'importance des aspects suivants :

1- Unification des droits d'accès

L'accès aux soins est un droit fondamental. Mais, ils s'exerce trop souvent dans le cadre de dispositifs d'exception (cartes locales différentes d'un département à l'autre). Ces dispositifs présentent l'énorme avantage de permettre au patient de ne pas recourir à des fournisseurs de soins "spécialisés" dans l'exclusion. Mais ils limitent paradoxalement l'accès aux soins de ceux qui en bénéficient lorsqu'ils se font soigner dans un autre département.

L'UPIDF préconise une harmonisation qui viserait à mettre en oeuvre à la place des diverses cartes (type Paris-Santé) un système centralisateur pour :

- . Permettre l'accès aux soins aux personnes les plus démunies partout en Ile-de-France
- . Simplifier les mécanismes d'aide aux personnes en situation d'exclusion
- . Rendre ces dispositifs plus égalitaires entre les départements franciliens

Parallèlement, l'UPIDF est favorable à l'abandon du système d'aide médicale dont les mécanismes sont stigmatisants et complexes.

2- Valorisation des structures existantes et peut-être sous utilisées

Les médecins libéraux d'Ile-de-France refusent d'accepter l'exclusion comme une fatalité. Ils le démontrent par les actions locales qu'ils développent. L'UPIDF estime qu'il est souhaitable de favoriser la proximité, au lieu de créer des structures supplémentaires (tels que les UHM) en encourageant et en développant :

- . L'existence de structures d'évaluation et de prise en charge des situations d'exclusion déjà présentes sur le terrain : médecine de ville, associations, médecine scolaire et médecine du travail. Le développement d'une plus grande collaboration entre elles est souhaitable. Il pourrait être réalisable d'encourager les accords avec les organismes locaux pour mettre en oeuvre des mesures de prévention, de soins, d'éducation à l'hygiène exécutées avec le concours des professionnels de santé locaux en faveur des personnes en situation de précarité.
- . Les centres de santé qui offrent l'avantage de la proximité, d'une prise en charge globale c'est-à-dire médicale, sociale et psychologique. Ils permettent d'accroître le degré d'insertion sociale des personnes exclues en les intégrant de nouveau dans un réseau médico-social et en limitant leur isolement. Les médecins libéraux de quartier devraient pouvoir y exercer leur activité, en bénéficiant de l'ingénierie sociale disponible dans ces centres.

Il faut éviter que l'hôpital ne devienne un fournisseur de soins "spécialisés" dans l'exclusion. Or, le projet de loi semble pérenniser l'idée que l'hôpital est le seul lieu possible de prise en charge des soins aux plus démunis. Force est de constater que cette prise en charge peut conduire à des situations inefficaces (dérive des consultations aux urgences). Cette vision très hospitalo-centriste fait craindre un retour en arrière de la place de l'hôpital dans la Société.

3- Accès simplifié à l'information sociale

Il est nécessaire de simplifier au maximum les procédures pour que médecins libéraux et acteurs sociaux puissent mettre en oeuvre leurs complémentarités dans le champ sanitaire et social. Des procédures simples devraient permettre aux médecins libéraux d'intervenir en amont pour empêcher qu'une situation de précarité se pérennise.

L'UPIDF propose que soit mis en place un numéro vert accessible aux médecins libéraux franciliens. Les services liés à ce numéro seraient de fournir des renseignements sur :

- 1- Les problèmes d'accès aux soins ;
- 2- Les actions à entreprendre pour régulariser une situation ;
- 3- Le service social à contacter pour entreprendre ces actions.

Actuellement, les interruptions de droits, la multiplication des interlocuteurs sociaux, le turn-over des travailleurs sociaux limitent les possibilités d'intervention du médecin libéral et tendent à accentuer les problèmes de préservation du secret médical.

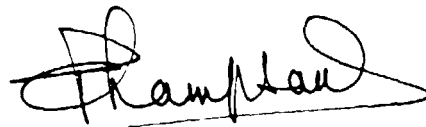
PARIS, le 27 Avril 1998
N° 44/A001

Monsieur le Député,

Dans le cadre de la mission qui vous a été confiée par le gouvernement, vous avez souhaité recueillir l'avis de l'INSEE sur la mise en place d'une couverture maladie universelle.

En réponse à votre demande vous trouverez ci-joint, une note présentant une analyse des informations disponibles sur l'accès effectif des ménages aux soins.

Je reste à votre disposition pour vous apporter les compléments que vous jugeriez utiles et vous prie d'agréer, Monsieur le Député, l'expression de ma considération distinguée.



Paul CHAMPSAUR

Monsieur Jean-Claude BOULARD
Député chargé de la mission de concertation
et de propositions sur la CMU
Assemblée Nationale
Palais BOURBON
126, rue de l'Université

75355 PARIS CEDEX 7

Dossier suivi par :
Ronan MAHIEU
Tél. : 33 (1) 41 17 77 31
Fax : 33 (1) 41 17 60 45

Malakoff, le 7 avril 1998
N°15/G211

Objet : La couverture maladie universelle

Constituée à l'origine sur une base exclusivement professionnelle, l'assurance maladie a vu sa couverture s'élargir peu à peu par la création et le maintien de droits multiples toutefois aujourd'hui encore, l'universalité en matière d'accès aux soins n'est acquise on peut distinguer deux types de difficultés :

d'une part, il reste encore un nombre limité de personnes (moins de 1% de la population qui ne sont pas couvertes par la Sécurité Sociale, soit qu'aucune disposition législative ou réglementaire ne leur garantisse le droit à une couverture sociale, soit que dans une situation transitoire entre deux affiliations elles éprouvent des difficultés à faire valoir leurs droits auprès des caisses de Sécurité Sociale concernées. Ces difficultés sont naturellement plus fortes dans un contexte de mobilité professionnelle et sociale accorde les transitions entre deux emplois, via le chômage ou non, ou bien la transition études emploi, occasionnent souvent des délais d'affiliation qui peuvent s'avérer préjudiciables à l'accès aux soins des personnes concernées.

d'autre part, il demeure des obstacles financiers (ticket modérateur, existence d'un secteur conventionné à honoraires libres) qui restreignent de facto l'accès aux soins pour ceux qui n'ont pas les moyens de souscrire une assurance complémentaire.

Les mesures prises pour garantir l'accès aux soins aux plus démunis (exonération du ticket modérateur, thiers payant) ont l'inconvénient de créer des effets de seuil importants élément qui doit être pris en compte dans le débat sur les trappes à pauvreté.

En outre, les modalités d'obtention de l'aide médicale ne répondent pas au problème grandissant de la sous-couverture des ménages ayant des revenus certes faibles mais néanmoins supérieurs aux seuils légaux d'attribution.

La généralisation de la couverture complémentaire, qui a répondu au désengagement progressif de la Sécurité Sociale, a accentué les disparités, non seulement entre ceux qui en bénéficient et ceux qui n'en bénéficient pas, mais aussi entre les différentes catégories d'assurés bénéficiant d'une couverture complémentaire. Toutefois, l'absence de couverture complémentaire résulte parfois d'un choix délibéré de la part de personnes ayant une faible aversion au risque.

1. Grâce aux mesures successives de généralisation, plus de 99% de la population dispose aujourd'hui d'une couverture maladie.

L'ordonnance du 4 octobre 1945 a créé un système d'assurance-maladie reposant sur une logique bismarckienne d'assurance professionnelle, essentiellement financé par des cotisations sociales. La volonté de garantir un accès aux soins au plus grand nombre a entraîné des mesures successives de généralisation qui permettent aujourd'hui au système d'atteindre la quasi-universalité. Toutefois, les évolutions de long terme du marché du travail ont fragilisé le système et impliqué une rupture progressive avec la logique professionnelle, tant en ce qui concerne l'équilibre financier que l'accès aux soins. La fiscalisation progressive du financement de l'assurance-maladie (via le report presque total des cotisations salariales sur la CSG) tente de résoudre le premier problème. La question de l'accès aux soins est au coeur du débat sur l'instauration d'une Assurance-Maladie Universelle (AMU) qui serait accordée sur un simple critère de résidence, dans une logique cette fois nettement Beveridgienne.

L'introduction dès 1945 de la notion d'ayant-droit a permis d'étendre massivement la couverture maladie. Au cours des années 1970 et 1980, la logique professionnelle a été assouplie afin de prendre en compte la montée du chômage depuis 1982, les chômeurs non indemnisés à la recherche d'un emploi voient ainsi leurs droits maintenus pour une durée illimitée.

Néanmoins, malgré ces mesures, le maintien de lacunes importantes (essentiellement des personnes n'ayant jamais travaillé et ayant perdu la qualité d'ayant-droit d'un actif : personnes veuves ou divorcées, primodemandeurs d'emploi ne dépendant plus de leurs parents...) a motivé la création de **l'assurance personnelle** en 1978. Aux termes de cette loi, toute personne ne relevant pas d'un régime professionnel avait la possibilité (mais non l'obligation) de souscrire l'assurance personnelle. Le coût élevé de la cotisation (au minimum 13180 francs annuellement en 1996) était toutefois un obstacle de taille à l'adhésion.

Peuvent maintenant bénéficier d'une affiliation **gratuite** à l'assurance personnelle :

- . les personnes admises au bénéfice de l'aide médicale¹ (cotisation prise en charge intégralement par le régime de prestations familiales) et les personnes à leur charge qui n'ont pas droit à un titre quelconque aux prestations en nature d'un régime obligatoire d'assurance maladie ;
- . les titulaires du RMI ;
- . les jeunes de 17 à 25 ans satisfaisant aux conditions de ressources et de résidence en France ;
- . les personnes titulaires de l'allocation de veuvage et n'ayant pas droit à un titre quelconque aux prestations en nature d'un régime obligatoire d'assurance maladie maternité.

L'évaluation **numérique** de la population ne bénéficiant pas d'une couverture maladie est assez difficile : d'une part, les statistiques des caisses d'assurance maladie sont insuffisamment précises (les décès ne sont pas systématiquement répertoriés, il y a des personnes affiliées à plusieurs caisses), d'autre part les enquêtes « Ménages » de l'INSEE ou du CREDES tendent à sous-estimer les populations en situation de précarité, qui souffrent plus que les autres d'un défaut de couverture.

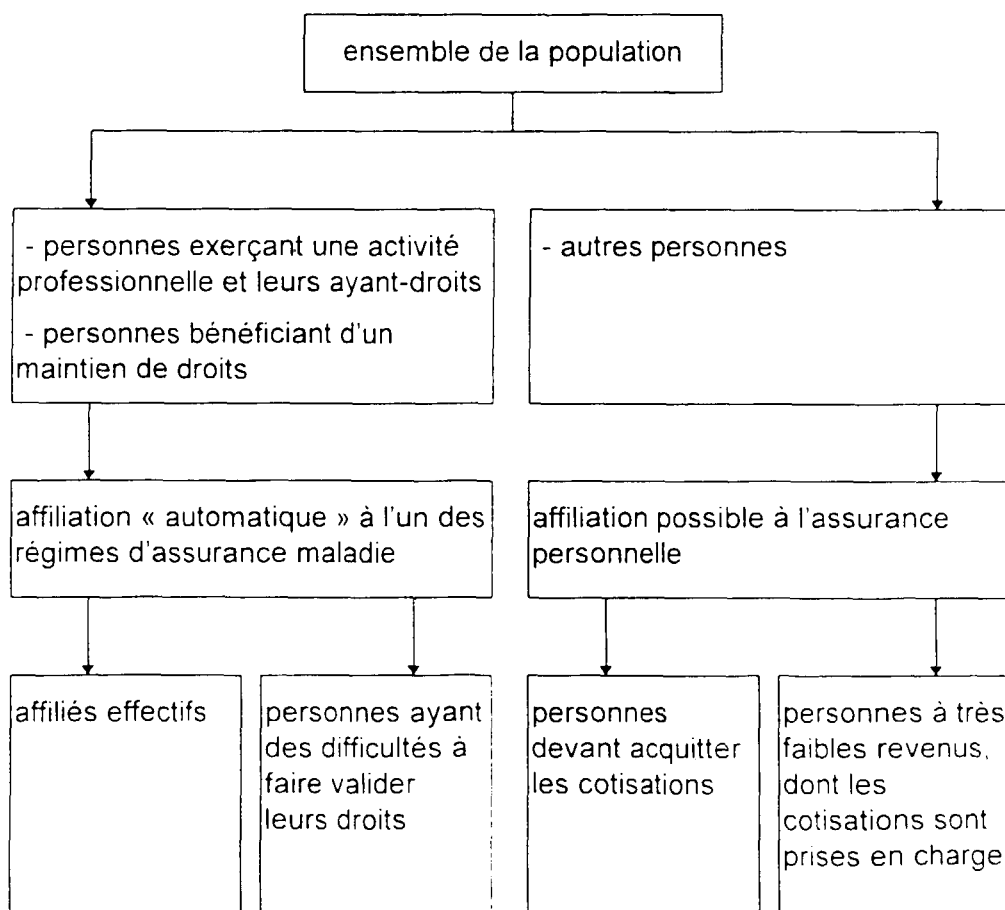
¹ L'aide médicale gratuite, accordée au niveau départemental a vocation à garantir une couverture maladie suffisante aux plus démunis. Soumise à conditions de revenus, elle finance les cotisations à l'assurance personnelle des personnes ne relevant pas d'un régime professionnel, et assure à tous ses bénéficiaires une couverture complémentaire.

Selon les résultats de l'enquête sur la santé et les soins médicaux de 1991, approximativement 0,7% de la population résidente ne bénéficierait pas d'une couverture maladie. Une fraction de cette sous-population bénéficierait en réalité d'une couverture fournie non pas par la Sécurité Sociale, mais par l'aide médicale. Mormiche (1995) retient donc, pour la proportion des personnes non couvertes, le chiffre de 0,3%, ce qui représente environ 150 000 personnes

2. Les personnes non couvertes sont essentiellement des personnes n'ayant jamais exercé d'activité professionnelle, ou qui se trouvent dans une situation transitoire entre deux affiliations

Le graphique 1 illustre schématiquement les différentes situations possibles. Les mesures de généralisation décrites ci-dessus n'ont pas empêché que certaines catégories particulières demeurent non couvertes par les dispositions législatives et réglementaires actuelles : dans ce cas, la seule solution serait l'adhésion à l'assurance personnelle, mais son coût est généralement prohibitif pour les personnes qui ne peuvent prétendre à l'aide médicale.

Graphique 1. les différentes situations par rapport à la couverture maladie de base



On peut citer ainsi l'exemple de personnes divorcées ne bénéficiant pas d'un régime obligatoire (parce que n'ayant jamais travaillé) mais dont les revenus (provenant par exemple

du versement d'une pension alimentaire) leur interdisent le bénéfice de l'aide médicale. Certains primodemandeurs d'emploi âgés d'au moins 17 ans et ayant perdu la qualité d'ayant-droit de leurs parents sont dans une situation analogue

La persistance d'une absence totale de couverture sociale pour une partie de la population trouve pourtant sa source moins dans des restrictions juridiques que dans les difficultés de changement d'affiliation (femmes divorcées, chômeurs en fin de droits, etc.)

Le principal obstacle auquel peuvent se heurter les personnes souhaitant faire valoir leurs droits est en effet l'inadéquation croissante de l'organisation en régimes professionnels à une société mobile dans laquelle les transitions entre secteurs d'activité sont de plus en plus courantes. La transition entre études et emploi (qui peut être directe, mais aussi recouvrir des périodes de chômage ou des stages au statut mal défini) peut également s'avérer délicate pour la validation des droits à une couverture sociale.

Dans ce genre de contexte, même si la couverture maladie est juridiquement garantie, la lenteur des procédures mises en oeuvre par les caisses pour vérifier que le demandeur n'a pas ouvert de droits ailleurs induit des délais d'affiliation et une discontinuité des droits parfois préjudiciables à l'accès aux soins.

Les opérations de vérification des droits ont un coût sans rapport avec les économies qu'elles procurent : selon une étude de l'ENA publiée en 1996, les directeurs des caisses primaires estiment que ces opérations mobilisent un effectif voisin de 14 000 agents. En 1992, le comité central d'évaluation des coûts et des rendements du service public chiffrait à environ 63,6 millions de francs les coûts directement liés au contrôle de l'ouverture des droits des allocataires du RMI pour une économie réalisée (correspondant au montant des prestations qui auraient sans cela été indûment versées) de 11 461,85 francs.

En principe, l'introduction d'une assurance universelle, dont le critère d'attribution serait la résidence et non plus le statut professionnel, serait susceptible de permettre des économies substantielles. En théorie, une assurance universelle implique une gestion unique. Se pose toutefois en pratique le problème de l'articulation d'une assurance universelle avec l'architecture professionnelle du système actuel : garantir une assurance universelle implique de définir auprès de quelle caisse les nouveaux assurés seront affiliés, voire plus radicalement de définir un mode de gestion unique (avec des taux de cotisation et de remboursement uniformisés).

3. L'ouverture des droits à tous les résidents laisse intactes les disparités en matière de couverture complémentaire

L'universalité de la couverture maladie n'est pas acquise du seul fait de l'ouverture des droits à la totalité de la population résidente.

D'abord, parmi certaines populations très défavorisées (sans domicile fixe notamment), des difficultés d'ordre psychologique peuvent conduire à renoncer, non seulement aux démarches administratives actuellement indispensables pour faire valoir des droits, mais encore aux consultations médicales.

Outre ces barrières très difficiles à contourner, des obstacles **financiers** demeurent : l'avance de frais et les mécanismes de participation financière des assurés sont difficilement supportables pour les plus modestes. Il s'agit bien sur des soins dentaires et des frais de

lunetterie, extrêmement mal remboursés, mais aussi du ticket modérateur (coût annuel moyen de 1206 francs par assuré) et du forfait hospitalier (113 francs en moyenne²). La souscription d'une assurance complémentaire est coûteuse pour les ménages à faibles revenus (cf infra).

L'aide médicale garantit le bénéfice du tiers payant, la prise en charge des cotisations à l'assurance personnelle, du ticket modérateur et du forfait journalier. Outre les bénéficiaires expressément prévus par la loi (cf ci-dessus), l'aide médicale gratuite peut être étendue à des cas individuels sous conditions de ressources. Le seuil correspondant est fixé au niveau départemental.

3.1 Aide médicale et trappes à pauvreté

Ce système induit un **effet de seuil** très marqué pour les ménages peu fortunés, mais dont le revenu excède le seuil légal. Le seuil est par exemple généralement inférieur au revenu d'un célibataire sans enfants et occupant un emploi à mi-temps et rémunéré au SMIC horaire. La souscription d'une assurance complémentaire et l'avance de frais sont alors une charge très lourde.

Ce problème est d'autant plus aigu que les personnes situées dans cette tranche de revenus occupent généralement des emplois qui ne permettent pas l'accès à des contrats d'entreprise, moins coûteux parce que subventionnés par l'employeur. **L'assurance maladie est donc un élément à prendre en compte dans le débat sur les trappes à pauvreté** (rapport Joint-Lambert, 1998).

3.2 Des disparités géographiques extrêmes

Ce système engendre aussi des **disparités** entre départements. Le seuil d'attribution de l'aide médicale est ainsi :

- inférieur au RMI dans 51% des départements (soit 2138 francs par mois pour une personne seule au 1er janvier 1998, déduction faite du forfait logement) ;
- compris entre le RMI et le minimum vieillesse dans 16% des départements (3471 francs par mois pour une personne seule au 1er janvier 1998) ;
- supérieur ou égal au minimum vieillesse ailleurs. Le coût des soins dans un département comme Paris (surreprésentation des médecins du secteur 2) explique peut-être que le seuil y soit plus élevé.

Ces disparités géographiques induisent des inégalités individuelles puisque, à revenu et situation familiale identiques, un individu bénéficiera d'avantages très variables suivant son lieu d'habitation ou son lieu de travail sur le territoire national.

La Direction de la Sécurité Sociale a envisagé plusieurs mesures : d'abord accroître la prise en charge du ticket modérateur, par exemple en relevant les seuils d'exonération au niveau du minimum vieillesse (*une telle mesure ne résoudrait cependant pas le problème de l'effet de seuil...*). La gratuité des soins serait alors acquise pour 5.6 millions de personnes. ce qui signifierait un surcoût d'environ 5 milliards de francs. Ce chiffre serait toutefois surévalué parce qu'il comptabilise les impayés des personnes insolvables qui ne bénéficient pas de l'aide médicale, qui sont en pratique déjà à la charge du régime général.

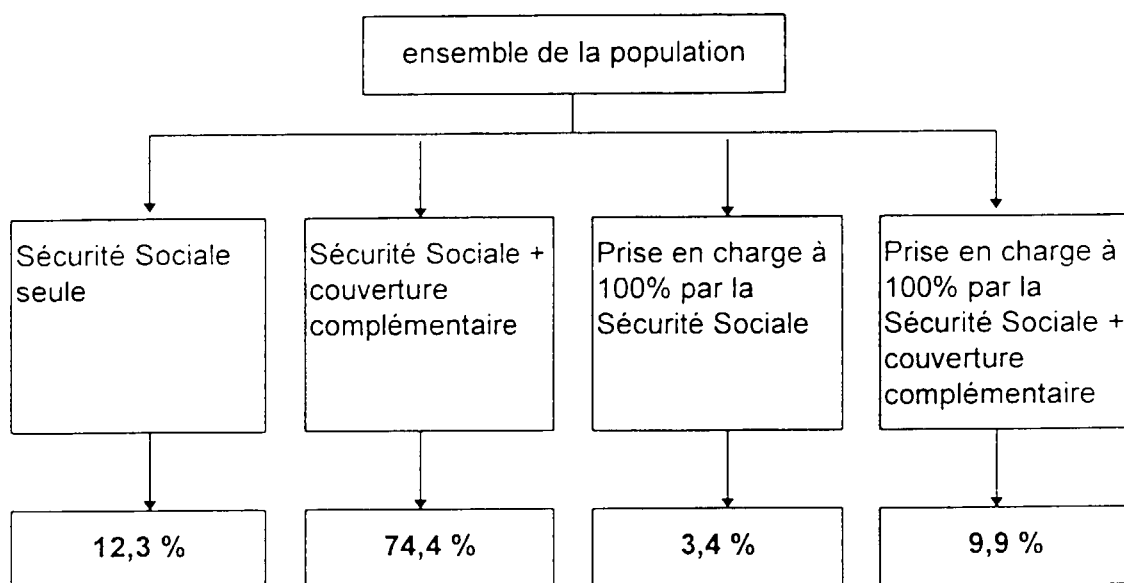
² Ces chiffres sont à considérer avec précaution, puisque seule une minorité des résidents subit par exemple une hospitalisation dans l'année. Le coût moyen du forfait hospitalier pour une personne ayant effectivement été hospitalisée est donc nettement supérieur.

Une autre mesure envisageable consisterait à généraliser le tiers payant sous conditions de ressources ; son coût éventuel est toutefois difficile à apprécier³

4. Caractéristiques de la couverture complémentaire

La couverture complémentaire est aujourd'hui largement répandue puisque 84% des résidents (86% des Français et 50% des étrangers) étaient couverts par une assurance complémentaire maladie en 1996, contre seulement 69% en 1980 (cf graphique 2).

Graphique 2 : la couverture complémentaire des assurés sociaux⁴
Source : Blanpain et Pan Ke Shon (1997)



Le désengagement progressif de la Sécurité Sociale (cf tableau 1) explique un recours accru à l'assurance complémentaire. Il ne semble pas néanmoins que la croissance de la part de marché des différents organismes d'assurance complémentaire (mutuelles, organismes de prévoyance, assurances privées) ait été suffisante pour éviter une progression des dépenses à la charge des ménages

³ Une évaluation (extrêmement approximative...) des dépenses montre que la généralisation de la couverture complémentaire est potentiellement beaucoup plus coûteuse que le simple octroi de la couverture maladie à l'ensemble des résidents.

En effet, si l'on retient le chiffre de 0,3% pour la part de la population dépourvue de toute couverture, la généralisation de la couverture de pourrait entraîner une hausse de 0,3% des 600 milliards de dépenses de l'assurance maladie, soit 1,8 milliard de francs.

Par contre, la généralisation de la couverture complémentaire aux 15,7% qui en sont dépourvus signifie a priori (puisque les organismes d'assurance complémentaire prennent en charge 93 milliards de francs) une hausse des dépenses de plus de 17 milliards de francs.

Même si ces chiffres ne sont qu'indicatifs, ils montrent bien que l'impact financier des deux mesures n'est pas comparable.

⁴ La prise en charge à 100% est accordée notamment aux personnes souffrant d'une ALD (affection de longue durée), mais elle ne concerne que les traitements liés à cette affection, ce qui justifie la souscription d'une complémentaire chez la plupart des personnes prises en charge à 100%.

*Tableau 1 : Financement de la Dépense Nationale Courante de Santé (DNCS) en %
Source: Base Eco-Santé France 1997 du CREDES*

	1980	1985	1992	1996
Financement public	80,2	78,4	76,0	75,0
- dont Sécurité Sociale	74,3	73,2	72,3	71,3
Financement privé	18,4	20,2	22,7	23,6
- dont mutuelles	5,1	5,4	6,5	7,4
- dont assurances privées	-	-	2,6	2,7
- dont institutions de prévoyance	-	-	1,1	1,5
- dont ménages	-	-	12,5	12,1

NB : le total est inférieur à 100 car on ne prend pas en compte les dépenses de médecine préventive, médecine du travail et recherche médicale.

Le taux de couverture par une assurance complémentaire croît régulièrement avec le revenu : de 61,5% pour les ménages dont le revenu annuel n'excède pas 45 000 francs, il passe à 93,7% pour les ménages dont le revenu annuel est supérieur à 180 000 F

Avant leur majorité la plupart des jeunes bénéficient d'une couverture complémentaire en tant qu'ayant-droits de leurs parents. Le taux de couverture par une assurance complémentaire chute alors pour ensuite croître tout au long de la carrière professionnelle.

Tableau 2 : Bénéficiaires d'une assurance complémentaire maladie selon l'âge

Âge	0-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-64 ans	65-69 ans	70 ans et plus
Taux de couverture (%)	84,9	73,9	81,8	85,6	89,7	82,9

Source : Mormiche (1995)

On observe toutefois une chute du taux de couverture après 70 ans, alors même que les besoins augmentent. Ce chiffre doit être relativisé en raison de la part importante de personnes âgées (34,7%) bénéficiant d'une prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale, souvent au titre d'une affection de longue durée (ALD). De plus, il subsiste un effet de génération marqué aux âges élevés, puisque ces populations, âgées de 20 ans et plus lors de la création de la Sécurité Sociale, ressentent moins que les générations suivantes le besoin d'une protection très complète.

Cependant, nombreuses sont les personnes âgées qui, même lorsqu'elles sont prises en charge à 100%, conservent une assurance complémentaire au champ de prestations plus étendu. Il reste en définitive tout de même 8% des plus de 70 ans qui ne bénéficient ni d'une assurance complémentaire, ni d'une prise en charge à 100%

Les jeunes sont relativement bien couverts durant leurs études (notamment parce qu'ils bénéficient soit de la couverture parentale, soit de mutuelles très peu coûteuses puisque ciblées sur des populations dont le risque santé est faible). Les actifs occupés et les retraités bénéficient également d'une bonne protection.

Tableau 3 : Bénéficiaires d'une assurance complémentaire maladie selon l'occupation

<i>Occupation</i>	<i>Actif occupé</i>	<i>Chômeur</i>	<i>Etudiant</i>	<i>Retraité</i>	<i>Au foyer</i>
<i>Taux de couverture (%)</i>	89,0	60,6	84,1	86,8	78,0

Source : Mormiche (1995)

Le tableau 3 montre combien le degré de couverture est lié à l'exercice d'une activité professionnelle, puisque les inactifs et surtout les chômeurs sont relativement peu couverts. A revenu égal, un chômeur a moins facilement accès aux dispositifs d'assurance complémentaire qu'un actif ayant un emploi. En particulier, il n'a pas accès aux contrats d'entreprise - aux prestations souvent généreuses - relativement bon marché parce que subventionnés par un employeur. Ne reste alors que la possibilité de souscrire une assurance complémentaire individuelle, souvent beaucoup plus coûteuse.

La population des 20-25 ans est, on l'avu, la tranche d'âge la moins bien protégée (73,9%). Toutefois, une part importante de cette population est encore étudiante et à ce titre en moyenne bien couverte. C'est en fait la sous-population des jeunes adultes débutant leur vie active, très touchée par le chômage, que l'absence de couverture complémentaire concerne le plus.

Des contrats collectifs plus avantageux

La coexistence de contrats individuels avec des contrats collectifs est un puissant facteurs d'inégalités, dans la mesure où les contrats d'entreprise sont naturellement inaccessibles aux chômeurs, mais également à la plupart des personnes occupant des emplois à temps partiel ou dans des petites entreprises, qui tendent à se concentrer dans les tranches à faible revenu.

En général, les contrats collectifs exigent des primes moins chères que les contrats individuels, et quant ce n'est pas le cas, ils offrent des prestations de qualité largement supérieure (couverture plus étendue des frais dentaires et optiques, prise en charge de tout ou partie des dépassements des médecins conventionnés à honoraires libres). Les salariés de l'Etat ont plus souvent la possibilité de souscrire un contrat de groupe que ceux du privé, mais l'étendue de la couverture est en général plus faible dans le public que dans le privé.

Le choix de ne pas souscrire une complémentaire

Il faut néanmoins garder à l'esprit que l'absence de couverture complémentaire peut dans certains cas résulter d'un choix délibéré et non d'une contrainte financière. A cet égard, il convient de noter qu'au delà d'un revenu mensuel de 7 000 F par unité de consommation (cf annexe), il demeure un seuil « incompressible » de 7% de la population qui ne bénéficie ni d'une couverture complémentaire ni d'une prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale. Ce choix peut être notamment celui de personnes ayant une aversion au risque relativement faible des célibataires⁵, des personnes jeunes⁶ dont le risque santé est faible.

⁵ En 1996, le taux de souscription d'une couverture complémentaire valait 79,8% pour les personnes seules et 90,9% pour les couples avec deux enfants (Blanpain et al., 1997)

⁶ En 1996, le taux de souscription d'une couverture complémentaire des 25-29 ans était inférieur de 8 points à celui des 65-69 ans (Blanpain et al., 1997).

5. Conclusion

La logique professionnelle fondatrice de notre système d'assurance maladie, qui a déjà subi depuis une vingtaine d'années de nombreuses entorses, semble de moins en moins adaptée à l'évolution actuelle de notre société. Dans un contexte de chômage élevé et de mobilité professionnelle accrue, l'octroi de la couverture maladie de base sur simple condition de résidence répondrait certes à des considérations d'équité en faveur des quelques milliers de personnes encore dépourvues, mais pourrait permettre également de substantielles économies de gestion via la simplification des procédures d'affiliation.

L'accès **effectif** aux soins des ménages les moins aisés n'en serait pour autant pas garanti car les contrats d'assurance complémentaire offrant le meilleur rapport qualité-prix sont le plus souvent proposés dans un cadre professionnel (mutuelles, etc.). La couverture complémentaire est donc logiquement moins répandue et de moins bonne qualité parmi les populations de chômeurs ou de personnes exerçant une activité intérimaire ou à temps partiel. L'absence de couverture complémentaire peut ainsi constituer un réel obstacle à l'accès aux soins de certaines personnes.

Mais l'absence de couverture complémentaire peut aussi résulter d'un choix délibéré, puisqu'elle concerne tout de même 7% des ménages dont le revenu mensuel par unité de consommation excède 13 000 francs... L'uniformisation de la couverture complémentaire ne paraît donc guère opportune.

Bibliographie

BLANPAIN Nathalie, PAN KE SHON Jean-Louis, L'assurance complémentaire maladie : une diffusion encore inégale, *INSEE Première n°523, juin 1997*.

ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION, La mise en oeuvre du régime universel d'assurance maladie, *Séminaire de questions sociales, avril 1996*.

JOINT-LAMBERT Marie-Thérèse, Rapport de mission sur les problèmes soulevés par les mouvements des chômeurs en France fin 1997-début 1998, *1998*.

LIAISONS SOCIALES, Mémo social 98, *janvier 1998*

MORMICHE Pierre, L'accès aux soins : évolution des inégalités entre 1980 et 1991, *Economie et Statistique n°282, 1995*.

SOUBIE R., PORTOS J.L., PRIEUR CH., Livre Blanc sur le système de santé et d'assurance maladie, *Paris, La documentation française, 1994*

Annexes

Les personnes mal assurées selon le revenu du ménage en 1991⁷

<i>Revenu mensuel par unité de consommation (échelle d'Oxford)</i>	<i>Part de cette catégorie de revenus dans la population totale (en %)</i>	<i>Proportion de personnes mal assurées dans cette catégorie de revenus (en %)</i>
Moins de 2 700 F	16,1	30,4
2 700 à 3 039 F	10,5	16,2
3 040 à 3 699 F	12,0	13,0
3 700 à 4 799 F	14,9	10,0
4 888 à 6 199 F	17,5	8,9
6 200 à 8 199 F	14,7	7,2
8 200 à 12 999 F	9,8	7,4
13 000 F et plus	4,5	7,0
Ensemble	100	13,9

Source : Mormiche (1995)

Les personnes mal assurées selon l'âge de la personne de référence du ménage en 1991

<i>Âge de la personne de référence</i>	<i>1980</i>	<i>1991</i>
Moins de 25 ans	29,3	25,3
25 à 29 ans	19,8	15,4
30 à 34 ans	18,4	13,7
35 à 39 ans	18,3	12,7
40 à 49 ans	25,8	14,3
50 à 59 ans	26,6	13,5
60 à 64 ans	24,9	13,5
65 à 74 ans	25,4	11,5
75 ans et plus	34,5	12,4

Source : Mormiche (1995)

Répartition des individus selon le milieu social et la couverture maladie

<i>Milieu social</i>	<i>Sécurité Sociale Seule</i>		<i>Sécurité Sociale + couverture complémentaire</i>		<i>Sécurité Sociale 100%</i>	
	<i>1980</i>	<i>1991</i>	<i>1980</i>	<i>1991</i>	<i>1980</i>	<i>1991</i>
Agriculteurs	37,0	13,3	51,5	71,2	10,8	14,6
Commerçants, artisans	27,8	12,8	65,4	76,3	5,0	9,4
Cadres	14,7	8,0	79,6	85,2	4,7	6,0
Professions intermédiaires	13,2	7,3	80,3	85,1	5,9	7,2
Employés	15,5	12,1	74,2	74,4	9,8	12,9
Ouvriers	25,8	17,4	61,3	70,6	11,8	11,5
Ensemble	23,2	13,0	66,0	76,2	9,7	10,1

Source : Mormiche (1995)

⁷ Les personnes mal assurées sont définies comme celles n'ayant pas de couverture complémentaire et ne bénéficiant pas d'une prise en charge à 100% de la part de la Sécurité Sociale.

Consommations de soins des ménages ayant les plus faibles revenus
Indices à sexe et âge comparables

Lecture : pour chaque type de soins, la consommation moyenne (tous revenus confondus) est normalisée à 100. Ainsi, en 1980, à classes de sexe et d'âge identiques, un individu appartenant aux 16% de ménages les plus modestes dépensait 19,4% (=100-80,6) de moins que la moyenne en soins de médecins. En 1991, l'écart s'était accru jusqu'à atteindre 34,1% (=100-65,9).

Type de consommation	Les 16% les plus modestes		Les 38,5% les plus modestes	
	1980	1991	1980	1991
Séances de médecins	86,2	81,1	90,0	89,7
- dont généralistes	97,7	90,3	98,1	99,1
- dont spécialistes	57,0	61,4	70,0	71,5
Séances de dentistes	76,6	76,5	82,3	80,9
Séances préventives	72,6	70,5	80,1	83,6
Débours médecins	80,6	65,9	83,6	77,3
Débours dentistes	68,7	59,1	73,5	56,5

Source : Mormiche (1995)

Assurance complémentaire maladie et prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale

Personne bénéficiaire	0-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-64 ans	65-69 ans	70 ans et plus	ensemble
1. D'au moins une complémentaire maladie	84,9	73,9	81,8	85,6	89,7	82,9	84,3
2. D'une prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale	-	2,5	4,0	10,3	26,7	34,7	13,3
3. Dont prise en charge à 100% sans complémentaire maladie	-	1,4	0,9	2,8	4,7	8,9	3,4
4. Dont prise en charge à 100% et complémentaire maladie	-	1,1	3,1	7,5	22,0	25,8	9,9
5. Total assurance complémentaire ou prise en charge	-	75,3	82,7	88,4	94,4	91,8	87,7

Source : Blanpain et Pan Ke Shon (1997)