



Les Refus de Soins

Par une lettre de mission du 4 octobre 2006, le ministre de la santé et des solidarités m'a demandé de rencontrer l'ensemble des acteurs du dispositif CMU : professionnels de santé, caisses d'assurance maladie, associations, pour rechercher les améliorations susceptibles de mettre fin aux refus de soins dont sont victimes les bénéficiaires de la CMU.

Cette lettre de mission est consécutive à la publication officielle le 21 juin 2006 par le Fonds CMU, d'une étude réalisée par la méthode du testing sur le département du Val de Marne qui faisait ressortir un taux de refus de près de 40% chez les médecins spécialistes du secteur II et chez les dentistes. Même si cette étude précisait bien qu'elle ne saurait être représentative de ce qui se passe sur l'ensemble du territoire national, elle recoupait des résultats observés par Médecins du Monde, la revue Que Choisir et le service statistique du ministère des affaires sociales : la DREES.

Le ministre Xavier Bertrand a souligné le caractère inacceptable de tels refus contraires à la déontologie, à l'éthique médicale, au serment d'Hippocrate, et plus généralement à l'ensemble des valeurs que doivent porter les professionnels de santé.

Saisie de ce dossier la HALDE, Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité, a pris le 6 novembre une délibération condamnant de telles discriminations.

J'ai remis mon rapport au ministre le 13 décembre et celui-ci, en application d'une de mes préconisations, a réuni dès le 19 décembre une conférence où l'ensemble des parties prenantes était présent.

Pour ouvrir cette conférence, le ministre m'a demandé de présenter le rapport et les 13 propositions qui y figuraient (il est consultable sur le site du Fonds CMU, www.cmu.fr).

Pour comprendre la problématique de ce sujet difficile et sensible, il faut se reporter au fondement même de la loi du 27 juillet 1999 qui a créé la CMU. La logique en est simple, il s'agit de permettre à la fraction la plus pauvre de la population, 4,8 millions de personnes, d'accéder à l'ensemble du système de soins, exactement comme pour tous les autres assurés sociaux, et de ne pas les cantonner dans une "médecine de pauvre".

Les bénéficiaires de la CMU doivent donc pouvoir bénéficier de la médecine libérale comme tout un chacun. Manifestement cette pétition de principe est inégalement respectée. Or les Ordres, celui des médecins comme celui des dentistes, déclarent qu'ils ne sont pratiquement pas saisis de plaintes. Il a été acté lors de la conférence du 19 décembre qu'il s'agissait d'un problème de déontologie et, suivant l'avis des participants, le ministre a considéré que la proposition que j'avais avancée de sanctions financières qui auraient pu être prononcées par les caisses après avis de la commission des pénalités, n'était pas dans un premier temps retenue. Il a par contre annoncé qu'un décret autoriserait les associations à saisir les chambres disciplinaires des Ordres lorsqu'elles auraient connaissance de telles situations.

Il n'est en effet pas simple pour un bénéficiaire de la CMU de se lancer dans une procédure lourde et intimidante. D'ailleurs le souci premier du bénéficiaire de la CMU étant d'être soigné, lorsqu'il essuie un refus et qu'on le dirige vers tout mode d'accès aux soins, il retient ce type de solution.

Les Ordres, à la demande du ministre se sont engagés à conduire une politique effective de suivi de ces situations.

Pour ce qui concerne les

caisses des régimes de sécurité sociale, celles-ci doivent se mobiliser pour être plus actives dans l'élimination des refus de soins. Elles devront relancer la recherche des signalements de refus de soins, opération déjà initialisée par une circulaire de la CNAM de juin 2005.

L'action la plus importante qui va être demandée aux caisses concerne le médecin traitant et le parcours de soins mis en place par la convention médicale de janvier 2005.

En effet, dès lors qu'un bénéficiaire de la CMU déclare un médecin traitant, c'est que ledit médecin l'accepte et qu'il ne pratique pas à son encontre un refus de soins. De même lorsque le médecin traitant l'adresse à un spécialiste dans le cadre du parcours de soins, c'est qu'il sait que celui-ci va l'accepter. Tous les participants sont tombés d'accord pour dire que lorsque le bénéficiaire de la CMU rentre dans le parcours de soins, les cas de refus de soins sont automatiquement et fortement réduits.

Or les dernières statistiques de la CNAM font apparaître qu'avec un taux de 63% de médecin traitant déclaré, les bénéficiaires de la CMU accusent un retard de plus de 15 points par rapport à l'ensemble de la population. Les caisses sont donc invitées à se mobiliser pour, sans que ce soit coercitif, inciter très fortement les bénéficiaires de la CMU à s'inscrire auprès d'un médecin traitant. D'ailleurs il est nécessaire, au titre de la santé publique, que, plus que les autres assurés sociaux, les bénéficiaires de la CMU, dont l'état de santé et l'effort de prévention pose problème, rentrent dans le parcours de soins.

Suite page 4

**L'équipe du Fonds de financement de la CMU
complémentaire vous présente ses meilleurs vœux
pour l'année 2007.**

La CMU en chiffres

Les bénéficiaires de la CMU complémentaire

Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C au 30 juin 2006 (définitifs)			
Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total
Régime général	3 852 389	613 637	4 466 026
Régime agricole	139 419	14 416	153 835
Travailleurs indépendants	160 075	9 592	169 667
Régimes spéciaux et SLM	80 609	0	80 609
Total juin 2005	4 232 492	637 645	4 870 137

Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C au 31 octobre 2006 (estimation)			
Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total
Régime général	3 818 337	609 670	4 428 006
Régime agricole	139 495	13 567	153 062
Travailleurs indépendants	162 694	9 696	172 390
Régimes spéciaux et SLM	80 792	0	80 792
Total octobre 2006	4 201 318	632 933	4 834 250

619 000 bénéficiaires ont choisi l'option de gestion par un organisme complémentaire.

L'ACS en chiffres

	Nombre de bénéficiaires d'attestations délivrées par les caisses d'assurance maladie	Nombre de bénéficiaires ayant effectivement utilisé l'attestation	Montant moyen déduction annuelle (en €)
Février 2005	75 000	12 805	136
Mai 2005	183 000	62 811	143
Août 2005	264 000	113 731	138
Novembre 2005	364 000	177 710	138
Décembre 2005	402 000	-	-
Février 2006	72 000	202 973	153
Mai 2006	170 000	226 333	168
Août 2006	255 000	235 000	180
Novembre 2006	360 000	-	-

Sources : déclaration des organismes complémentaires au Fonds CMU, données CNAMTS, CCMSA, RSI.

La CMU en analyses

Les complémentaires gestionnaires de la CMU complémentaire

On constate très peu de mouvements dans la liste des organismes complémentaires santé volontaires pour gérer des contrats de CMU-C : 243 organismes sont inscrits au 1^{er} janvier 2007 sur les arrêtés préfectoraux :

217 mutuelles, 24 sociétés d'assurances et 10 institutions de prévoyance. Par rapport au nombre d'organismes déclarant leur assiette santé au Fonds CMU, le taux reste stable d'une année sur l'autre (26 %).

Le nombre de retraits de complémentaires de la gestion de CMU complémentaire pour 2007 s'élève à 12, dont 10 mutuelles et 2 sociétés d'assurances. Pour 3 mutuelles et les 2 sociétés d'assurance, ce sont des fusions entre organismes qui expliquent les retraits. Deux mutuelles ont demandé leur inscription dans le dispositif à compter du 1^{er} janvier 2007.

Rappelons qu'en cas de retrait du dispositif, les contrats en cours sont gérés jusqu'à la fin du droit acquis par les organismes complémentaires sortants, à savoir un an. En cas de fusion, c'est l'organisme complémentaire absorbant qui doit gérer les contrats en cours, même si cet organisme complémentaire n'a pas demandé à être inscrit sur les listes préfectorales. En cas de disparition pure et simple d'un organisme complémentaire, les dossiers sont pris en gestion par les caisses d'assurance maladie. Il n'y a donc jamais de perte de droit pour les bénéficiaires.

La liste nationale des organismes est disponible uniquement sur le site du Fonds (www.cmu.fr). Cette liste est complétée par la liste des points d'accueil que les organismes complémentaires choisissent d'inscrire par eux-mêmes sur le site. □

Fréquence OC

Le contrôle des bénéficiaires de la CMU et de l'ACS déclarés par les OC

Le Fonds CMU a pour mission de contrôler les déductions opérées par les OC sur leurs déclarations à la contribution pour le financement de la CMU complémentaire. Il s'agit de vérifier l'exactitude des déductions relatives à la CMU complémentaire et celles relatives au crédit d'impôt.

La première étape du contrôle vise à vérifier les listes de bénéficiaires tenues à la disposition du Fonds par les OC. La liste doit correspondre aux déductions effectuées sur la déclaration du trimestre contrôlé. Elle est examinée entre autres sur les points suivants : nombre de bénéficiaires mentionné sur la liste par rapport à celui déclaré, dates d'entrée et de sortie comparées à la date de référence, existence d'éventuels doublons (même nom, même prénom et même date de naissance sur 2 lignes différentes).

Ce contrôle de liste est alors ou non suivi d'un contrôle approfondi dans le cadre duquel il s'agit de confronter les informations mentionnées dans la liste relatives aux bénéficiaires avec celles mentionnées sur les attestations de droits

et ce, à partir d'un échantillon tiré aléatoirement.

Le plan de contrôle approfondi 2006 a ciblé 2 catégories d'organismes complémentaires : des OC présentant des enjeux financiers importants et qui avaient été contrôlés il y avait un certain temps ; en outre, il s'agissait de recueillir auprès de ces derniers l'information de terrain sur le fonctionnement des dispositifs CMU complémentaire et aide complémentaire santé (ACS) ; des OC gérant à la fois la CMU complémentaire en tant que mutuelle mais également pour le compte de l'Etat (SLM). Du fait de cette double gestion, ils présentent en effet un risque particulier qui, d'ailleurs on le verra plus loin, a été avéré.

16 organismes ont été contrôlés dans ce cadre représentant hors DOM, 22 % des bénéficiaires dans les OC hors DOM (117 426 bénéficiaires déclarés sur le 2^e trimestre 2006).

Hors les SLM, aucun risque particulier n'a été détecté. Concernant les SLM, ils présentent en effet un risque particulier (l'OC déclare le bénéficiaire alors que ce dernier a "coché" l'Etat sur son formulaire de choix). Le contrôle a été l'occasion pour le Fonds de rappeler les règles à appliquer sur cette question. On peut cependant comprendre la difficulté à partir d'un formulaire de choix pas toujours très clair de savoir qui le bénéficiaire a choisi (l'Etat ou la mutuelle). En tout état de cause, la mutuelle peut déclarer le bénéficiaire qui avait fait le choix de l'Etat et payer les prestations pour son propre compte. Dans ce cas particulier qu'il ne nous a pas été possible de chiffrer, le risque financier est alors nul pour le Fonds.

Au total, le taux d'anomalie est ressorti à 0,60 %, soit un taux très proche de celui qui avait été constaté en 2005 (0,67 %). Rapporté à l'ensemble des déductions effectuées par les OC, l'enjeu du contrôle de la CMU se situe autour de 1,25 millions

d'euros.

En parallèle, le Fonds a poursuivi le contrôle des listes de bénéficiaires de la CMU et ou de l'ACS. On peut noter qu'ainsi, en matière d'ACS, la quasi-totalité des listes des OC déclarant au moins 500 bénéficiaires (plus de 80 % des bénéficiaires) ont été contrôlées. Un nouveau courrier a été adressé à l'ensemble des OC en date du 5 septembre 2006, rappelant les règles à appliquer. Contrairement à la CMU, le contrôle en la matière revêt peu voire pas d'enjeu financier (le montant moyen de la déduction est plus faible que la CMU, les OC déclarent ces montants prorata temporis et non par quart ; le montant de déduction n'est pas toujours celui qui devrait être appliqué compte tenu de l'âge du bénéficiaire mais sur ce point, ce sont les caisses d'assurance maladie qui sont généralement à l'origine de l'erreur ; etc.) : il s'agit donc plutôt d'un "contrôle de mise en conformité".

Ils se sont réunis

Conseil d'administration

Le conseil d'administration du Fonds, réuni le 17 octobre 2006, a adopté le budget du Fonds pour 2007.

En matière de recettes, la loi de finances pour 2007 augmente la part du droit de consommation sur les tabacs attribuée au Fonds CMU (de 1,88 % à 4,34 % de ceux-ci soit 410 M€ en prévision). En conséquence, le montant de la dotation budgétaire de l'Etat continue de se réduire. Elle est fixée à 115 M€ pour 2007.

Le budget du Fonds retrace la contribution nette des organismes complémentaires santé réellement perçue par les URSSAF (montant prévu de 549 M€) relative à la taxe à laquelle ils sont soumis (2,5 % de leur chiffre d'affaires santé).

En millions d'euros

Année 2007 – Budget voté			
Dépenses		Recettes	
Paiement aux régimes de base	1 417	Dotation de l'Etat	115
Paiement aux organismes complémentaires	104	Contribution alcool	390
Dotation aux provisions	35	Contribution tabac	410
		Contribution des organismes complémentaires	549
		Dotation assurance maladie (crédit d'impôt)	58
Gestion administrative	1	Reprises sur provisions	35
Total	1 557	Total	1 557

Au total et en prévision, la taxe "brute" s'élève à 711 M€ (hors déductions CMU et aide complémentaire santé). Enfin la dotation de l'assurance maladie est inscrite à hauteur des aides complémentaire santé qui devraient être utilisées en 2007 (58 M€).

Au total, 1,417 milliard d'euros sera versé aux régimes d'assurance maladie en 2007 au titre de la CMU complémentaire. 104 M€ seront versés aux organismes complémentaires, le total des déductions s'élevant à 266 M€, dont 58 M€ au titre de l'ACS. □

Conseil de surveillance

C'est le 6 décembre 2006 que le conseil de surveillance du Fonds CMU a tenu sa seconde réunion pour l'année. Sous la présidence de Jean-Marie Rolland, député de l'Yonne, il a pris connaissance des mesures concernant la CMU et l'ACS prévues par le projet de loi de finances et le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Le constat de la lente montée en charge de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé a amené de nombreux intervenants à insister sur la nécessaire mobilisation de tous les acteurs en terme d'information des bénéficiaires potentiels.

Les deux missions confiées au directeur du Fonds CMU (3^e rapport d'évaluation de la loi et refus de soins) ont été commentées (cf. article par ailleurs).

Enfin, le conseil a discuté des études sur le non recours à la CMU-C (disponibles sur le site du Fonds) et là aussi de la nécessaire information à développer. □

Textes à la une

Nouvelles mesures législatives

La loi de finances pour 2007 prévoit deux mesures de financement du Fonds CMU : attribution au Fonds CMU d'une fraction supplémentaire de droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts pour un total de 410 M€ (de 1,88 % à 4,34 %) ; dotation budgétaire alimentant le budget du Fonds CMU (114,66 M€ relevant du programme 183).

La loi de financement de la sécurité sociale prévoit en son article 50 diverses dispositions concernant la CMU et le crédit d'impôt. Comme l'avait annoncé le président de la république devant l'assemblée générale de la FNMF en juin

2006, les personnes dont les ressources ne dépassent pas de plus de 20 % le plafond de la CMU-C pourront bénéficier du crédit d'impôt (article L. 863-1 du code de la sécurité sociale). Antérieurement, le taux était de 15 %. La population cible est estimée à 2,9 millions de personnes. Le titre VI du livre VIII du code et l'intitulé de son chapitre III est modifié : il ne faut plus parler de crédit d'impôt mais d'Aide au paiement d'une assurance Complémentaire Santé (ACS). Enfin, le montant des plafonds pour bénéficier de la CMU-C et de l'aide

au paiement d'une assurance complémentaire santé est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1 (article L. 861-1 et L. 863-1).

L'article 131 de la loi ne concerne pas uniquement la CMU (mais l'assurance maladie en général) mais ses bénéficiaires sont concernés par ces dispositions. Les règles de maintien de droit à l'assurance maladie pour les personnes qui cessent de remplir les conditions (4 ans pour les prestations en espèce) sont modifiées puisque en sont exclues les "personnes

qui ne résident pas en France au sens du présent code" (article L. 161-8). De même, un nouvel article L. 161-15-4 est créé : "Toute personne qui cesse de bénéficier des droits aux prestations à l'assurance maladie en application des dispositions du dernier alinéa de l'article L. 161-8 ou de l'article L. 380-1 (CMU de base) est tenue d'en informer, dans un délai fixé par arrêté, l'organisme d'assurance maladie auquel elle est rattachée ainsi que de restituer la carte électronique individuelle interrégimes". Des sanctions pour inobservation de cette règle sont prévues.

L'article 132 concerne quant à lui l'ensemble des prestations de sécurité sociale soumises à conditions de ressources et donc en particulier la CMU, la CMU-C et l'Aide au paiement d'une assurance Complémentaire Santé. Les articles du code concernés sont modifiés comme suit : "Lorsqu'il est constaté par l'organisme local de sécurité sociale, à l'occasion de l'instruction d'une demande ou lors d'un contrôle, une disproportion marquée entre, d'une part, le train de vie du demandeur ou du bénéficiaire et, d'autre part, les ressources qu'il déclare, une évaluation forfaitaire des éléments de train de vie est effectuée. Cette évaluation forfaitaire est prise en compte pour la détermination du droit à la prestation. Les éléments de train de vie à prendre en compte, qui comprennent notamment le patrimoine mobilier ou immobilier, sont ceux dont la personne a disposé au cours de la période correspondant à la déclaration de ses ressources, en quelque lieu que ce soit, en France ou à l'étranger, et à quelque titre que ce soit. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article".



Circulaire relative aux contrats responsables

L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale subordonne progressivement, à partir du 1^{er} janvier 2006, le bénéficiaires d'aides fiscales et sociales – dont l'ACS – pour les garanties d'assurance complémentaire santé au respect de règles fixées par les articles R. 871-1 et R. 871-2 du même code. La circulaire N°DSS/2A/2006/314 du 11 juillet 2006 relative aux modalités d'application de ces règles est disponible en ligne sur le site du Fonds CMU à l'adresse suivante : La documentation CMU\Juridique\Aide Complémentaire Santé\Autres textes. □

Suite de la page 1

Il est un autre sujet qui implique directement les caisses et qui provoque la récrimination des professionnels de santé. Lorsqu'un bénéficiaire de la CMU est hors parcours, le médecin se trouve être pénalisé par un moindre remboursement, en raison du tiers payant associé à la CMU. Le ministre souhaite donc que l'application du dispositif par les caisses ne puisse pas avoir pour conséquence de pénaliser financièrement le professionnel de santé en lieu et place du bénéficiaire de la CMU qu'il a soigné.

Le ministre a ensuite abordé le sujet du suivi et de la mesure effective des refus de soins. Aucune méthode n'est parfaite, celle du testing présente des avantages mais également ses limites. La DREES est chargée de remettre une étude de mesure pour mars 2007.

Le rapport propose de suivre, à partir des statistiques de l'assurance maladie, les médecins ayant dans leur patientèle un taux significativement, au sens mathématique du terme, inférieur à la normale. Il propose également que les Délégués de l'Assurance Maladie soient alors amenés à discuter avec les professionnels de santé de ce sujet, comme ils le font déjà lors de seuils

sortants des normes sur les antibiotiques, les II et autres statines.

Les caisses seront en outre chargées de distribuer aux professionnels de santé comme aux bénéficiaires de la CMU, une fiche simple leur rappelant leurs droits, mais également leurs devoirs.

Enfin le rapport consacre un chapitre spécial à la profession dentaire, tant les rapports des chirurgiens dentistes avec la CMU ont été tumultueux. Le rapport note que la récente convention dentaire consacre une section spéciale à la CMU, avec la mise en place d'un groupe de travail spécifique chargé de suivre ce dossier. Les tarifs des prothèses dentaires dans le cadre de la CMU ayant été très fortement revalorisés par un arrêté du 30 mai 2006, les dentistes n'ont plus ce type de motif à avancer.

Le dossier des refus de soins qui a défrayé la chronique a fait un grand pas en avant, il est loin d'être clos, et Xavier Bertrand s'est personnellement engagé à suivre régulièrement son évolution, pour constater des progrès que l'on espère sensibles et rapides.

Jean-François Chadelat

Inspecteur Général des Affaires Sociales
Directeur du Fonds CMU

Références



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

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

Téléphone : 01.58.10.11.90 - Fax : 01.58.10.11.99

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

Directeur de la publication : Jean-François Chadelat

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

CPPAP : 0906 B05810 - ISSN : 1623-4936 Dépôt légal : Octobre 2006