

Afin de favoriser l'accès aux soins à un plus grand nombre, l'Etat à mis en place différents mécanismes de solidarité, à l'image de la CMUC et de l'ACS. Des aides et garanties encore peu utilisées par les entreprises et les branches.

CMUC ET ACS

Des avantages encore mal connus



SYLVAIN A. ROUSSEAU
actuaire en protection sociale

Si vous souhaitez contribuer à la rubrique "Droit & technique", vous pouvez contacter Géraldine Bruguière-Fontenille (chef de rubrique) : gbruguiere@profideo.com

En France, l'Assurance maladie s'est construite progressivement depuis 1885 – au travers du programme du parti radical de Clémenceau – sur deux principes fondamentaux : l'égalité d'accès aux soins et leur qualité. Pour poursuivre ce principe, divers mécanismes de solidarité existent aujourd'hui, notamment un financement en fonction du niveau de salaire et des cas de couverture gratuite : couverture maladie universelle (CMU) et aide médicale de l'Etat.

Si l'Assurance maladie couvre très bien les risques lourds (hospitalisation pour risques importants) et les affections longue durée (9,5 millions de bénéficiaires en 2012), une part significative des frais de santé reste à la charge de ses bénéficiaires. La complémentaire santé demeure donc un élément important de la protection sociale. Bien que son impact dans le financement global soit limité (13 % à comparer à 75,5 % pour la Sécurité sociale), 40 à 50 % des dépenses de santé des actifs sont pris en charge par l'organisme complémentaire (OC) : institution de prévoyance, mutuelle ou compagnie d'assurance, laissant un reste à charge pour chaque bénéficiaire d'environ 10 % par an.

L'assurance permet, rappelons-le, une redistribution entre les souscripteurs du contrat d'assurance, et facilite l'accès aux soins. Sous réserve, bien entendu, d'être bénéficiaire d'un tel contrat. C'est l'une des raisons de la généralisation de la complémentaire santé, qui sera obligatoire pour tous les salariés à partir du 1^{er} janvier 2016.

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS

Mais encore faut-il avoir les moyens de se financer une couverture d'assurance santé complémentaire. Ainsi, pour faciliter l'accès à l'assurance, le législateur a organisé différentes solutions de redistribution.

On distingue deux modes de redistribution : la redistribution horizontale et la redistribution verticale. La redistribution horizontale consiste à partager des sommes mises en commun indépendamment du niveau de ressources. Le fait de mutualiser au sein d'une catégorie donnée les coûts de frais médicaux entre les personnes en bonne et en moins bonne santé en est un exemple. C'est également l'absence de sélection à l'entrée, ou les systèmes de gratuité au-delà du troisième enfant assuré. La redistribution verticale consiste, elle, à redistribuer entre des niveaux de revenus différents, des plus aisés vers ceux qui en ont besoin à l'instar de la redistribution des frais médicaux exercée par l'Assurance maladie obligatoire (les 10 % moins aisés paient vingt fois moins que les 10 % plus riches). Les dispositifs CMU (couverture maladie universelle), CMUc (couverture maladie universelle complémentaire), et ACS (aide à la complémentaire santé) font également partie des mécanismes de redistribution verticale.

Cependant le prix de la complémentaire santé est rarement fonction du revenu : en assurance individuelle, le montant est fixe et révisable annuellement et en assurance collective, la cotisation est le plus souvent exprimée en pourcentage du plafond annuel Sécurité sociale et révisable chaque année. Seules quelques entre-

Pour faciliter l'accès à l'a, le législateur a organisé différentes solutions de redistribution : la redistribution horizontale et la redistribution verticale.

prises et conventions collectives (environ 10 %) ont mis en place des contributions santé en fonction du salaire, les organismes complémentaires poussant le plus souvent vers un régime dont le financement est exprimé en pourcentage du plafond annuel Sécurité sociale, dans l'objet d'une revalorisation annuelle, diminuant ainsi le niveau apparent de l'augmentation à demander en cas de dérive du contrat.

DES AIDES DE L'ÉTAT SOUS CONDITIONS

C'est le 1^{er} janvier 2000 que la couverture maladie universelle pour l'Assurance maladie a été mise en place, accompagnée de la couverture maladie universelle dite complémentaire (CMUc). La CMUc est accessible aux personnes non couvertes par le régime d'Assurance maladie par leur travail ou en tant qu'ayant droit. Actuellement, on dénombre 1,8 million de bénéficiaires de la CMU en France métropolitaine (hors DOM TOM). Ce dispositif est gratuit en dessous d'un certain niveau de revenu et payant au-delà (8 % du salaire net fiscal annuel au-dessus de 9 534 €, plafond déterminé sur le salaire net fiscal 2013 pour la période du 1^{er} octobre 2013 au 30 septembre 2014). Les critères d'accès à la CMUc et à la CMU sont distincts, mais les personnes qui ont accès à la CMUc et qui ne sont pas couvertes par leur activité actuelle ou antérieure bénéficient de la CMU à titre gratuit (de même pour les bénéficiaires de l'ACS et du revenu de solidarité active – RSA). La CMUc est gérée par la Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) ou par un organisme de complémentaire santé. Pour l'organisme complémentaire, les chèques santé reçus viennent en déduction de la taxe CMU collectée qui est reversée trimestriellement à l'Etat (taxe de 6,27 % sur les contrats santé). La CMUc est accessible sous conditions de ressources (dont les critères sont le salaire net fiscal et la composition du foyer fiscal). Les garanties de la CMUc sont de niveau moyen, et la couverture est gratuite. A noter cependant que certains corps médicaux ont tenté de se soustraire au dispositif de la CMU qui demande, pour le médecin, le respect des tarifs de secteur I (e.g. 23 € pour une consultation de généraliste).

La CMUc est gérée par les organismes complémentaires dans 15 % des cas. A noter que cette répartition est très variable selon les départements : de 2,3 % dans les Bouches-du-Rhône à 48,5 % dans la Drôme, hétérogénéité due à la tradition mutualiste, mais également à la communication des agents CPAM, lorsqu'est mis en avant l'avantage de souscrire un contrat avec un organisme complémentaire qui offre alors un contrat de sortie en remplacement de l'aide à la complémentaire santé pour 12 mois à des conditions privilégiées (i.e. garanties identiques pour un maximum de 370 € pour une personne seule avec une durée de 12 mois), qui est un avantage à choisir un organisme complémentaire.

PLAFOND DE RESSOURCES CMUC ET ACS *

Composition du foyer	CMUC	ACS
1 personne	8 644 €	11 670 €
2 personnes	12 967 €	17 505 €
3 personnes	15 560 €	21 006 €
4 personnes	18 153 €	24 507 €
Par personne supplémentaire	3 457,807 €	4 668,040 €

* Les plafonds sont augmentés de 11,3 % dans les DOM, hormis Mayotte où l'ACS n'est pas applicable.

Un autre dispositif de redistribution est celui de l'ACS (aide à la complémentaire santé) qui a été créée au 1^{er} janvier 2005, soit cinq ans après la CMUc. Du point de vue de l'aide financière directe, l'ACS consiste en une attestation chèque santé remise sous conditions de ressources (voir tableau ci-contre), à remettre dans les six mois après son émission à l'organisme assureur lors du choix de la police d'assurance, et qui vient en déduction de la prime à payer. L'ACS est à renouveler chaque année et procure également une attestation de tiers payant social (permettant au bénéficiaire de ne pas faire l'avance des montants remboursés par la Sécurité sociale, et de ne pas avoir de dépassements pour un certain nombre de frais) valable 18 mois. Le montant du chèque dépend de l'âge de chacun des membres du foyer fiscal :

Age du bénéficiaire au 1 ^{er} janvier	Montant du chèque santé ACS (par bénéficiaire)
Moins de 16 ans	100 €
De 16 à 49 ans	200 €
De 50 à 59 ans	350 €
A partir de 60 ans	550 €

DES DISPOSITIFS SOUS-UTILISÉS

La population cible est délicate à appréhender, car elle est évolutive, par exemple suite à l'augmentation des plafonds d'éligibilité. Le nombre de personnes qui auraient droit (hors DOM TOM) à la CMUc en 2013 a été estimé entre 5,3 et 6,3 millions (à comparer aux 4,2 millions d'utilisateurs). Pour l'ACS, cette fourchette est comprise entre 3,4 et 4,9 millions (à comparer au 1,2 million de bénéficiaires). Mais le sujet doit être plus nuancé, car sur les 1,2 million de bénéficiaires effectifs, un peu moins de 900 000 ont utilisé leur chèque santé, notamment car le montant du chèque santé ne leur permet pas d'acquiescer une complémentaire responsable, le chèque ACS finançant en moyenne 54 % du coût de la complémentaire santé. Pour autant, il s'agit bien là d'un enjeu de santé publique, car bénéficiaire d'une complémentaire santé est un accès aux soins. Pour remédier à cet enjeu, diverses mesures ont été prises :

- mesure de pauvreté, permettant d'octroyer la CMUc et l'ACS à plus de bénéficiaires ;
- faciliter la souscription des contrats ACS à travers la communication ;
- contrôler le rapport qualité-prix des contrats ACS.

Pour faciliter l'accès à l'ACS, une labellisation a été envisagée en 2011 (article 55 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012) mais cette méthode n'avait pas l'approbation de l'Unocam qui y voyait une contrainte pesant sur la liberté des organismes complémentaires. Il a donc été décidé de mettre en place un appel d'offres des organismes complémentaires qui seraient autorisés à distribuer les contrats ACS (article 56 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 ; les modalités de sélection des contrats éligibles à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé doivent être précisées par un décret non encore paru à l'heure où nous mettons sous presse). Le mécanisme (proposition de plusieurs assureurs offrant des contrats donnant droit à l'ACS) aurait l'avantage de permettre un contrôle des garanties offertes, du prix et des marges réalisées par les organismes complémentaires, ainsi que de demander des efforts de communication spécifiques >>

» en contrepartie de l'avantage compétitif offert. Parmi les projets ayant circulé, les solutions devaient être au nombre de trois contrats avec des garanties de niveau différent (A, B et C). *In fine*, le projet d'appel d'offres attendu pour 2014 a été repoussé à 2015 suite aux difficultés pratiques soulevées par les organismes complémentaires. Le choix des garanties liées à l'ACS est actuellement libre, sous réserve de retenir un contrat entrant dans le cadre des contrats dits responsables. Le résultat pour l'assureur dépend donc de sa tarification, les souscripteurs bénéficiaires de l'ACS étant mutualisés avec les autres souscripteurs du contrat. Il n'y a donc actuellement aucun contrôle sur le rapport qualité-prix des contrats proposés. La CMUc et l'ACS confèrent des avantages importants (voir encadré ci-contre). C'est ainsi que les personnes ont intérêt à s'y enregistrer dans tous les cas.

DE VRAIS OUTILS POUR LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ D'ENTREPRISE

Les utilisateurs de la CMUc peuvent en bénéficier soit pour seule assurance, soit en complément de leur mutuelle d'entreprise, pour la part non remboursée par leurs autres organismes complémentaires (par exemple pour obtenir le remboursement des restes à charge prévus dans les contrats responsables). Cela peut, dans ce cas, remplacer les options facultatives prévues par l'entreprise. L'utilisation de l'ACS est également limitée par le fait que les assurances complémentaires obligatoires d'entreprises bénéficient à une fourchette comprise entre 800 000 et 1 000 000 de bénéficiaires potentiels d'ACS. En effet, le chèque ACS ne peut pas être utilisé pour les contrats qui bénéficient d'une aide financière de l'employeur. L'aide de l'employeur, en moyenne de 55 %, laisse un reste à charge de 45 % au salarié pour payer sa mutuelle, donc un taux approximativement égal au reste à charge moyen du bénéficiaire de l'ACS (46 %). A cela s'ajoute que le contrat d'entreprise est généralement de meilleure qualité que les contrats individuels. Pour autant, la demande de l'ACS devrait être effectuée dans tous les cas, ne serait-ce que pour bénéficier du tiers payant social. Les entreprises sont peu informées du dispositif de l'ACS. Pourtant, une partie de leurs effectifs est concernée : les salariés en début d'activité, les salariés à temps partiel, les salariés célibataires ou des non-cadres ayant une famille nombreuse. Ce nombre est de plus en plus important, notamment suite au relèvement des plafonds

ACS et CMUc: des avantages à communiquer

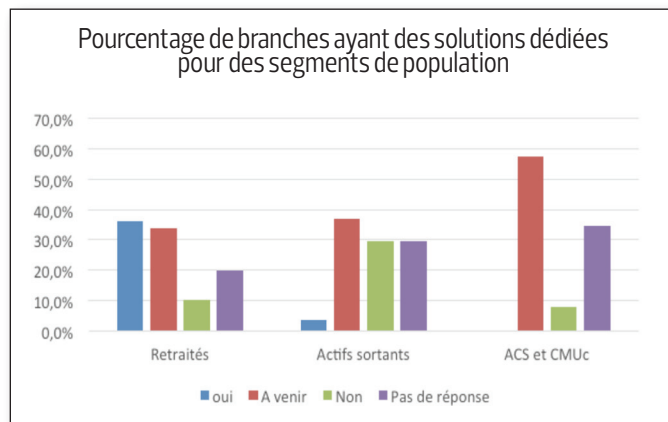
La CMUc et l'ACS permettent le respect des tarifs de secteur I, donc moins de dépassement d'honoraires.

Il y a également un encadrement du tarif des soins thermaux (article 66 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013). C'est également le droit à des avantages sur l'électricité et le prix du gaz, la Caisse primaire d'Assurance maladie se mettant en contact direct avec les fournisseurs de gaz et d'électricité. L'avantage pour le bénéficiaire de la CMUc est une attestation qui lui donne accès au tiers payant intégral.

A noter que le contrat CMUc est avantageux, car il prend notamment en remboursement l'euro de reste à charge des médecins, les 50 centimes d'euros par boîte de médicaments, laissés réglementairement au consommateur pour pouvoir bénéficier du statut de contrat responsable. Pour le bénéficiaire de l'ACS, une attestation tiers payant social est fournie.

QUID DES ACCORDS DE BRANCHE

Une certaine marge de progression



Les branches ont des marges de progression dans la gestion des populations spécifiques, tous les salariés étant concernés lors de leur carrière.

Les entreprises sont peu informées du dispositif de l'ACS. Pourtant, une partie de leurs effectifs est concernée : les salariés en début d'activité, les salariés à temps partiel, les salariés célibataires ou des non-cadres ayant une famille nombreuse.

au 1^{er} juillet 2013. Pourtant, le code de la Sécurité sociale prévoit que l'ACS (à l'instar de la CMUc) est un motif de non-contribution au contrat collectif obligatoire (article R. 242-1-6 du code de la Sécurité sociale), encore faut-il le prévoir dans le règlement de l'accord collectif, du référendum ou dans la décision unilatérale de l'employeur.

Il est en revanche plus surprenant de voir les accords de branche ne pas traiter du sujet (voir graphique ci-dessus), bien qu'un rattrapage de la situation soit actuellement en cours.

Le chèque ACS peut également être utilisé pour financer tout ou partie de la partie optionnelle d'une garantie de base. L'arbitrage est toutefois complexe, car il dépend du niveau de l'âge du salarié, et du type de couverture.

Dans certains cas, il convient d'apporter un véritable conseil au salarié afin de lui permettre de faire le bon choix. Cette optimisation doit être organisée en fonction du reste à charge et du type d'options couvertes. De même, lorsque la couverture du conjoint et des enfants est facultative, il peut être utile de souscrire un contrat autre que celui de l'entreprise avec le chèque entreprise, car le chèque ACS ne peut pas être utilisé pour financer la couverture de base du conjoint et des enfants, quand bien même il n'y aurait pas de financement de l'employeur.

Les branches ont donc intérêt à promouvoir ces dispositifs, dans une démarche d'amélioration de l'accès aux soins, la réduction des primes d'assurance employeur, la limitation des dépassements à prendre en charge par la complémentaire santé, pour des contrats plus équilibrés et des garanties stables, le tout avec un reste à charge plus faible pour les employés. ■