

En 1999, pour prendre en charge les cotisations d'assurance personnelle de 280 000 personnes, les Conseils généraux ont dépensé 3,5 milliards de francs. Au-delà, ils ont assuré l'accès aux soins médicaux de 2,9 millions de personnes et utilisé à cet effet un budget de 5,5 milliards de francs.

L'évolution de ces dépenses en francs constants est en baisse depuis 1997 et les taux de croissance observés entre 1998 et 1999 sont relativement faibles :

les dépenses de cotisations sont stables (après une augmentation de près de 15 % entre 1996 et 1997) et les 6,5 % de hausse des dépenses d'accès aux soins sont légèrement inférieurs au taux de croissance observé en 1997.

Beaucoup de Conseils généraux avaient par ailleurs mis en place des politiques spécifiques en matière d'Aide médicale gratuite (AMG), à travers l'instauration de barèmes de ressources pour l'admission de plein droit, de dispositifs de remboursements de frais au-delà des tarifs de la Sécurité sociale et de la limitation ou suppression de tous recours en récupération.

Pour autant, il n'y a pas de corrélation entre les dispositions générales adoptées par les départements au-delà des règles légales et le montant de dépenses d'AMG par bénéficiaire. En moyenne, les Conseils généraux ont dépensé, en 1999, 1 800 francs par bénéficiaire mais ce montant varie fortement selon les départements. À cet égard, ce ne sont pas les départements qui avaient le plus élargi le dispositif qui ont le montant de dépenses nettes par bénéficiaire le plus élevé.

L'entrée en vigueur de la Couverture maladie universelle au 1^{er} janvier 2000 a mis un terme à l'aide médicale départementale.

Pour partie, les champs couverts par les deux aides diffèrent, les bénéficiaires de l'AMG ayant toutefois bénéficié d'une continuité de leur prise en charge.

**Bénédicte BOISGUÉRIN,
Christine BONNARDEL,
Claude GISSOT et Marie RUAULT**
Ministère de l'Emploi et de la solidarité
DREES

L'aide médicale départementale : bilan 1996-1999

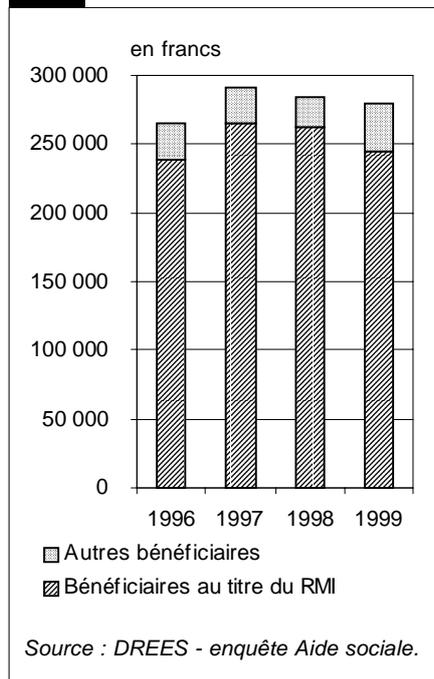
Jusqu'au 1^{er} janvier 2000, date d'entrée en vigueur de la Couverture maladie universelle (CMU) (encadré 1), l'Aide médicale gratuite (AMG) avait pour mission d'ouvrir aux personnes résidant en France et sous condition de ressources, pour elles-mêmes et les personnes à leur charge, le droit à l'accès aux soins. Réformée notamment par la loi du 29 juillet 1992 qui assouplissait l'accès à l'aide, l'AMG permettait d'une part, pour les personnes non couvertes par l'assurance maladie de base, de prendre en charge les cotisations d'assurance personnelle et d'autre part, pour les personnes affiliées à un régime d'assurance maladie, de supporter la part des dépenses de santé non prises en compte par la Sécurité sociale (ticket modérateur et forfait journalier). Les départements pouvaient, en outre, étendre leur effort au-delà des règles légales.

En 1999, les dépenses d'aide médicale ont au total représenté près de 10 % des dépenses nettes totales d'aide sociale et environ 1,5 % des dépenses globales de santé. Ces dépenses sont



G
01

évolution du nombre de bénéficiaires d'une prise en charge des cotisations d'assurance personnelle - France métropolitaine



différentes, par leur champ comme par leur contenu, des dépenses liées à la CMU qui ont été enregistrées depuis le début de l'année 2000 (annexe).

Les Conseils généraux ont, en 1999, pris en charge les cotisations d'assurance personnelle de 280 000 personnes en métropole pour environ 3,5 milliards de francs

Depuis 1996, le nombre de bénéficiaires de la prise en charge des cotisations d'assurance personnelle a augmenté de près de 6 % pour atteindre, fin 1999, 280 000 bénéficiaires en métropole¹. C'est à la suite de l'instauration du RMI en 1988 qu'une première forte augmentation de leur nombre s'est produite (65 % entre 1988 et

1989), avec une montée en charge sensible jusqu'en 1991. Admis de plein droit à l'aide médicale, les allocataires du RMI ont représenté depuis le début du dispositif la grande majorité des bénéficiaires : leur part atteignait 87 % fin 1999. Le nombre de personnes prises en charge a toutefois baissé de 3,6 % entre 1997 et 1999, suite à la baisse encore plus importante du nombre de bénéficiaires au titre du RMI (-8 %) (graphique 1).

Les dépenses de cotisations engagées par les départements² ont représenté, en 1999, 3,5 milliards de francs soit 39 % des dépenses totales d'aide médicale. Depuis 1998, la croissance des dépenses de cotisations s'est atténuée en francs constants. Les dépenses engagées par les départements en termes de cotisations se sont ainsi accrues de 15 % en 1997 mais seulement de 5 % en 1998 et elles se sont stabilisées en 1999 (tableau 1). Parallèlement, le nombre de bénéficiaires d'une prise en charge des cotisations d'assurance personnelle qui avait augmenté en 1997 de 9,8 %, a diminué en 1998 de 2,3 % mais a crû de nouveau de 1,2 % en 1999. Ainsi, le montant des dépenses brutes de cotisations par bénéficiaire³ s'élève en moyenne sur quatre ans à 11 900 francs. Par ailleurs, on observe une baisse constante des récupérations⁴ sur cotisations de 25 % environ au cours de ces quatre dernières années,

1. Par souci d'homogénéité, les données présentées dans tout le document concernent la France métropolitaine. Aucun DOM n'a en effet répondu à l'enquête menée par la DREES sur les modes d'organisation en matière d'AMG en 1998 et, par ailleurs, la médiocre qualité des séries statistiques concernant le nombre de bénéficiaires d'une prise en charge de soins sur les années 1996, 1997, 1998 et 1999, ainsi que les nombreuses non réponses, n'ont pas permis de réaliser des estimations fiables concernant ces départements.

2. Les montants des dépenses et taux de croissance présentés dans cette étude sont donnés en francs constants basés sur l'indice des prix à la consommation de santé de l'année 1999.

E•1

De l'aide médicale...

L'aide médicale, partie intégrante de l'aide sociale décentralisée, assure aux résidents en France le droit, pour eux-mêmes et les personnes à leur charge, à une aide pour les dépenses de soins qu'ils ne pouvaient supporter. Étaient prises en charge, d'une part, les cotisations d'assurance personnelle pour les personnes non affiliées à un régime de Sécurité sociale et, d'autre part, les dépenses de soins telles que définies dans le Code de la Sécurité sociale (ticket modérateur, forfait journalier notamment) ; certains départements prévoyant des dispositions plus favorables en assurant un remboursement de frais au-delà des tarifs de la Sécurité sociale (frais dentaires et optiques le plus couramment).

Les règles d'admission à l'aide médicale distinguaient les bénéficiaires de plein droit (bénéficiaires du RMI ou de l'allocation veuvage, jeunes âgés de 17 à 25 ans et personnes prises en charge en application d'un barème de ressources) et les bénéficiaires de droit commun (appréciation au cas par cas selon les ressources du demandeur). L'aide peut être totale (exonérations de tous les frais médicaux laissés à la charge de l'assuré, avec dispense d'avance de frais) ou partielle (prise en charge d'une partie des frais restés à la charge de l'assuré ou de certains d'entre eux).

... à la couverture maladie universelle

Créée par la loi du 27 juillet 1999, la Couverture maladie universelle (CMU) reconcentre vers l'État la compétence d'aide médicale détenue par les départements et délègue sa mise en œuvre aux directeurs des caisses d'assurance maladie. Elle poursuit deux objectifs : d'une part, généraliser l'accès à l'assurance maladie pour tous les résidents stables et réguliers non couverts par un régime d'assurance maladie et, d'autre part, assurer à tous les ménages à faible revenu l'accès aux soins par la mise en place d'une couverture complémentaire avec dispense d'avance de frais du ticket modérateur, du forfait journalier et prise en charge de certains produits à tarifs spécifiques (prothèses dentaires, audioprothèses...). En complément de la CMU, l'Aide médicale de l'État (AME) est attribuée aux étrangers résidant en France sans titre de séjour dont les ressources sont insuffisantes. En outre, toute personne qui, ne résidant pas en France et dont l'état de santé le justifie, est présente sur le territoire français peut, par décision individuelle prise par le ministre chargé de l'action sociale, tout ou en partie bénéficier de l'aide médicale de l'État.

ce qui induit une augmentation des dépenses nettes de cotisations sur cette période.

2,9 millions de bénéficiaires d'une prise en charge complémentaire des soins pour des dépenses de 5,5 milliards de francs en métropole

2,9 millions de personnes, soit près de 5 % de la population française (hors DOM), ont bénéficié, en 1999, d'une prise en charge de soins au titre de l'AMG⁵ (carte 1). Ce nombre, qui comprend les titulaires de l'aide ainsi que leurs ayants droit, est en augmentation de 3,3 % depuis 1998 et de 12,1 % depuis 1996. La part des bénéficiaires de plein droit au titre du

3. Les cotisations telles qu'elles ont été décomptées dans cette étude comprennent principalement les cotisations d'assurance personnelle mais également des cotisations de mutuelle payées par les Conseils généraux. Les premières sont versées à l'URSSAF à hauteur de 1 200 francs pour les personnes de moins de 27 ans et d'environ 14 000 francs pour les autres tandis que les secondes relèvent de l'initiative départementale et ne suivent pas de critères définis au niveau national.

4. Les départements, dans l'exercice de leurs compétences en matière d'aide médicale, peuvent exercer des recours en récupération auprès des bénéficiaires des aides ou des organismes de sécurité sociale. Ces recettes ou récupérations permettent d'atténuer les dépenses brutes des départements ; on a, en effet, la relation :
dépenses nettes = dépenses brutes - récupérations.

5. L'enquête menée par la DREES recense le nombre de personnes – titulaires et ayants droit – qui ont bénéficié d'au moins un remboursement de soins dans l'année au titre de l'aide médicale gratuite.

6. Il s'agit des bénéficiaires du RMI (titulaires de l'allocation et leurs ayants droit) percevant effectivement cette allocation en 1998 ainsi que ceux qui, sortis du dispositif, continuent de percevoir l'aide médicale en tant que droit connexe pendant un an parce qu'ils ne sont pas couverts par un régime d'assurance maladie.

T 01 évolution des dépenses de cotisations
France métropolitaine

	Montants et bénéficiaires		Taux de croissance			
	en 1996	en 1999	1998/ 1999	1997/ 1998	1996/ 1997	1996/ 1999
Dépenses brutes en francs courants	2 892 millions	3 541 millions	0,20 %	5,40 %	15,90 %	22,40 %
Dépenses brutes en francs constants	2 930 millions	Id.	-0,03 %	4,90 %	15,20 %	20,90 %
Dépenses nettes en francs courants	2 245 millions	3 135 millions	1,80 %	10,40 %	24,20 %	39,60 %
Dépenses nettes en francs constants	2 275 millions	Id.	1,50 %	9,90 %	23,50 %	37,80 %
Bénéficiaires	264 700	280 300	-1,30 %	-2,30 %	9,80 %	5,90 %

Source : DREES - enquête Aide sociale.

RMI⁶ et de l'allocation veuvage, en très légère augmentation, atteignait quant à elle un peu plus de 56 % fin 1999 (graphique 2).

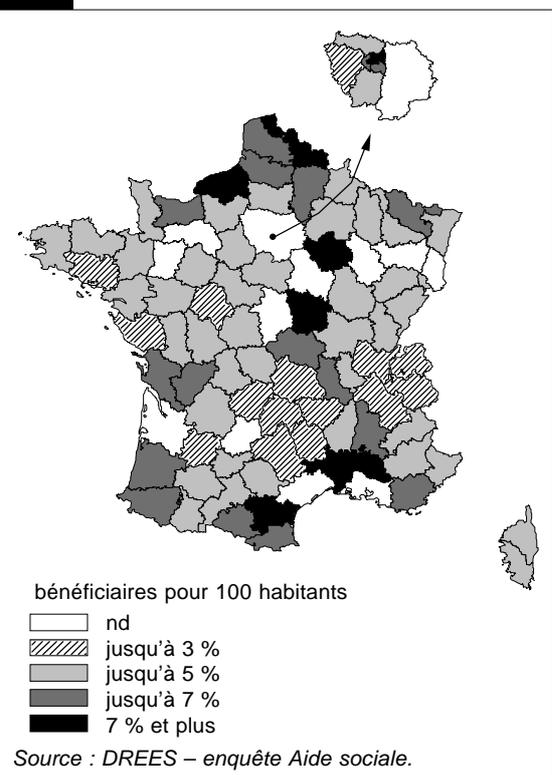
Parallèlement, les dépenses des départements au titre de l'aide à l'accès aux soins ont crû de 4,6 milliards de francs en 1996 à 5,5 milliards en 1999. Essentiellement composées de la prise en charge du ticket modérateur et du forfait hospitalier, elles ont représenté la dernière année, en moyenne, 61 % des dépenses totales d'aide médicale (graphique 3). Cette part fluctue toutefois fortement selon les départements, allant de 10,5 % à 84,5 % du montant total engagé par les départements en matière d'aide médicale. Ces disparités s'expliquent le plus souvent par l'étendue et la multiplicité des mesures d'aides mises en œuvre et notamment par la mise en place d'aides allant ou non au-delà de l'aide légale.

Une progression des dépenses brutes d'accès aux soins de 6,5 % en 1999

Les dépenses liées à la prise en charge des soins des bénéficiaires de l'aide médi-

cale n'ont pas cessé de croître depuis 1996, même si leur rythme de progression s'est ralenti. L'étude des variations des dépenses brutes d'accès aux soins révèle qu'après une croissance de 7,5 % entre 1996 et 1997, les augmentations atteignaient 4,1 % en 1998 et 6,5 % en 1999 (tableau 2). En ce qui concerne les dépenses nettes qui tiennent compte des récupérations, ces variations apparaissent de manière moins évidente du fait des récupérations plus

C 01 nombre total de bénéficiaires de l'aide médicale au 31 décembre 1999



élevées enregistrées en 1997, 1998 et 1999, ce qui lisse la courbe des évolutions. En effet, les départements peuvent effectuer des recours en récupération *a posteriori* et financer ainsi une partie de leurs dépenses.

Au sein des dépenses globales de soins, on peut distinguer les dépenses de soins de ville et frais hospitaliers des autres dépenses (encadré 2). Ces premières représentent, de ma-

nière constante, une proportion stable (98 %) de la dépense d'accès aux soins globale, cette proportion variant de 81 % à 100 % selon le département et l'année considérés (hormis la Corse-du-Sud)⁷. Les autres dépenses regroupent les actions à la fois obligatoires et facultatives (encadré 3).

L'aide médicale dans les départements : des modes d'organisation aux bénéficiaires

En matière d'aide médicale gratuite, les départements, s'ils étaient tenus au respect de règles d'attribution légale, comme par exemple le bénéfice de l'AMG de plein droit pour les allocataires du RMI et leurs ayants droit, avaient, au-delà, la possibilité d'élaborer une politique rendant le dispositif plus ou moins large ou favorable⁸. Cette politique départementale pouvait essentiellement faire appel à trois éléments : l'instauration d'un barème de ressources pour l'admission de plein droit à l'aide médicale, la mise en place de remboursements tarifaires supérieurs aux tarifs de la Sécurité sociale et la non activation du droit à exercer des recours en récupération vis-à-vis des bénéficiaires⁹.

ture automatique des droits à l'aide totale ou partielle¹⁰. Ce barème permettrait d'admettre à l'aide médicale de façon automatique des personnes non bénéficiaires du RMI mais titulaires de faibles ressources. Près de 60 % d'entre eux avaient adopté deux niveaux de barème qui distinguent admission totale et partielle ; 37 % avaient uniquement un barème pour l'admission totale et près de 6 % n'avaient de barème que pour l'admission partielle. Les départements qui ont adopté un barème de ressource

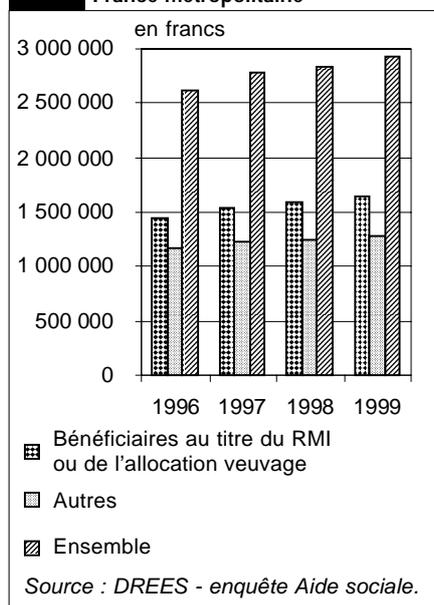
7. Les données de dépenses de soins concernant le département de la Corse-du-Sud apparaissent d'un point de vue statistique comme des valeurs peu significatives. Il est d'autant plus nécessaire de les écarter de cette partie de l'analyse qu'il n'existe pas non plus de continuité de ces données depuis 1996.

8. La DREES a réalisé en 1999 une enquête sur les modes d'organisation des départements en matière d'AMG en 1998. Les résultats suivants portent sur les répondants à cette enquête, soit 90 départements.

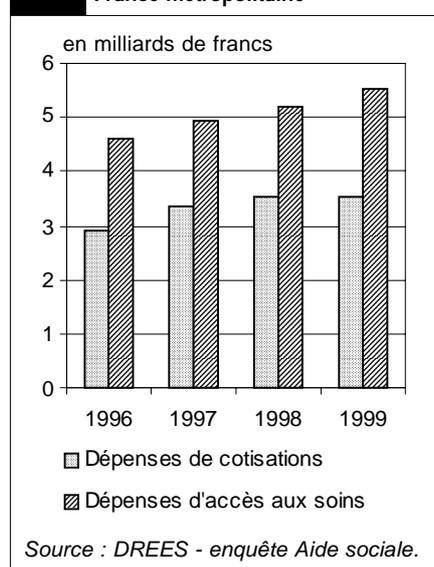
9. Conformément à l'article 146 du Code de la famille et de l'aide sociale (CFAS), il s'agit notamment de recours exercés auprès d'un bénéficiaire revenu à meilleure fortune, du recours sur successions et de l'obligation alimentaire.

10. Voir « L'aide médicale départementale : bilan au 31 décembre 1998 », Études et Résultats, n° 61, avril 2000, DREES.

G.02 évolution du nombre de bénéficiaires d'une prise en charge de soins depuis 1996 France métropolitaine



G.03 évolution des dépenses brutes d'aide médicale France métropolitaine



66 départements avaient établi un barème d'admission pour une ouver-

T.02 évolution des dépenses de soins France métropolitaine

	Montants et bénéficiaires		Taux de croissance			
	en 1996	en 1999	1998/1999	1997/1998	1996/1997	1996/1999
Dépenses brutes en francs courants	4 590 millions	5 526 millions	6,80 %	4,60 %	7,90 %	20,40 %
Dépenses brutes en francs constants	4 649 millions	Id.	6,50 %	4,10 %	7,30 %	18,90 %
Dépenses nettes en francs courants	4 351 millions	5 266 millions	7,70 %	5,70 %	6,30 %	21,00 %
Dépenses nettes en francs constants	4 407 millions	Id.	7,40 %	5,20 %	5,80 %	19,50 %
Bénéficiaires	2 618 100	2 934 500	3,30 %	2,30 %	6,10 %	12,10 %

Source : DREES - enquête Aide sociale.

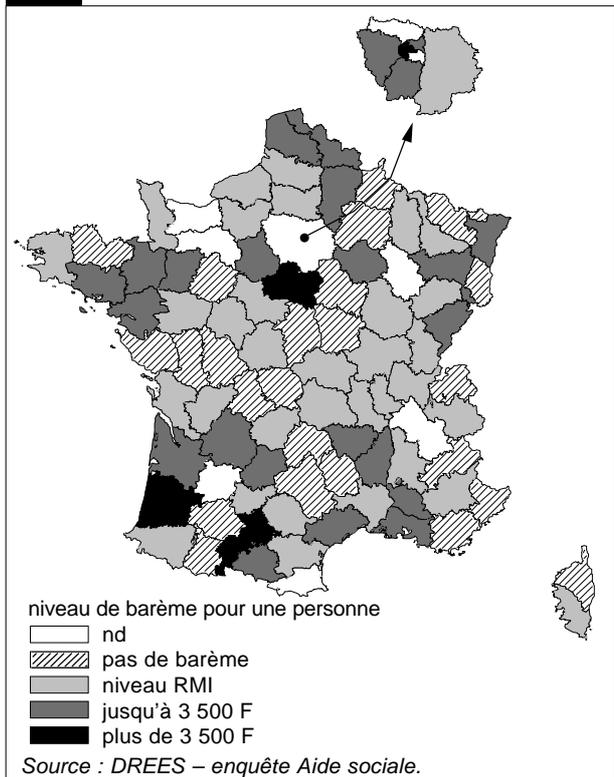
ces pour l'admission à l'aide médicale totale l'ont quatre fois sur dix fixé au niveau du RMI (soit 2 429 francs en 1998)¹¹. Un seul département se situait en dessous de ce seuil (barème fixé à 1 400 francs). 16 départements avaient au contraire institué des barèmes supérieurs à 3 000 francs, sachant que seuls cinq départements avaient, en 1998, un niveau de barème équivalent ou supérieur à celui fixé dans le cadre de l'accès à la couverture maladie universelle soit 3 500 francs pour une personne seule (carte 2).

Par ailleurs, 65 départements avaient mis en place un système de remboursements de certaines prestations au-delà des tarifs de Sécurité sociale et, dans près de six cas sur dix, ces dépassements tarifaires s'effectuaient sur la base d'un barème généralisant l'aide à des prises en charge supplémentaires. Si, dans 60 départements, les dépassements tarifaires s'appliquaient à la prise en charge des soins dentaires et des lunettes, 33 départements remboursaient par ailleurs d'autres types de soins, notamment les prothèses (auditives et dentaires) et autres types d'appareillage. Au-delà, un certain nombre de départements finançaient des aides indirectes comme les frais d'obsèques, de chambre particulière en cas d'hospitalisation ou encore d'aide ménagère au titre de l'aide médicale.

Enfin, un tiers des départements avait limité ou supprimé toutes procédures de recours en récupération. En effet, dans le cadre de l'aide sociale, les départements ont légalement le droit d'exercer différents recours en récupération sur les aides qu'ils octroient. Ces recours sont de trois types : l'obligation alimentaire, le recours sur successions et l'hypothèque légale. En matière d'AMG, 21 départements avaient choisi de li-

miter voire de supprimer au moins un de ces trois modes de recouvrement de sommes versées à des bénéficiaires de l'aide médicale. Parmi eux, 3 ont renoncé à toutes formes de récupération, 7 en ont abandonné au moins deux et 11 n'en ont supprimé ou limité qu'une seule. La forme de recours en récupération à laquelle les départements ont le plus souvent renoncé est l'obligation alimentaire (17 départements) tandis que 10 ne pratiquaient pas l'hypothèque légale et 7 n'exerçaient pas *a posteriori* le recours sur successions.

C.02 niveau départemental des barèmes d'admission à l'aide médicale totale en 1998



E.2

L'enquête sur l'aide sociale départementale

L'article 25 de la loi du 7 janvier 1983 fait obligation aux collectivités locales d'élaborer et de transmettre à l'État les statistiques en matière d'action sociale et de santé liées à l'exercice des compétences transférées. Chaque année, la DREES envoie donc aux Conseils généraux un questionnaire destiné à collecter au 30 juin des informations sur les dépenses relevant de leurs compétences.

L'enquête sur les dépenses d'aide médicale menée par la DREES présente essentiellement trois rubriques de dépenses.

La première rubrique « total cotisations assurance personnelle » comprend à la fois l'ensemble des dépenses liées au paiement de cotisations d'assurance personnelle notamment au titre de l'allocation veuvage, du RMI, selon le droit commun, pour les jeunes de 17 à 25 ans, et les dépenses de cotisations pour les mutuelles.

Par souci d'homogénéité interdépartementale et parce qu'il n'est pas toujours possible de distinguer au sein des comptes administratifs départementaux les différentes demandes du questionnaire, la deuxième rubrique se compose du « total aide à domicile » et du « total aide hospitalière ». Le premier recouvre très largement non seulement l'ensemble des dépenses liées aux soins de ville (achat de produits pharmaceutiques, honoraires médicaux et paramédicaux, frais d'analyses, frais dentaires...) mais également les dépenses liées aux conventions entre caisses d'assurance maladie et Conseils généraux (carte santé, frais de gestion des dossiers, carte santé jeunes...). Le second intègre la totalité des frais d'hospitalisation et des forfaits journaliers.

Compte tenu de l'article 1^{er} de la loi n° 92-272 du 29 juillet 1992 qui permet aux départements d'affecter une partie des dépenses de soins aux charges d'insertion du RMI, la comptabilité retenue dans cette enquête ne réintègre pas ces dernières aux totaux « aide à domicile » et « aide hospitalière ».

La troisième et dernière rubrique regroupe les dépenses n'ayant pu être classées ailleurs et fait l'objet de l'encadré 3.

Dans cette étude et de manière plus globale, les références à ces rubriques sont faites en termes de dépenses d'accès aux soins, expression regroupant les montants des rubriques 2 et 3 précédemment citées et de dépenses de cotisations composées des dépenses définies à la première rubrique de cet encadré.

11. Niveau de barème fixé pour une personne seule.

Sur l'ensemble des départements¹², il n'y en a que cinq dans lesquels aucune de ces modalités spécifiques d'organisation n'a été mise en œuvre, que ce soit en termes de barème, de dépassements tarifaires ou de limitation ou suppression des recours en récupération. La majorité des Conseils généraux avait ainsi mis en place une politique spécifique, au minimum dans l'un de ces trois domaines. 54 d'entre eux l'avaient dans au moins deux domaines, tandis que 14 avaient simultanément utilisé les trois registres d'intervention (carte 3).

La comparaison des pratiques en matière d'aide médicale met en évidence une cohérence des choix d'aménagement de l'aide dans chacun des départements. Que ce soit en termes d'adaptabilité et de niveau des barèmes, de multiplicité des conventions, de prise en charge de soins au-delà des tarifs de Sécurité sociale ou de recours en récupération (tableau 3), il semble ainsi exister une cohérence des décisions départementales pour aboutir à une plus ou moins grande générosité des systèmes mis en place. Les départements qui ont mis en place une poli-

tique en matière d'AMG ont, à cet égard, le plus souvent eu recours à plusieurs types de mesures afin que celles-ci soient plus favorables aux bénéficiaires par rapport au minimum légal auquel ils étaient tenus.

On constate par ailleurs que plus les barèmes mis en place par les départements, sont nombreux et adaptables aux situations individuelles (totaux, partiels...), plus les niveaux de ces barèmes sont élevés et plus les barèmes sont élevés, plus les recours en récupération sont limités voire inexistants.

Pour autant, il ne semble pas y avoir de lien systématique entre les dispositions générales adoptées par le département en matière d'aide médicale et l'indicateur des dépenses d'accès aux soins par bénéficiaire, tel qu'on l'observe en 1999. En moyenne, le rapport entre les dépenses de soins d'aide à domicile et d'aide hospitalière

et le nombre de bénéficiaires de l'aide médicale ayant bénéficié d'au moins un remboursement dans l'année est, pour l'ensemble des départements, de 1 800 francs par bénéficiaire. Ce montant moyen varie toutefois de 100 à 4 000 francs. 14 départements ont des dépenses par bénéficiaire inférieures à 1 000 francs tandis que 55 ont des dépenses par bénéficiaire comprises entre 1 000 et 1 800 francs. Seul un quart des départements ont un montant moyen de dépenses par bénéficiaire supérieur à la moyenne. Au-delà, deux départements se distinguent avec des montants supérieurs à 3 000 francs (Les Ardennes et Paris).

Ce ne sont, à cet égard, pas les départements qui ont le plus élargi le dispositif par des mesures spécifiques (instauration d'un barème de ressources pour les bénéficiaire de droit commun, remboursements de dépassements tarifaires et limitation ou suppression

de tout recours en récupération) qui ont le montant de dépenses nettes par bénéficiaire le plus élevé (carte 4). Ainsi, sur les 25 départements dont les dépenses de soins par bénéficiaire sont supérieures à 1 800 francs, seuls 3 avaient développé les trois types d'élargissements détaillés précédemment, 14 en ayant développé deux. On retrouve la même hétérogénéité pour les départements dont le niveau de dépenses par bénéficiaire est plutôt faible : sur ces 14 départements,

12. Seuls six Conseils généraux métropolitains n'ont pas répondu à l'enquête de la DREES sur les modes d'organisation départementale en matière d'AMG.

6

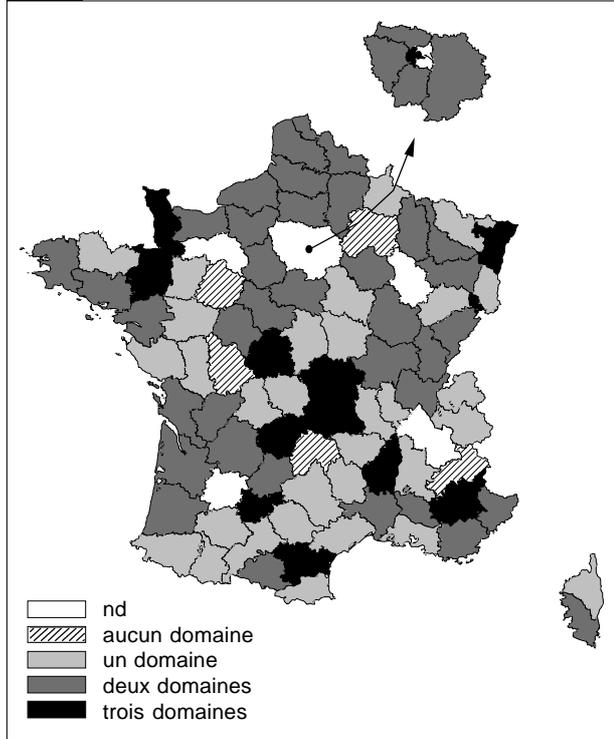
E•3

Les « autres dépenses » de l'aide médicale

Par souci d'homogénéité et parce qu'il n'est pas toujours possible d'isoler les montants des dépenses facultatives, cette rubrique réunit deux types de dépenses engagées par les départements :

- obligatoires (frais de transport inhérents à la réception de soins médicaux, frais d'examen pré-nuptiaux, frais d'interruption volontaire de grossesse...)
- et facultatives (frais d'inhumation, annulation de titres, admissions en non-valeur, allocations principales, charges sociales, remboursements de frais à d'autres collectivités, frais d'intervention de travailleuses familiales et d'aides ménagères par service privé, prestations de services divers...). En effet, très souvent, les Conseils généraux ne se sont pas limités à l'application des obligations légales et ont étendu leur effort au-delà de ce qui était arrêté.

C.03 départements qui avaient, en 1998, une politique spécifique dans au moins un domaine de l'aide médicale gratuite*



* Instauration d'un barème, dépassements tarifaires, abandon ou limitation des recours en récupération. Source : DREES – enquête Aide sociale.

deux (l'Ardèche et le Bas-Rhin) se distinguent en ayant mené une politique d'aide médicale particulièrement active dans les trois registres cités, et 7 pour deux d'entre eux. Enfin, sur les 55 départements dont la dépense par bénéficiaire est comprise entre 1 000 et 1 800 francs, 9 avaient élargi le dispositif d'AMG dans trois domaines et 19 dans deux domaines examinés.

Les éléments relatifs aux barèmes, aux dépassements tarifaires et aux recours en récupération ne donnent donc qu'une vision partielle des politiques départementales sans qu'il soit réellement possible d'établir un lien systématique entre le niveau de dépenses par bénéficiaires et les mesures particulières mises en œuvre.

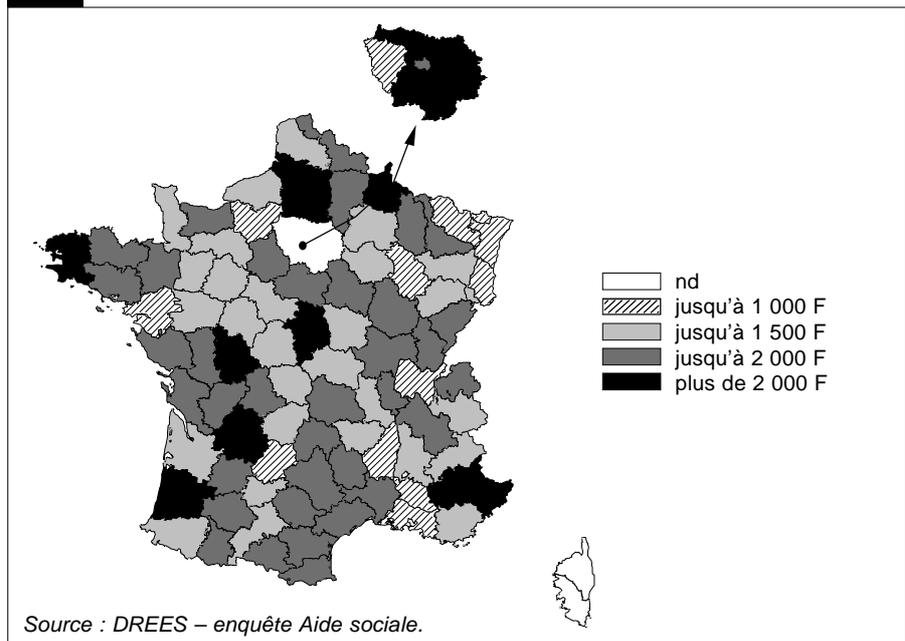
On constate donc à cet égard que si la décentralisation de l'aide sociale a donné lieu à l'exercice d'une solidarité plus proche, elle n'a pas permis de créer sur tout le territoire une homogénéité dans la prise en charge de l'aide médicale par les départements.

2000 : la fin de l'aide médicale gratuite

L'application de la Couverture maladie universelle (CMU) dès le 1^{er} janvier 2000 a mis un terme aux dispositifs d'aide médicale départementale. La CMU a ainsi permis d'offrir une couverture complémentaire, au 31 décembre 2000 à 4,4 millions de personnes en France métropolitaine soit plus de 50 % de plus que l'ancienne AMG. Bien que tous les bénéficiaires de l'AMG aient été automatiquement pris en charge par la CMU, on sait d'ores et déjà que certaines dépenses de fin d'exercice figureront encore au titre de retards de traitements administratifs ou de remboursements dans les comptes des départements pour l'année 2000.

13. Voir « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale au 31 décembre 2000 », Études et Résultats, n° 121, juin 2000, DREES.

C.04 dépenses nettes d'accès aux soins par bénéficiaire en 1999, en francs



À cet égard, si les bénéficiaires de l'AMG ont bénéficié d'une continuité de leur prise en charge, les champs couverts par les deux dispositifs ne se recouvrent pas intégralement si bien que l'on ne peut, sans prendre de précautions, comparer le montant des dépenses liquidées en 1999 au titre de l'aide médicale à celui de la CMU en 2000 et la comparaison devra être effectuée à champ constant (annexe). Par ailleurs, certains départements ont mis en place en 2000 des dispositifs facultatifs destinés à favoriser l'accès aux soins des personnes non admises à la CMU, qu'il s'agisse d'aides pour le financement d'une mutuelle ou de prises en charge ponctuelles des dépenses de soins¹³.

E.4

Les dépenses des DOM

Le montant des dépenses de cotisations engagées par les DOM s'élève en 1999 à près de 560 millions de francs. De même que le nombre des bénéficiaires des DOM représente un peu plus de 13% du nombre de bénéficiaires total, les dépenses constituent 14 % des dépenses de cotisations de la France entière. Ces dépenses ont cru depuis 1996 de 30 %, taux de croissance supérieur au taux moyen constaté en France métropolitaine (25 %). Cet écart se justifie, ces dernières années, par l'augmentation, du nombre de bénéficiaires du RMI plus rapide dans les DOM qu'en France métropolitaine.

Les dépenses de soins atteignent 10,5 % des dépenses totales soit environ 650 millions de francs. Elles n'ont augmenté depuis 1996 que de 8 % contre 20 % en métropole.

Pour en savoir plus ...

- Marie RUAULT, « L'aide médicale départementale : bilan au 31 décembre 1998 », *Études et Résultats*, n° 61, avril 2000, DREES.
- Bénédicte BOISGUÉRIN, « Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle au 30 septembre 2000 », *Étude et Résultats*, n° 96, décembre 2000, DREES.
- Isabelle GIRARD, Jocelyne MERLIÈRE « Les dépenses de santé des bénéficiaires de la CMU », *Point Stat*, n° 29, octobre 2000, CNAM.
- Sylvianne CARRE, « Les finances des départements 1998 », *Statistiques et finances locales*, décembre 2000, DGCL.
- Gérard ABRAMOVICI, Marie-Odile RATTIER « Les comptes de la protection sociale 1995-1999 », *Dossiers solidarité et santé*, n° 2, avril-juin 2000, DREES.

T
03

politiques départementales
en matière d'aide médicale

Règlement départemental d'aide sociale

Oui dans huit cas sur dix avec, dans plus de 90 % des départements, un volet consacré spécifiquement à l'aide médicale.

Conventionnement avec une CPAM

Oui pour 95 % des départements et dans tous les cas la convention concerne la gestion de l'aide médicale. 11 départements ont par ailleurs passé convention pour l'instruction des dossiers.

Remarque : 4 départements ont une convention de gestion restrictive où la CPAM gère uniquement, soit l'aide médicale de plein droit destinée aux bénéficiaires du RMI, soit l'aide médicale à domicile. De même, dans le cas d'un conventionnement sur l'instruction des demandes où, dans 3 départements, elle ne concerne que les bénéficiaires du RMI.

Conventionnement avec d'autres régimes d'assurance maladie

Oui pour 75 départements, en grande majorité avec la MSA. Les autres régimes particuliers sont la CMR (pour 25 départements), le GAMEX, la MNEF, la SMERRA, etc. Dans seulement deux cas, cette convention de gestion est restrictive et ne concerne que les bénéficiaires du RMI.

Conventionnement avec une mutuelle

6 départements ont passé une convention de gestion avec un organisme mutualiste, très souvent la mutualité du département. Pour 5 d'entre eux, ce conventionnement concerne un public particulier (les 16-25 ans, les familles affiliées à la CPAM ou à la MSA, les bénéficiaires du RMI).

Titre d'accès et modalités d'admission

À part quelques départements, le titre d'accès retenu est identique quel que soit le type de bénéficiaires. Dans six cas sur dix, il s'agit soit d'une carte d'assuré social avec la mention aide médicale, soit d'une carte santé. Les autres départements ont opté pour des combinaisons carte et notification ou numéro d'identifiant ou arrêté d'admission. Il reste par ailleurs quelques départements utilisant des bons, notifications, étiquettes ou encore bulletins de soins.

Dans la grande majorité des cas, le titre d'accès délivré est familial mais il reste encore 18 départements qui ont adopté un titre individuel.

L'accès à l'aide médicale est valable sur tout le territoire sauf dans 16 départements. Les limites sont alors le plus souvent départementales mais elles peuvent également concerner une liste précise de départements, s'étendre aux communes limitrophes ou encore être régionales. 2 départements ont posé une limite dans certains cas : dépassements tarifaires ou frais ambulatoires.

Barème d'admission à l'aide médicale totale

Seuls 23 départements (4 d'entre eux ont néanmoins officieusement un barème indicatif) n'ont pas établi de barème de ressources officiel pour l'admission des bénéficiaires de plein droit à l'aide médicale totale. Pour plus de la moitié, le barème est égal pour une personne seule au montant du RMI, soit 2 429 francs en 1998 et 15 départements ont adopté le RMI comme base avec une majoration allant de plus de 10 % (2 671 francs) à plus de 60 % (3 886 francs). Pour les autres, le barème varie de 1 400 francs à 4 004 francs par mois ; 5 départements ayant retenu le montant du minimum vieillesse. 2 départements ont restreint l'application du barème à l'aide médicale à domicile : l'aide médicale hospitalière faisant l'objet d'une demande particulière.

Barème d'admission à l'aide médicale partielle

Pour l'accès de plein droit à l'aide médicale partielle, un peu plus de la moitié des départements n'a pas de barème officiel. Sur les 43 départements qui ont établi un barème, 16 retiennent une base RMI majorée (de 13 % jusqu'à 80 %). 11 départements retiennent le montant du minimum vieillesse. Pour les autres, le montant s'échelonne de 2 754 francs à 4 602 francs pour une personne seule. Quelques départements ont mis en place différents niveaux de barème et appliquent, suivant ce niveau, un degré de prise en charge partielle différent. Par ailleurs, dans certains cas, le niveau de ressources retenu est en fait un revenu net (dont les charges de loyer ou de pension alimentaire peuvent par exemple avoir été déduites).

Adaptabilité des barèmes

On entend par adaptabilité des barèmes la faculté de prendre en compte l'hétérogénéité des situations de bénéficiaires. Ainsi, parmi 30 départements proposant un seul type de barème, 26 offrent un barème total et 4 un barème partiel. Par ailleurs, 40 départements ont mis en place à la fois un barème total et un barème partiel.

Dépassements tarifaires

65 départements avaient institué des prises en charge de soins au delà des tarifs de remboursement de l'assurance maladie. Dans six cas sur dix, cette prise en charge s'effectuait sur la base d'un barème, les autres départements ayant constitué un fonds, éventuellement en coordination avec des organismes d'assurance maladie (CPAM, MSA, etc.). En majorité, les soins remboursés étaient dentaires (pour 55 départements) et optiques (59 départements). En dehors de ce type de soins, pouvaient être remboursés notamment tous types de prothèses (auditives notamment) et appareillages, mais également des fournitures pharmaceutiques ou encore des examens médicaux.

Recours en récupérations

- Obligation alimentaire : 11 départements recourent entièrement à l'obligation alimentaire, 9 restreignent le recours à quelques champs de l'aide médicale seulement (par exemple à l'aide à domicile uniquement) et 8 ne le pratiquent pas du tout.
- Recours sur succession : 21 départements exercent un recours sur succession pour l'ensemble des champs de l'aide médicale, 4 ont mis en œuvre une limitation et 3 ont choisi de ne pas y recourir.
- Recours sur hypothèque légale : mis à part les départements non-répondants, 5 ni ne limitent, ni ne suppriment l'hypothèque légale, 7 opèrent une restriction sur ce recours et 3 ont supprimé entièrement le recours sur hypothèque légale.

ANNEXE - Études et Résultats **n° 126 • juillet 2001**

Rapprochement entre Aide médicale gratuite et Aide médicale de l'État en 1999 et Couverture maladie universelle complémentaire et Aide médicale de l'État rénovée en 2000

La Couverture maladie universelle (CMU) complémentaire a succédé à l'Aide médicale gratuite (AMG) pour prendre en charge les dépenses de soins complémentaires. Pour la France métropolitaine, les montants globaux de dépenses des deux dispositifs, sont respectivement de 5,3 milliards pour l'AMG 1999 et de 6,0 milliards pour la CMU complémentaire 2000. Ces montants correspondent à une estimation des dépenses engagées au titre de l'année (respectivement 1999 et 2000), avec des retards de traitement administratif et de remboursement d'une année sur l'autre de 1 milliard pour l'AMG (retards estimés équivalents de 1998 sur 1999 et de 1999 sur 2000), et 0,7 milliard de francs pour la CMU, qui ont été ajoutés aux 5,3 milliards de francs effectivement remboursés en 2000 par les régimes obligatoires d'assurance maladie et les opérateurs d'assurance maladie complémentaire.

En fait, les deux dispositifs ne sont pas tout à fait équivalents ni en termes de population protégée, ni en termes de contenu de la couverture maladie. Il faut d'abord tenir compte de l'Aide médicale de l'État (AME) qui complète le dispositif ; en effet, les bénéficiaires de l'AME 1999 ont tous été basculés à la CMU complémentaire et une partie des non assurés sociaux pris en charge en 1999 par l'AMG est, en 2000, couverte par l'AME 2000. De plus, l'AMG prenait en charge certaines dépenses au premier franc des non assurés sociaux et le panier de biens pris en charge était dans certains départements (par exemple ceux de la région parisienne) plus large que celui de la CMU complémentaire.

En faisant un certain nombre d'hypothèses explicitées plus loin, on peut estimer pour 1999 le montant global des dépenses d'AMG/AME sur un champ équivalent à celui de la CMU dans une fourchette allant de 4,2 à 4,6 milliards de francs. Ceci correspond, toujours à champ constant, à une fourchette d'évolution allant de +25 % à +40 %.

Les sources considérées

L'enquête auprès des Conseils généraux relevant les dépenses consacrées à l'aide médicale consolidées par les comptes administratifs des conseils généraux et les effectifs de bénéficiaires au 31 décembre 1999 constitue la principale source sur l'AMG.

Pour la CMU, les principales données proviennent des caisses d'assurance maladie qui fournissent mois par mois, le nombre de bénéficiaires et les dépenses des caisses d'assurance maladie pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Par ailleurs d'autres sources ont été utilisées de manière complémentaire comme le nombre de bénéficiaires de l'AME 2000 estimé par la CNAMTS ou l'échantillon permanent des assurés sociaux qui permet de déterminer le montant moyen de dépassement pour les bénéficiaires de l'AMG.

Comparaison du champ respectif des deux dispositifs

Dans un premier temps, il est nécessaire de préciser les populations bénéficiaires des deux dispositifs en question.

L'AMG était un dispositif décentralisé et prenait des formes relativement diverses selon les départements à la fois dans le champ de l'aide médicale (prise en charge des frais au premier franc) et dans les modalités de remboursements des producteurs de soins ; les départements mettaient en place des conventions (généralement avec la CPAM) qui pouvaient porter soit sur les dépenses d'assurance maladie du secteur ambulatoire (dans ce cas les établissements de soins étaient remboursés directement par le département), soit sur l'ensemble des soins de ville et des soins hospitaliers et parfois ces conventions s'adressaient à des publics particuliers (par exemple les bénéficiaires du RMI).

La CMU complémentaire a remplacé l'AMG sur le champ des dépenses complémentaires, la CMU de base qui remplace l'assurance personnelle prenant en charge la partie base de la protection maladie.

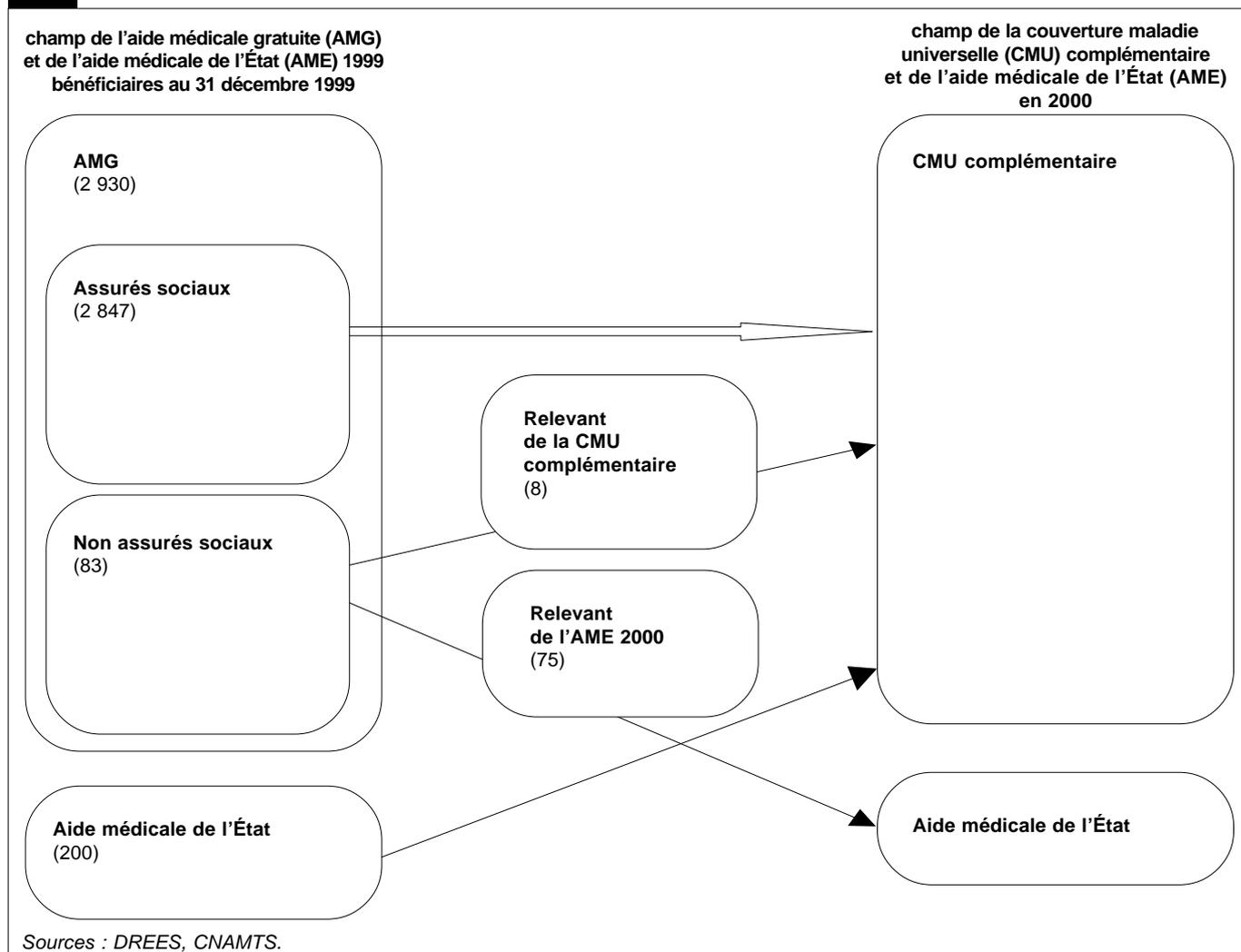
Par ailleurs, l'AME a changé de nature entre 1999 et 2000. L'AME 1999 couvrait environ 200 000 bénéficiaires (principalement des personnes sans domicile fixe), qui sont tous en 2000 devenus bénéficiaires de la CMU complémentaire. *A contrario*, une partie des bénéficiaires de l'AMG 1999 étaient des non assurés sociaux, personnes non affiliables ou dont on n'arrivait pas à retrouver les droits. En 2000, si ces personnes satisfont au critère de résidence, elles deviennent bénéficiaires de la CMU complémentaire. Si elles ne peuvent justifier d'une résidence stable, elles doivent demander l'AME (schéma 1) pour bénéficier d'une couverture complémentaire.

Les non assurés sociaux représentaient en 1999 environ 83 000 bénéficiaires de l'AMG qui se retrouvent en 2000 pour un dixième d'entre eux à la CMU et pour neuf dixièmes, qui ne satisfont pas au critère de résidence, à l'AME 2000. Cette répartition estimée résulte d'hypothèses construites sur le nombre de bénéficiaires de l'AME pour 2000, qui est de 75 000,

a1

S
01

champ comparé en termes de bénéficiaires de l'aide médicale gratuite et de l'aide médicale de l'État de 1999 et de la couverture maladie universelle complémentaire et de l'aide médicale de l'État de 2000 (les chiffres sont exprimés en milliers)



a2

dont 35 % à Paris, 35 % en Île-de-France hors Paris et le reste dans les autres régions.

Comparaison des dépenses 1999 et 2000 sur le champ couvert par la CMU complémentaire

Sur l'année 2000 et pour la France entière (y compris les DOM), les dépenses de CMU complémentaire liquidées par les caisses ont atteint 5,9 milliards de francs, et les retards de liquidation sont estimés à environ 0,7 milliard. Afin d'établir une comparaison entre l'AMG 99 et la CMU 2000, le champ sera réduit à la France métropolitaine soit environ 5,2 milliards de francs (liquidés par les caisses d'assurance maladie) auxquels seront ajoutés, pour obtenir les dépenses engagées au titre de l'année 2000, environ 0,7 milliard de francs de retards de liquidation. Les dépenses d'AMG ne sont en effet pas connues pour les DOM.

De plus, il faut ajouter les dépenses des organismes complémentaires qui sont estimées à environ 2 % du total, compte

tenu de la montée en charge tardive des inscriptions des nouveaux bénéficiaires dans les organismes complémentaires. Au total, les dépenses de CMU complémentaire, pour l'année 2000, sont environ de 6 milliards de francs.

Pour l'AMG, on a relevé auprès des conseils généraux 5,3 milliards de francs de dépenses d'aide médicale qui ont été remboursées en 1999 au titre des années 1999 et de 1998 (retards de remboursement ou de traitement administratif). Il y aurait en outre environ 1 milliard de reliquat de dépenses au titre de 1999, qui sera traité ou remboursé par les départements en 2000. Les retards de liquidation de l'AMG de 1998 et de 1999 étant estimés équivalents, le montant d'AMG au titre de 1999 pour la France métropolitaine peut donc être évalué à 5,4 milliards.

Le contenu des dépenses diffère toutefois entre les deux dispositifs. L'AMG pouvait financer des dépenses dites au premier franc (pour des personnes non assurées sociales) remboursées généralement par les régimes obligatoires d'assu-

rance maladie. De plus, selon les départements et les dossiers présentés, des dépassements étaient pris en charge par l'AMG, dépassements supérieurs aux tarifs des biens composant le panier de la CMU.

Quant au champ couvert par la CMU complémentaire, il comprend :

- les dépenses des assurés sociaux au titre du forfait journalier, du ticket modérateur et des dépassements pris en charge par la CMU complémentaire ;

- la partie complémentaire de la dépense pour la partie des ex-non assurés sociaux couverts par la CMU ;

- la partie complémentaire de la dépense pour les personnes couvertes en 1999 par l'aide médicale de l'État (tous basculés à la CMU).

Pour comparer les dépenses à champ comparable, des hypothèses, complémentaires à celle sur la répartition des non assurés sociaux entre CMU complémentaire et AME, sont faites :

- pour les personnes dont l'ensemble des dépenses (base et complémentaire), étaient en 1999 prises en charge par le département ou l'État, on a estimé que 10 % sont des dépenses de complémentaire et se retrouvent dans les dépenses CMU ;

- le montant des dépassements tarifaires a été calculé sur la base de 765 F pour l'Île-de-France où la carte santé, en vigueur jusqu'en 1999, était particulièrement généreuse et 131 F pour le reste de la métropole. Une partie de ces dépassements (dentaire, optique) fait partie du panier de biens couverts par la CMU ;

- les dépenses au premier franc (couvertes en 2000 par la CMU de base ou l'AME), sont calculées en partant du montant total des dépenses pour les non assurés sociaux à Paris divisé par la part des non assurés vivant à Paris dans l'ensemble des non assurés de la France métropolitaine.

Le schéma 2 présente la comparaison des dépenses AMG/AME 1999 restreintes au champ couvert par la CMU avec les dépenses engagées en 2000 au titre de la CMU complémentaire (les chiffres entre parenthèses sont estimés à partir des hypothèses précédentes et exprimés en milliards de francs) résultant des hypothèses ci-dessus.

En faisant varier les différentes hypothèses (répartition des non assurés sociaux entre CMU complémentaire et AME 2000, montant des dépassements non pris en charge par la CMU, part de la complémentaire dans les dépenses totales), on obtient une estimation au titre de l'année 1999 de dépenses d'AMG/AME dans le champ de la CMU complémentaire qui va de 4,2 à 4,6 milliards de francs. L'année 2000 aurait donc vu, avec la mise en place de la CMU, une augmentation des dépenses dans ce champ comprise entre 25 % à 40 %.

L'intégration dans les dépenses d'AMG des dépassements tarifaires pris en charge en 1999 par l'AMG, et non pris en compte dans le panier de biens CMU conduirait à une augmentation plus faible, de l'ordre de 20 à 30 %, du montant des dépenses. Cependant, il faudrait dans ce cas, pour que la comparaison des deux dispositifs d'aide médicale soit complète, ajouter aux dépenses de CMU complémentaire, le coût des dispositifs mis en place dans certains départements pour compléter la couverture de la CMU (par exemple : prise en charge partielle ou complète des cotisations à une assurance complémentaire auprès d'une mutuelle), qui n'est pas encore connu.

De la dépense totale à la dépense par bénéficiaire

Pendant le même temps et pour la France métropolitaine, le nombre de bénéficiaires de ces dispositifs est passé de 2,9 millions pour l'AMG en 1999 à 4,4 millions au 31 décembre 2000 pour la CMU complémentaire, les effectifs au 31 mars 2000, 30 juin 2000 et 30 septembre 2000 étant respectivement de 3,6 millions, 3,9 millions, 4,2 millions.

Toutefois, pour pouvoir estimer l'évolution de la dépense par bénéficiaire, il faut tenir compte du fait que le nombre de bénéficiaires ne recouvre pas la même notion dans les deux dispositifs. Pour l'AMG, il s'agit, en principe, du nombre de personnes qui ont bénéficié au cours de l'année 1999 d'au moins une prestation d'AMG. Pour la CMU, il semble judicieux de retenir le nombre de bénéficiaires au 31 décembre 2000 qui, compte tenu de la faiblesse du nombre de sorties au cours de l'année 2000, est plus proche de la notion utilisée pour le nombre de bénéficiaires de l'AMG que ne l'aurait été le nombre moyen d'affiliés à la CMU au cours de l'année 2000.

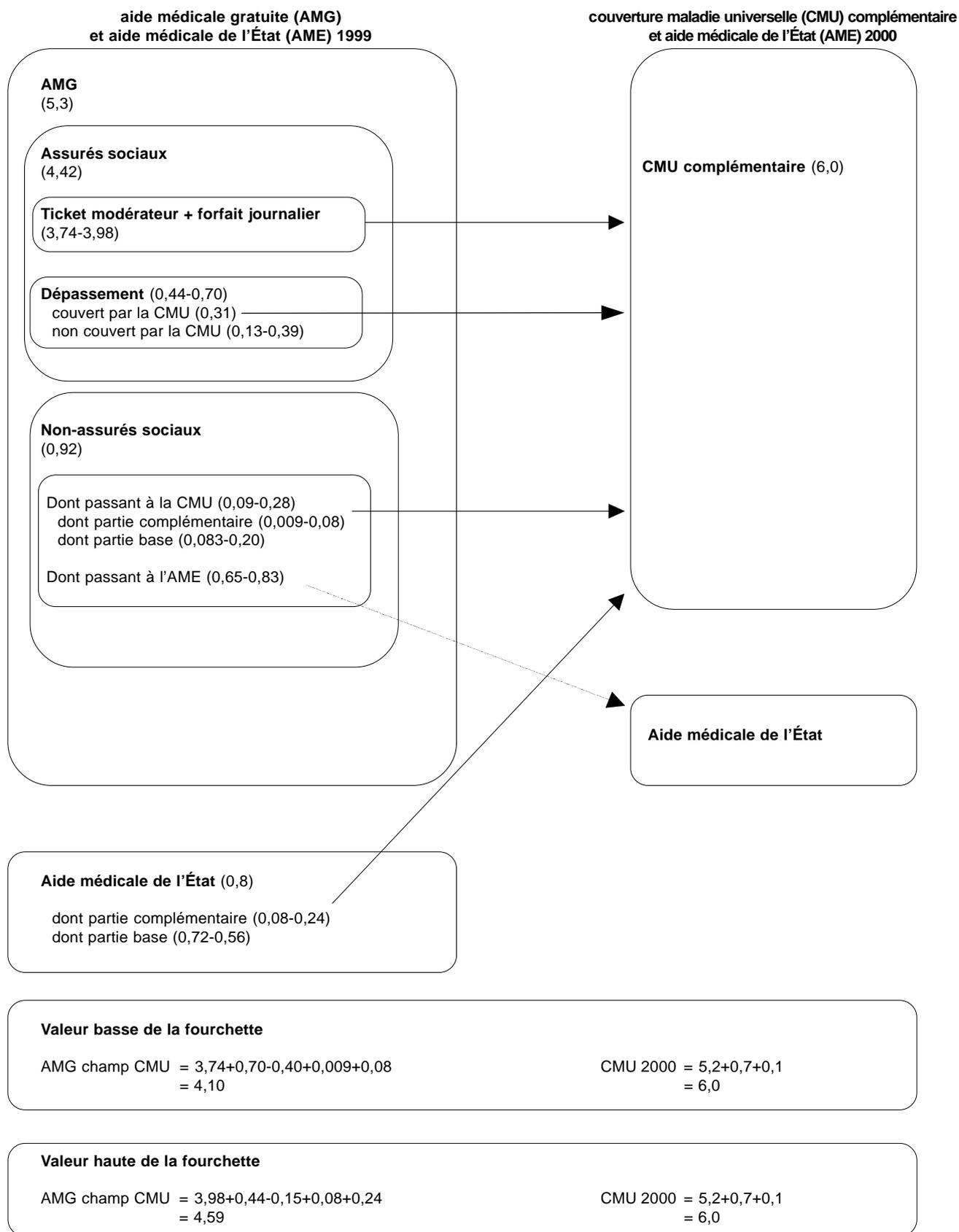
Sur cette base, la dépense de CMU complémentaire par bénéficiaire apparaît relativement stable, variant par rapport à celle d'AMG entre -5 % et +5 % selon les hypothèses. Ceci peut sans doute s'expliquer par les délais de montée en charge de la CMU, et par le fait qu'y sont systématiquement affiliés l'ensemble des membres des foyers bénéficiaires du dispositif, contrairement à ce qui se faisait parfois pour l'AMG, ce qui peut conduire à accroître la part de bénéficiaires qui ne consomment pas de soins.

Cependant, le nombre de bénéficiaires de l'AMG qui ont été transférés automatiquement à la CMU au 31 décembre 1999 est également environ de 2,9 millions. Il n'est donc pas impossible qu'il faille, au moins en partie, interpréter ce chiffre comme un nombre moyen de bénéficiaires pour l'année. Dans cette hypothèse, on aboutirait à une estimation de la dépense par bénéficiaire en hausse dans une fourchette comprise entre 5 % et 15 %.

a3

S
02

évolution des dépenses à champ comparable
 (les chiffres entre parenthèses sont en milliards de francs)



Sources : DREES, CANAM, CNAMTS, MSA, Fonds CMU.