



Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie **Auvergne**

***Evaluation de la politique des
caisses d'Assurance Maladie
pour réduire les effets de seuil
liés à la CMU***

PRAM 2001

- Septembre 2001 -

SOMMAIRE

- Introduction – Membres du groupe de travail	Page 3
- Finalité – Objectifs – Matériel & Méthodes	Page 4
- Résultats	Pages 5 à 24
- Contexte Régional	Pages 6-7
- Partie I – La Politique d’Action Sanitaire et Sociale – Dispositif général hors CMU Complémentaire (CMUc)	Pages 8-12
1.1 Motifs d’interventions des organismes	Pages 8-10
- Nature des aides attribuées	Page 8
- Modalités d’application	Page 9
- Population concernée	Page 10
1.2 Procédures de traitement des dossiers	Page 11
1.3 Analyse des constats relatifs à la politique ASS dispositif général <i>(Points forts, points à améliorer et propositions)</i>	Page 12
1.4 Incidence financière de la CMUc sur les dossiers ASS	Pages 13-14
- Partie II - La Politique d’Action Sanitaire et Sociale – Dispositifs spécifiques CMU Complémentaire (CMUc)	Pages 15 à 25
2.1 Les dispositions spécifiques définies par les caisses nationales	Pages 15-16
2.2 Quels dispositifs en Auvergne pour lisser les effets de seuil ?	Pages 17-22
- Nature des aides attribuées & périodes de mise en place	Page 17
- Modalités d’application	Page 18
- Comparaison des barèmes proposés relatifs aux dispositifs de prise en charge des cotisations à une mutuelle	Pages 19-20
- Populations ciblées et types d’information utilisées, partenariat mis en place	Page 21
- Difficultés rencontrées	Page 22
2.3 Analyse des dispositifs proposés – Points forts, points à améliorer	Page 23
2.4 Propositions	Page 24
- Conclusion	Page 25
- Références Bibliographiques	Page 26
<i>Questionnaire d’enquête</i>	<i>Annexe 1</i>

INTRODUCTION

La loi portant sur la CMU, en application depuis le 1^{er} Janvier 2000, prévoit une couverture complémentaire gratuite sous critère de ressources.

Malgré la revalorisation du seuil de ressources en 2001 (3600F pour une personne seule), une partie de la population, disposant de ressources juste au-dessus du plafond, reste exclue de la CMU Complémentaire. Il s'agit principalement des bénéficiaires de minima sociaux : Allocation Adulte Handicapé, Allocation Supplémentaire Vieillesse, Allocation Parent Isolé, et Allocation de Solidarité Spécifique.

Dans ce contexte, les caisses d'Assurance Maladie ont mis en place des dispositifs spécifiques pour lisser les effets de seuil liés à la CMU Complémentaire (CMUc), en fonction des particularités locales et des régimes, sur la base des fonds d'Action Sanitaire et Sociale.

C'est ainsi que la CANAM a proposé 5 mois après l'entrée en vigueur de la loi, un cahier des charges fixant l'octroi d'aides à la prise en charge des cotisations à l'assurance complémentaire.

Par ailleurs, la CNAMTS a mis à la disposition des caisses primaires, pour l'exercice 2001, une enveloppe budgétaire spécifique à hauteur de 400 MF, afin de tenir compte des besoins nouveaux générés par les populations en marge de la CMUc.

Compte tenu de ces situations, il est pertinent de s'interroger sur l'incidence des dispositifs locaux visant à corriger certaines exclusions. En effet, en désirant réduire des inégalités liées au seuil « couperet » de la CMU Complémentaire, les nouveaux dispositifs propres à chaque caisse risquent de créer d'autres inégalités sur le territoire auvergnat, et notamment en terme de prise en charge des assurés, en fonction de leur affiliation à une caisse ou à un régime.

C'est pourquoi, l'URCAM, à la demande de la DRASS, a souhaité réaliser un état des lieux des différentes politiques d'Action Sanitaire et Sociale conduites dans ce domaine, afin d'alimenter la réflexion nationale et régionale en cours.

Après avoir présenté le contexte régional, dans lequel s'inscrivent les politiques d'Action Sanitaire et Sociale des organismes, la première partie de la présente étude consiste à décrire la politique d'ASS, selon le dispositif hors CMUc, afin de cerner les particularités de chacune d'entre elles et d'appréhender leurs capacités à intégrer de nouvelles mesures d'aides à l'attention de la population en marge de la CMUc.

La seconde partie présente les différents dispositifs mis en place et l'analyse de chaque situation, afin d'évaluer leur incidence en termes d'inégalités de traitement des assurés. Les points à améliorer mis en exergue feront l'objet de propositions qui permettront d'enrichir la réflexion nationale et régionale.

Membres du groupe de travail :

- Stéphanie Bidault - Responsable Service Gestion Assurés & CMU - CMR auvergne
- Annie Bouchet - Responsable Service Solidarité - CPAM Haute Loire
- Jacky Chauvet - Responsable Service Prestations CMU Accueil ASS - CPAM Cantal
- Joëlle D'Almeida - Stagiaire - CPAM Puy de Dôme
- Gisèle Diservi - Responsable Service Social - CRAM Auvergne
- Paulette Kais - Référente Service ASS - CPAM Puy de Dôme
- Kristel Kissane - Chargée de mission Gestion du Risque/ Chef de projet - URCAM Auvergne
- Françoise Lebris - Responsable CMU - CPAM de l'Allier
- Pedro Rodrigues - Coordonnateur Gestion du Risque - Fédération MSA Auvergne
- Martine Trincard - Responsable Secteur associatif et Intervention Sociale - CPAM Puy de Dôme

FINALITE

⇒ **Avancer des propositions correctrices, afin de réduire certaines inégalités de traitement des assurés d'un département ou d'un régime à un autre, résultant des différentes politiques d'Action Sanitaire et Sociale conduites par les organismes d'Assurance Maladie pour réduire les effets de seuil liés à la CMUc.**

OBJECTIFS

⇒ **Réaliser un état des lieux des politiques d'Action Sanitaire et Sociale (ASS) conduites par les caisses membres de l'URCAM pour réduire les effets de seuil liés à la CMUc**

↳ Présenter le contexte régional dans lequel s'inscrivent les politiques d'ASS de l'Assurance Maladie,

↳ Analyser la politique ASS dans le cadre du dispositif général hors CMUc afin de cerner les divergences d'une caisse à l'autre et appréhender les capacités de chacune d'elles à intégrer de nouvelles mesures spécifiques à la population en marge de la CMUc,

↳ Analyser la politique ASS dans le cadre des dispositifs destinés à lisser les effets de seuil liés à la CMUc, afin d'en extraire les points forts et points à améliorer, notamment par rapport à d'éventuelles inégalités de traitement des assurés sur le territoire auvergnat,

↳ A partir des analyses observées, élaborer des propositions d'actions correctrices.

⇒ **Communiquer les résultats de l'étude et les propositions d'actions afin d'enrichir la réflexion nationale et régionale dans ce domaine.**

MATERIEL & METHODES

⇒ La méthodologie a été construite et validée par les membres du groupe de travail.

⇒ Celle-ci est basée sur la constitution d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs, avant et après la mise en place des dispositifs spécifiques.

⇒ L'ensemble des indicateurs a été constitué à partir d'un questionnaire (joint en annexe 1), établi par les membres du groupe de travail.

⇒ **La Fédération MSA n'a pas été en mesure de transmettre les éléments d'information nécessaires à l'étude.**

RESULTATS

Contexte Régional

**Partie I - La Politique d'Action Sanitaire et Sociale -
Dispositif général hors CMUc**

**Partie II - La Politique d'Action Sanitaire et Sociale -
Dispositifs spécifiques CMUc**

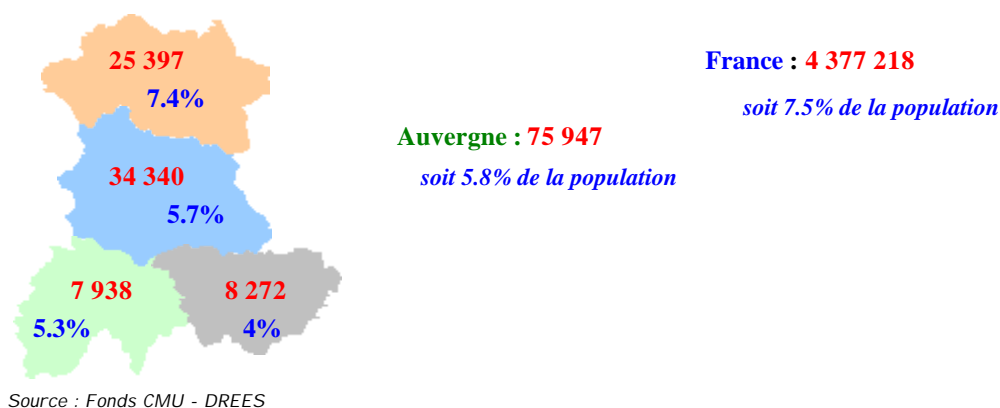
CONTEXTE REGIONAL

La présentation du contexte régional permet d'appréhender de quelle manière s'inscrivent les politiques d'Action Sanitaire et Sociale des organismes sur le territoire auvergnat, et plus particulièrement les dispositifs spécifiques pour lisser les effets de seuil.

Il est intéressant d'évaluer en effet :

- quels sont les bénéficiaires qui entrent dans le dispositif de la CMU Complémentaire ?
- quels sont ceux qui en sont exclus ?
- quelle est l'incidence de la prise en charge des bénéficiaires de l'Aide Médicale Départementale (AMD) par les Conseils Généraux avant la CMU ?

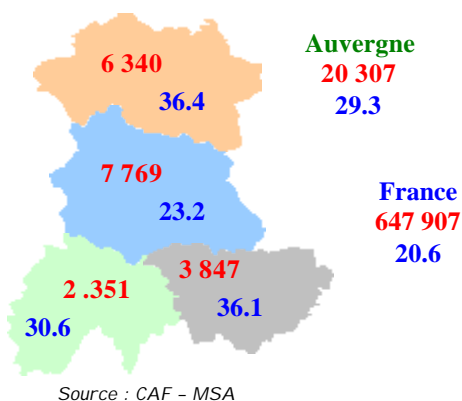
■ Dénombrement des bénéficiaires de la CMU Complémentaire en Auvergne au 31/12/00



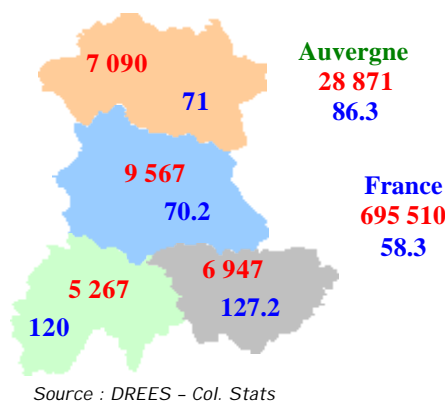
Au 31 Décembre 2000, l'Auvergne compte 75 947 bénéficiaires de la CMU Complémentaire, pour les 3 régimes d'Assurance Maladie (Régime Général, Agricole, et Professions Indépendantes). Toutefois, la région présente un taux de bénéficiaires de la CMU Complémentaire plus faible que le niveau national. Des disparités existent entre les départements : l'Allier est fortement concernée, soit un taux de bénéficiaires de 7.4%, alors que le département de la Haute Loire couvre uniquement 4% de cette population.

■ Dénombrement de la population potentielle exclue de la CMU Complémentaire (= Minima sociaux)

Bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé au 31/12/99 (AAH)
Taux de bénéficiaires pour 1000 adultes de 20 à 59 ans

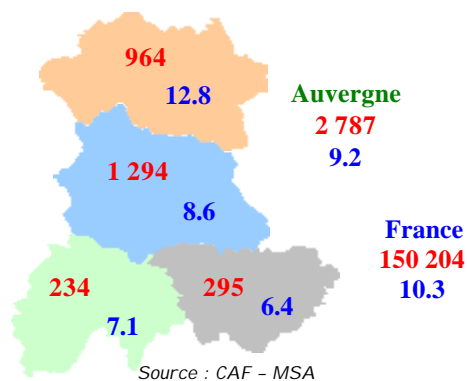


Bénéficiaires de l'Allocation Supplémentaire Vieillesse au 31/12/99 (ASV)
Taux de bénéficiaires pour 1000 personnes de 60 ans ou plus

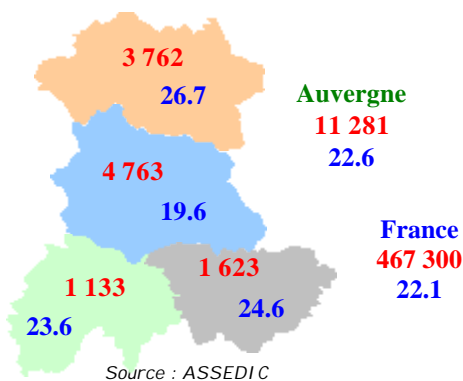


L'Auvergne présente un taux de bénéficiaires de l'AAH et de l'ASV fortement élevé par rapport au niveau national. Des disparités apparaissent dans les départements : Le taux d'AAH est important dans l'Allier et en Haute Loire, c'est aussi en Haute Loire et dans le Cantal que le taux d'ASV est le plus élevé.

Bénéficiaires de l'Allocation Parent Isolé au 31/12/99 (API)
Taux de bénéficiaires pour 1000 femmes de 15 à 49 ans



Bénéficiaires de l'Allocation de Solidarité Spécifique au 31/12/99 (ASS)
Taux de bénéficiaires pour 100 demandeurs d'emploi

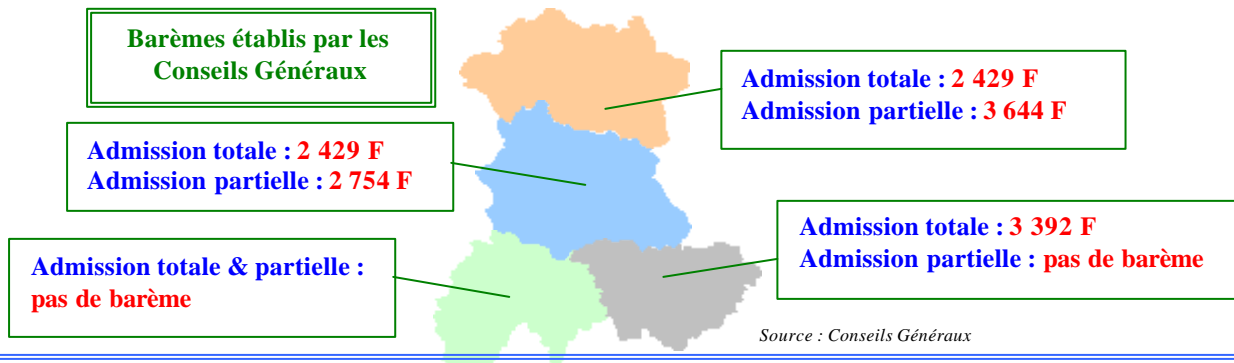


L'Auvergne présente un taux de bénéficiaires de l'API inférieur au niveau national, alors que le taux d'ASS régional est proche de la moyenne nationale. L'Allier est le département où se concentre le plus de bénéficiaires de l'API et de l'ASS. C'est aussi le département où le taux de chômage est le plus élevé de la région (9.5% contre 8.3% pour l'Auvergne). Au total, 63 000 personnes sont exclues en Auvergne de la CMUc pour des fourchettes de dépassement mensuelles comprises entre 54.50F et 793F.

Incidence de la prise en charge des bénéficiaires de l'Aide Médicale Départementale (AMD) par les Conseils Généraux avant la CMU

- L'aide médicale, gérée depuis la décentralisation par les Conseils Généraux, se déclinait en deux modalités de prise en charge : d'une part, le paiement des cotisations d'assurance personnelle pour les personnes non affiliées à un régime d'assurance maladie et d'autre part, la couverture des dépenses de soins restant à la charge des personnes dont les ressources étaient insuffisantes : ticket modérateur, forfait hospitalier, et dans certains cas, des dépenses supplémentaires en matière d'optique ou de soins dentaires.
- Les règles d'admission distinguaient les bénéficiaires de plein droit (bénéficiaires du RMI, allocation veuvage, jeunes de 17 à 25 ans, 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 pouvait 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).
- Certains départements prévoyaient des dispositions plus favorables et assuraient un remboursement de frais au-delà des tarifs de Sécurité sociale (frais dentaires et d'optique le plus couramment). Toutefois, au niveau des commissions cantonales, ces barèmes pouvaient être modulés.

En Auvergne, la situation avant l'entrée en vigueur de la CMU, était la suivante :



La disparité des positions antérieures des Conseils Généraux relatives à la prise en charge des bénéficiaires de l'AMD a pour conséquence d'exclure de la CMUc, des populations dans certains départements, autrefois prises en charge et disposant d'un même niveau de ressources.

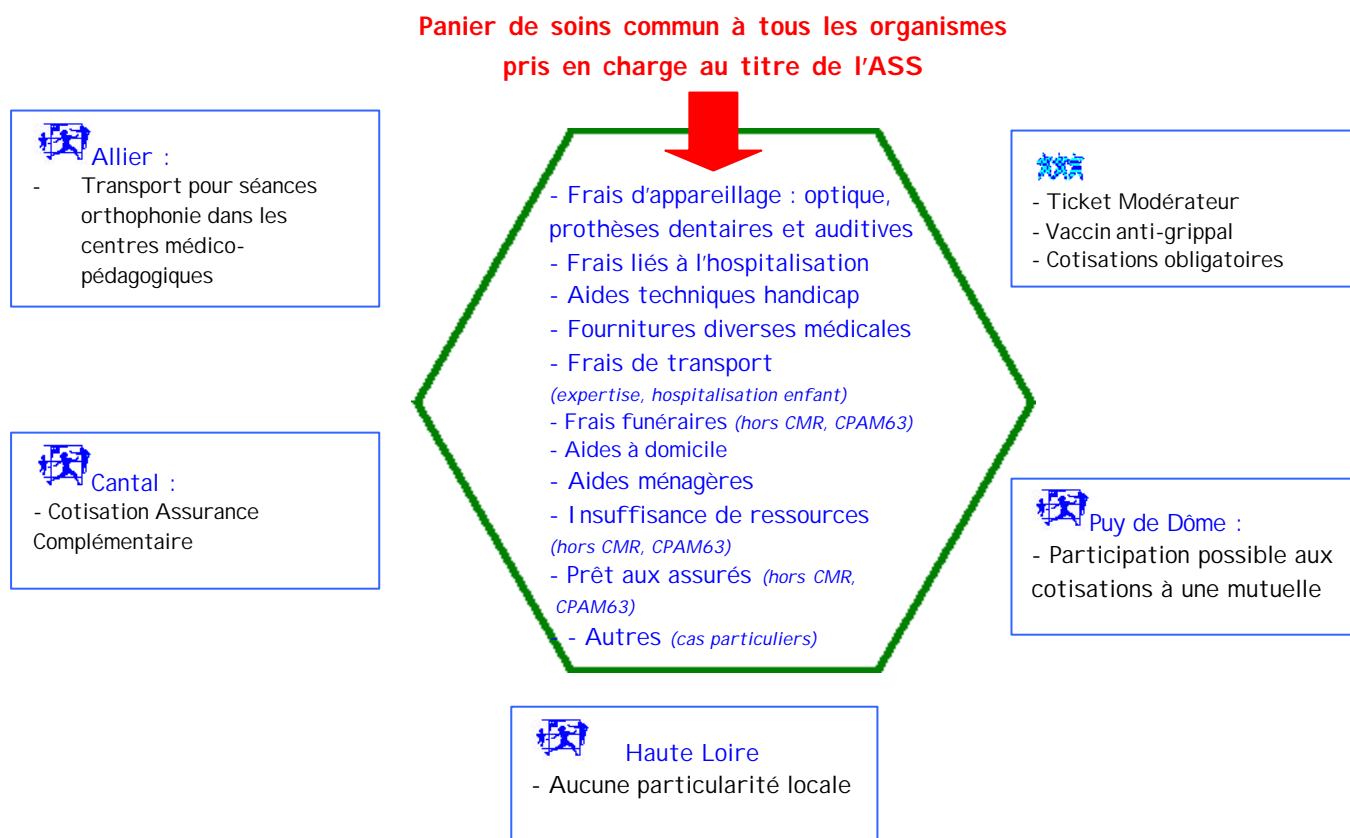
PARTIE I - La Politique d'Action Sanitaire et Sociale - Dispositif général hors CMUc

1.1 - Motifs d'intervention des organismes

■ Nature des aides attribuées

Les aides financières individuelles sont destinées à tous les assurés qui rencontrent des difficultés liées à la Santé.

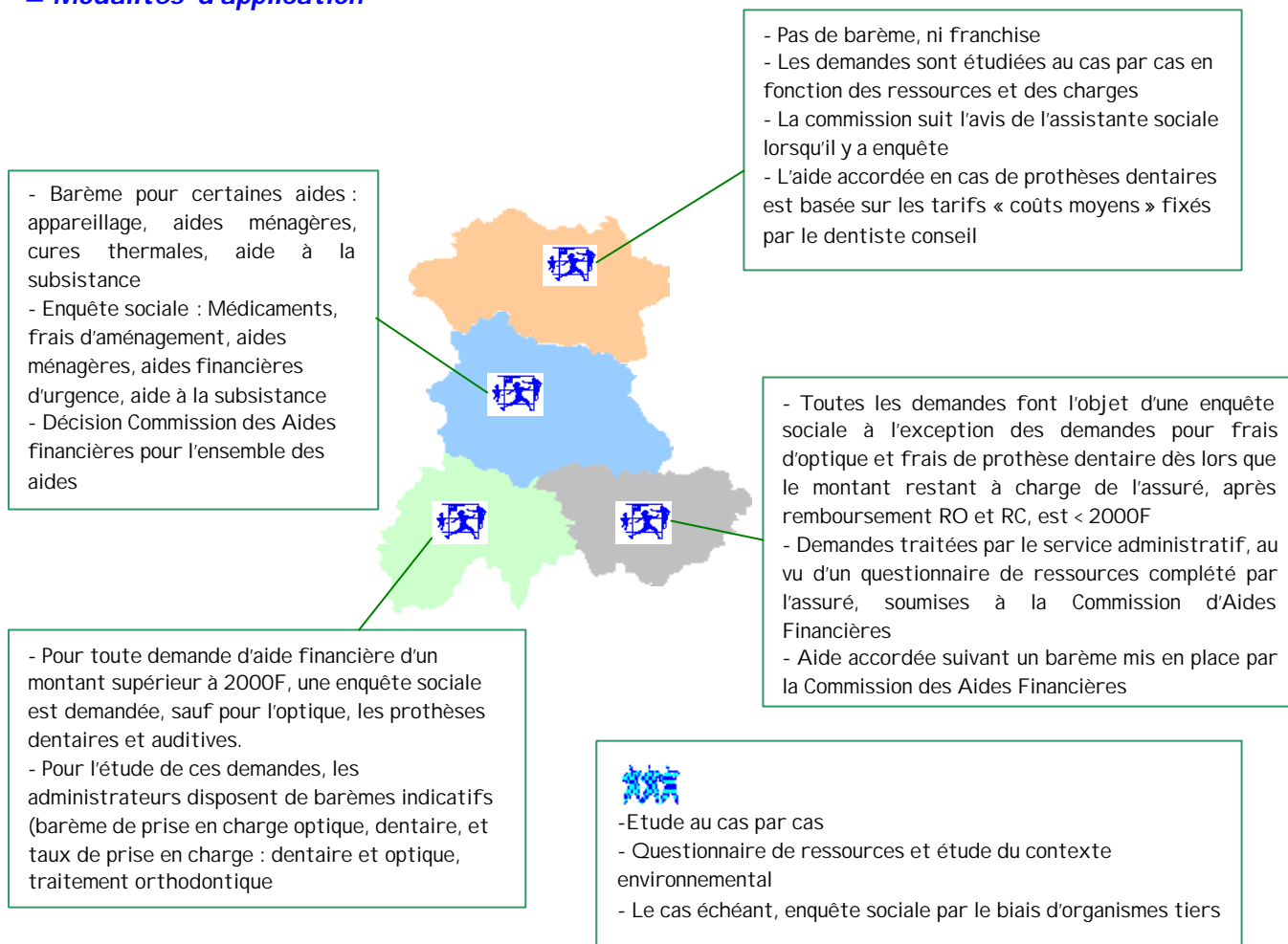
Au niveau des aides financières individuelles prises en charge au titre de l'ASS, se dégagent d'une part, un panier de soins commun à l'ensemble des organismes de la région Auvergne et d'autre part, des spécificités locales propres à chaque caisse.



◆ Un panier de soins, pris en charge au titre de l'ASS, est commun à tous les organismes de la Région. Plusieurs catégories d'aides financières peuvent être proposées par les caisses. Celles-ci sont attribuées en fonction des orientations des organismes et du niveau d'information des assurés. C'est ainsi que certains postes ASS sont plus développés dans certaines caisses. A titre d'exemple, la CPAM du Cantal attribue des prêts pour prothèse dentaire en complément d'une aide financière, alors que les autres caisses ont peu recours à ce type d'aides.

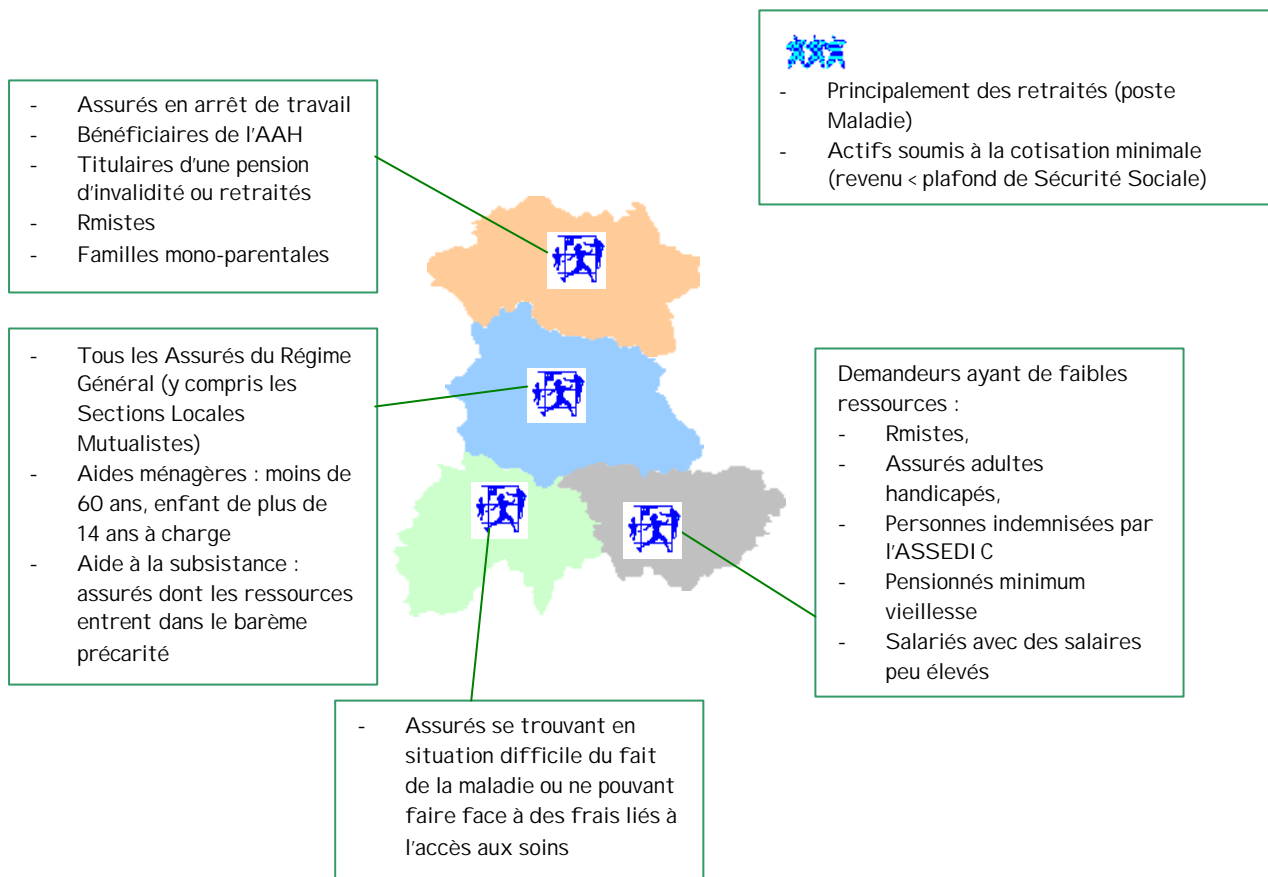
◆ Certaines caisses développent des aides spécifiques, au delà du panier de soins commun, qui sont liées au contexte local ou au régime. En effet, la CMR Auvergne prend en charge au titre de l'ASS le ticket modérateur, le vaccin anti-grippal et les cotisations obligatoires. La CPAM de l'Allier propose la prise en charge de transport pour séances d'orthophonie dans les centres médico-pédagogiques. La CPAM du Cantal et du Puy de Dôme offrent la prise en charge de la cotisation complémentaire de certains assurés. En revanche, la caisse de la Haute Loire ne propose pas de prise en charge spécifique, au-delà du panier de soins commun.

■ Modalités d'application



- ◆ Deux caisses ne proposent pas de barème et étudient les dossiers au cas par cas (CPAM de l'Allier & CMR).
- ◆ Les autres caisses disposent soit d'un seul barème (CPAM du Cantal), ou soit de plusieurs barèmes avec des taux de prise en charge différents selon le type d'aides accordées (CPAM Haute Loire & Puy de Dôme).
- ◆ Compte tenu de la diversité des barèmes pratiqués, il est très difficile de réaliser un comparatif précis. Toutefois, ces barèmes constituent des outils d'aide à la décision pour les administrateurs.
- ◆ Deux procédures sont adoptées, par les caisses, pour l'appréciation des dossiers :
 - *par l'ensemble*, pour la procédure administrative : analyse du dossier à partir d'un questionnaire de ressources
 - *par les caisses du Régime Général*, pour la procédure d'évaluation sociale : une enquête sociale est établie par une assistante sociale dès lors que la nature de la demande et la situation du demandeur requiert un avis technique, et de manière systématique lorsque le montant de l'aide demandée excède 2000F à l'exception de l'optique, prothèses dentaires et auditives.
- ◆ Les décisions de prise en charge incombent toujours à la Commission d'Aides Financières des caisses du Régime Général et à la Commission d'Action Sanitaire et Sociale de la CMR Auvergne.

■ Populations concernées



- ◆ D'une manière générale, les populations concernées sont des assurés sociaux rencontrant des difficultés financières en lien avec la santé.
- ◆ D'un organisme à l'autre, les populations concernées pour les aides au titre de l'ASS sont liées aux spécificités locales. La CPAM de l'Allier qui comptabilise un taux de bénéficiaires de l'AAH le plus élevé de la région (cf contexte régional), recense cette catégorie de population comme cible privilégiée. En ce qui concerne la CMR Auvergne, ce sont principalement des retraités.

1.2 - Procédures de traitements des dossiers ASS

■ Détection des demandes

CMR	CPAM Allier	CPAM Cantal	CPAM Haute Loire	CPAM Puy de Dôme
<ul style="list-style-type: none"> - Demande directe d'assurés - Informations émanant d'organismes conventionnés - Intervention d'assistantes sociales 	<ul style="list-style-type: none"> - Dans le cadre de la CASU - Par le service social - Par les agents d'accueil 	<ul style="list-style-type: none"> - Demandes effectuées par les assurés - Signalements effectués par les services sociaux, CCAS, PS, services CPAM et agents d'accueil (Charte de coopération avec la CRAM) 	<ul style="list-style-type: none"> - Techniciens CPAM guichets ou permanences - Charte de la CASU, CPAM guichet orientateur - Signature Charte Service social CRAM : signalement de toute situation supposée difficile, assurés en IJ de plus de 4 mois, arrêts médicaux et administratifs IJ. 	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi de la situation de l'assuré par un service social - Déclenchement par un centre de paiement - Demande spontanée de l'assuré - Signalement d'arrêt de travail au delà de 4 mois dans le cadre d'une charte de coopération caisses assurance maladie, services administratifs, service médical, et service social de la CRAM. Ce dernier fait une offre de service à l'assuré.

◆ On constate une homogénéité des procédures de détection des demandes conduites par les organismes d'assurance maladie, ainsi que l'existence d'une coordination en réseau entre les services sociaux et les caisses, dans le cadre de la CASU et de la Charte de Coopération avec la CRAM.

■ Nombre de commissions

CMR	CPAM Allier	CPAM Cantal	CPAM Haute Loire	CPAM Puy de Dôme
- 1 commission par mois minimum, le plus souvent toutes les 3 semaines	- 33 commissions sur l'année 2000	- 2 commissions par mois	- 1 commission tous les 15 jours	- 1 commission par semaine

◆ Le nombre de commissions varie de 1 à 4 par mois selon les organismes. La fréquence des commissions est fortement liée au nombre de dossiers présentés.

■ Partenariat en place

CMR	CPAM Allier	CPAM Cantal	CPAM Haute Loire	CPAM Puy de Dôme
<ul style="list-style-type: none"> - Chambre des Métiers (Service d'aide des entreprises) - Service d'Orientation sociale des artisans et commerçants 	<ul style="list-style-type: none"> - Partenariat dans le cadre de la CASU - Politique d'harmonisation des aides financières 	<ul style="list-style-type: none"> - Politique d'harmonisation d'attribution des aides financières entre la CPAM, CAF, MSA, DDASS, Conseil Général, CCAS. Mise en place d'un support d'enquête sociale commun à tous les organismes - Mise en place d'un fond mutualisé alimenté par la CPAM, la DDASS, le Conseil Général... 	<ul style="list-style-type: none"> - Dans le cadre de la CASU, création d'une fiche navette. Celle-ci complétée par la CPAM avise l'assistant social référent du secteur du demandeur de la décision prise par la CPAM 	<ul style="list-style-type: none"> - Service social (CRAM, Conseil Général, CCAS, Service de tutelle, hôpital...) - Partenariat interne de la CPAM, service social CRAM, relais santé, services administratifs

◆ Les caisses ont développé un partenariat externe et interne, en particulier les caisses primaires avec la CRAM dont le service social instruit généralement les dossiers, assure la coordination avec les autres services sociaux, participe aux commissions d'aides financières. Certains organismes ont développé une politique d'harmonisation des aides financières ainsi que la mise à disposition des assurés de supports communs.

◆ La CPAM du Cantal a mis en place un fonds mutualisé alimenté par la CPAM, la DDASS, et le Conseil Général. Par ailleurs, le partenariat développé par la CMR Auvergne est spécifique au régime AMPI.

1.3 - Analyse des constats relatifs à la politique ASS - dispositif général

POINTS FORTS

- ⇒ Homogénéité des aides accordées par les organismes dans le cadre de la maladie, avec des procédures différentes selon les caisses qui sont liées aux orientations prises par les administrateurs ainsi qu'au niveau d'information des assurés
- ⇒ Personnalisation des aides accordées, soit instruction des dossiers prenant en compte la situation globale du demandeur
- ⇒ Existence d'outils d'aide à la décision objectifs (barèmes) mis à la disposition des administrateurs
- ⇒ Souplesse des dispositifs adaptés au contexte local et au régime
- ⇒ Homogénéité des procédures de détection des demandes mises en œuvre par les organismes
- ⇒ Partenariat interne et externe fort : cadre de la CASU, Chartes de coopération avec la CRAM Auvergne (Service Social).

POINTS A AMELIORER

- ⇒ Bien que la marge de manœuvre, dont disposent les administrateurs dans la gestion du dispositif ASS, doit être préservée, l'inexistence ou la disparité des barèmes proposés d'une caisse à l'autre génèrent des inégalités de traitement des assurés sur le territoire auvergnat
- ⇒ L'Accès aux droits à la CMUc des bénéficiaires du RMI n'est pas forcément automatique d'un organisme à l'autre, l'assuré est souvent dans l'obligation d'effectuer deux demandes distinctes
- ⇒ Le dispositif de la loi CMUc paraît être méconnu par les relais sociaux, malgré les informations dispensées par ailleurs
- ⇒ Le formulaire de demande pour l'ouverture des droits à la CMU est compliqué pour les assurés
- ⇒ Le forfait logement, pris en compte dans le calcul des ressources, est mal connu et peu compris par les assurés et les relais sociaux
- ⇒ L'Accès à l'information de certains publics, qui se trouvent en dehors des relais sociaux (notamment les artisans et commerçants), est parfois limité

PROPOSITIONS

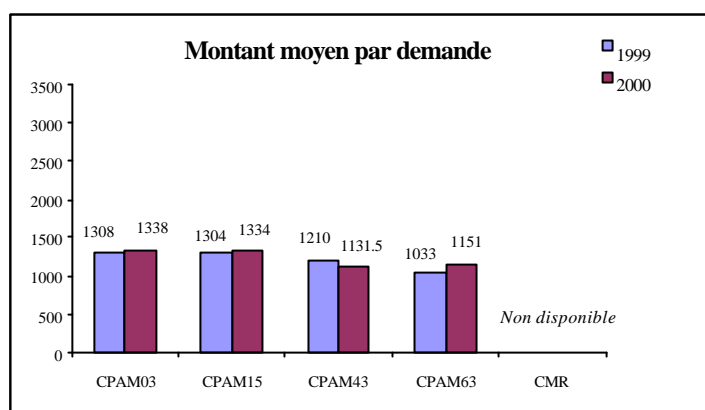
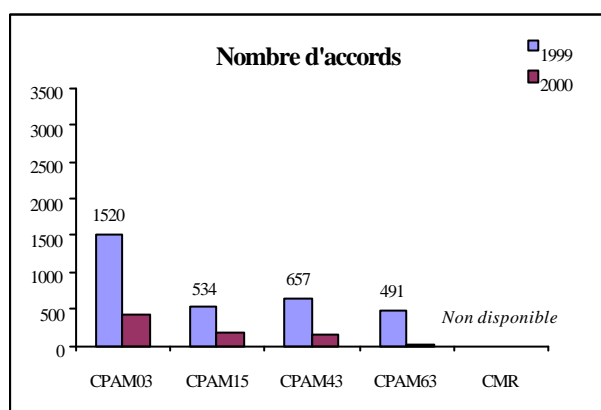
- ⇒ *Mettre en place une procédure pour l'accompagnement des assurés, avec demande systématique et simultanée des droits au RMI et à la CMU*
- ⇒ *Proposer l'uniformisation de la constitution des dossiers (déclaratifs/justificatifs) et une instruction simple d'aide au remplissage du formulaire pour l'ouverture des droits à la CMU*
- ⇒ *Indiquer le montant de ressources pris en compte sur le courrier de notification de refus et un contact, afin d'éviter éventuellement un recours DDASS (déjà mis en place par la CPAM Haute Loire et CMR)*
- ⇒ *Offrir la possibilité aux organismes de reporter les budgets d'un exercice à l'autre, afin de mieux répartir les enveloppes budgétaires en fonction des demandes, et non selon la période.*
- ⇒ *Développer d'autres types de partenariat, afin d'améliorer l'accès à l'information de certains assurés (commerçants et artisans), notamment en mutualisant les relais*

1.4 - Incidence financière de la CMUc sur les dossiers ASS

Afin d'évaluer l'incidence financière de la CMUc, un comparatif 1999/2000 est proposé à partir des indicateurs suivants : - le nombre de dossiers présentés, - le nombre d'accords, - le taux de refus et - le montant moyen par demande, sur le champ du panier de soins de la CMUc (c'est à dire soins dentaires et optique) d'une part, et quel que soit le type d'actes pris en charge, d'autre part.

⇒ Evolution 1999 & 2000 des indicateurs portant sur les soins dentaires et l'optique

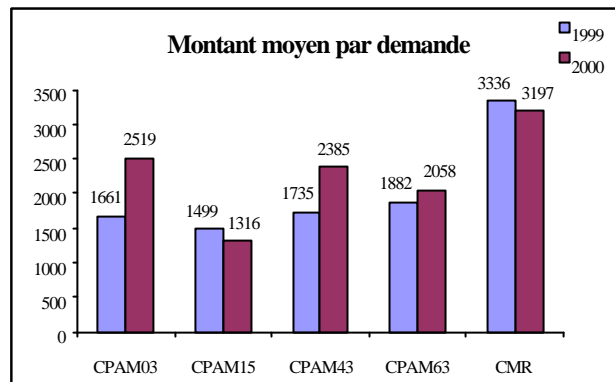
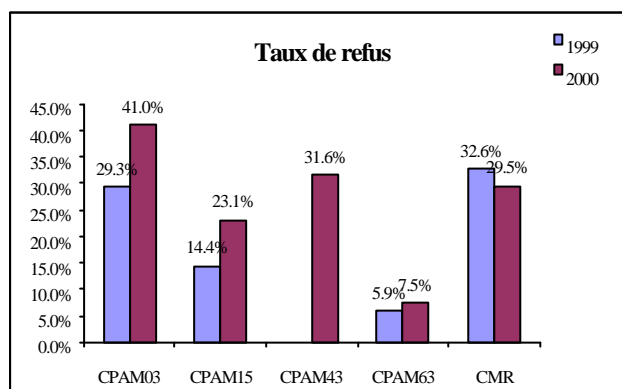
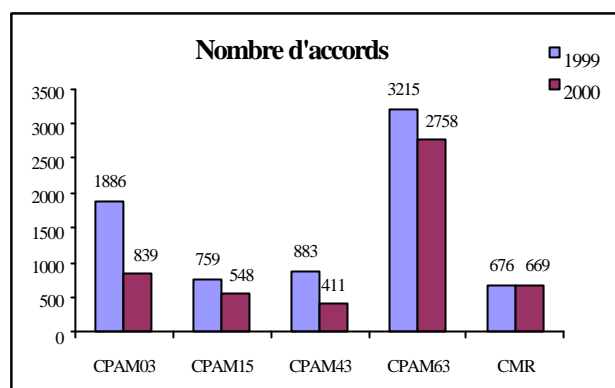
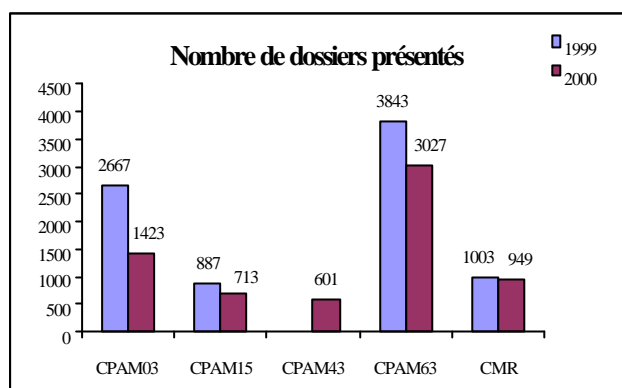
- Données non disponibles par certains organismes sur l'ensemble des indicateurs -



◆ Avec la mise en place de la CMUc et des tarifs opposables sur l'optique, les prothèses dentaires et auditives, les demandes d'aides financières pour ces motifs ont diminué de manière significative entre 1999 & 2000. Toutefois, le montant moyen par demande est resté stable dans l'ensemble des organismes.

◆ Le montant moyen par demande sur le champ du panier de soins est relativement proche d'une caisse à l'autre.

⇒ Evolution 1999 & 2000 des indicateurs, quel que soit le type d'actes pris en charge



- ◆ Quel que soit le type d'actes, le nombre de dossiers présentés et le nombre d'accords se sont réduits dans chaque caisse.
- ◆ En revanche, les taux de refus sont d'une manière générale plus élevés en 2000, et particulièrement dans l'Allier et le Cantal.
- ◆ Le dépassement des ressources constitue le motif de refus le plus fréquent. Sont également évoquées des demandes non consécutives à un motif de santé et des dossiers ne relevant pas du Fonds d'Action Sanitaire ou Sociale
- ◆ Le nombre de dossiers présentés et le nombre d'accords varient fortement d'un organisme à un autre, et sont liés au nombre d'assurés couverts.
- ◆ Sur l'ensemble des actes, on constate des disparités de montant moyen par demande. Cette situation peut s'expliquer par une prise en charge au titre de l'ASS très différente d'une caisse à l'autre et des niveaux de taux de refus.

PARTIE II - La Politique d'Action Sanitaire et Sociale - Dispositifs spécifiques CMU Complémentaire

2.1 - Les dispositions spécifiques définies par les caisses nationales pour lisser les effets de seuil

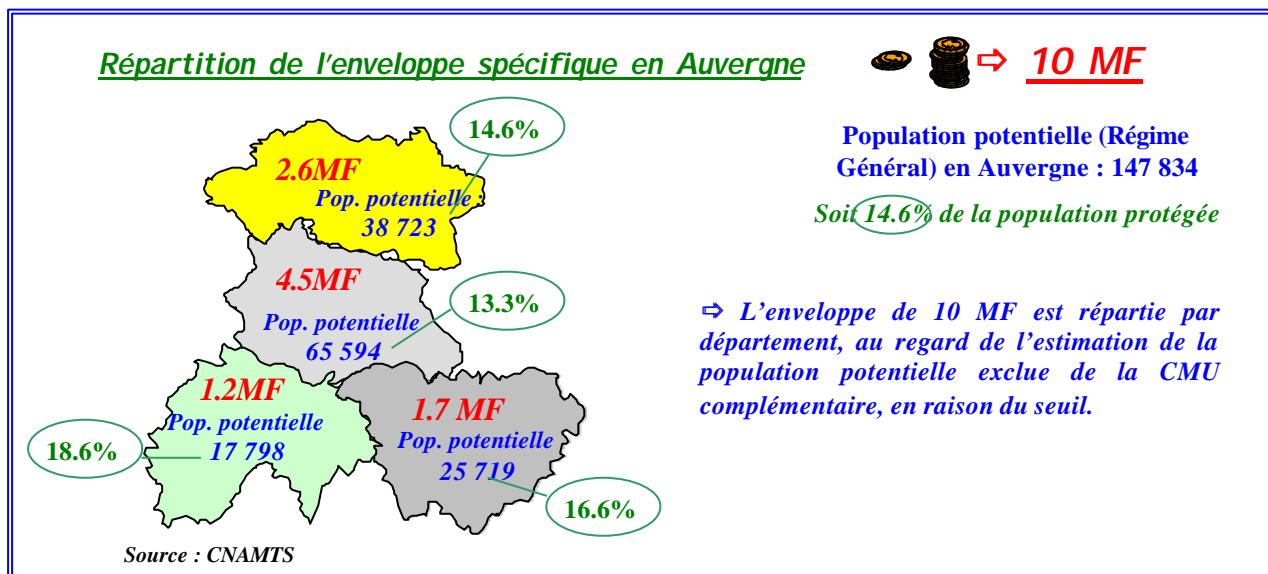
⇒ *Par le Régime Général :*

La circulaire de la CNAMTS du 22 Décembre 2000 (DAR 16/2000) repositionne la politique d'Action Sanitaire et Sociale des caisses du Régime Général, suite à la création de la CMU complémentaire.

En effet, la mise en place de la loi CMUc modifie le contexte dans le cadre duquel l'action sanitaire et sociale des CPAM est appelée à s'exercer, celle-ci devant se positionner par rapport aux populations en marge de la CMU complémentaire.

« Tout en soulignant que l'action sanitaire et sociale des caisses doit conserver sa vocation générale et son champ d'application pour pouvoir, par des politiques adaptées aux contextes économiques et sociaux, serrer au plus près les besoins des assurés en difficulté pour cause de maladie », la Commission d'Assurance Maladie de la CNAMTS a décidé d'identifier un dispositif budgétaire spécifique pour aider les assurés exclus de la CMU Complémentaire et éviter les ruptures de droits qui pourraient intervenir à terme par rapport aux ex-bénéficiaires de l'AMD. **Cette enveloppe est fixée, pour l'exercice 2001, à 400 MF.**

La répartition de l'enveloppe budgétaire entre les caisses est basée sur la population en marge de la CMU du Régime Général dénombrée par circonscription, à savoir les titulaires de l'Allocation Adultes Handicapés (AAH), l'Allocation Supplémentaire Vieillesse (ASV), l'Allocation Spéciale Invalidité (ASI), les chômeurs de plus d'un an et les jeunes de 16-25 ans, affectés d'un coefficient de pondération afin d'aligner leurs volumes sur les 4 catégories précédentes.



La circulaire CNAMTS souligne que les interventions des caisses doivent continuer à s'exercer selon les modalités actuelles d'intervention, sur appréciation et examen des situations individuelles, sous forme :

- soit d'aides financières individuelles (ex-secours), à l'instar des prestations classiques servies aux assurés sociaux, correspondant au panier de soins CMUC (Ticket Modérateur, frais d'appareillage, optique, dentaire et auditif, Forfait hospitalier)
- soit d'aides ponctuelles au paiement des cotisations ou primes de contrats d'assurance complémentaire

Dans ce dernier cas, il appartient aux caisses d'établir un cahier des charges définissant :

- l'offre de services (contenu du panier de soins, régime tarifaire...),
- le barème de participation au regard des tarifs de cotisations déterminés,
- certaines conditions spécifiques (non sélection des risques, tiers payant...), **sachant que le choix de l'organisme complémentaire ne pourra résulter que de la décision libre de l'assuré.**

⇒ *Par l'Assurance Maladie des Professions Indépendantes :*

La création de la CMU Complémentaire vient modifier les conditions d'intervention de l'action sanitaire et sociale des caisses maladies régionales en faveur des bénéficiaires du régime AMPI exclus du dispositif, compte tenu de l'effet de seuil particulièrement sensible pour les professions indépendantes, en raison de la cotisation minimale forfaitaire et du ticket modérateur applicables au titre du régime obligatoire de base.

La CANAM a ainsi établi, en Mai 2000, un cahier des charges fixant les conditions d'éligibilité des contrats maladie complémentaires à l'intervention de l'ASS, qui tiennent compte des spécificités des professions indépendantes.

Plusieurs formules de contrats complémentaires, au choix de l'adhérent, sont prévues. Tout opérateur compétent (mutuelle, compagnie d'assurance ou institution de prévoyance) qui le souhaite peut proposer une offre conforme au cahier des charges.

Les contrats reconnus par la CANAM conformes au cahier des charges ouvrent droit à la prise en charge éventuelle par les caisses maladies régionales, qui en acceptent le principe, d'une fraction des primes ou cotisations au titre de l'ASS, après examen des ressources des demandeurs en tenant compte des critères fixés par la Caisse Nationale.

Les critères d'intervention de l'action sanitaire et sociale des caisses maladie régionales sont les suivants :

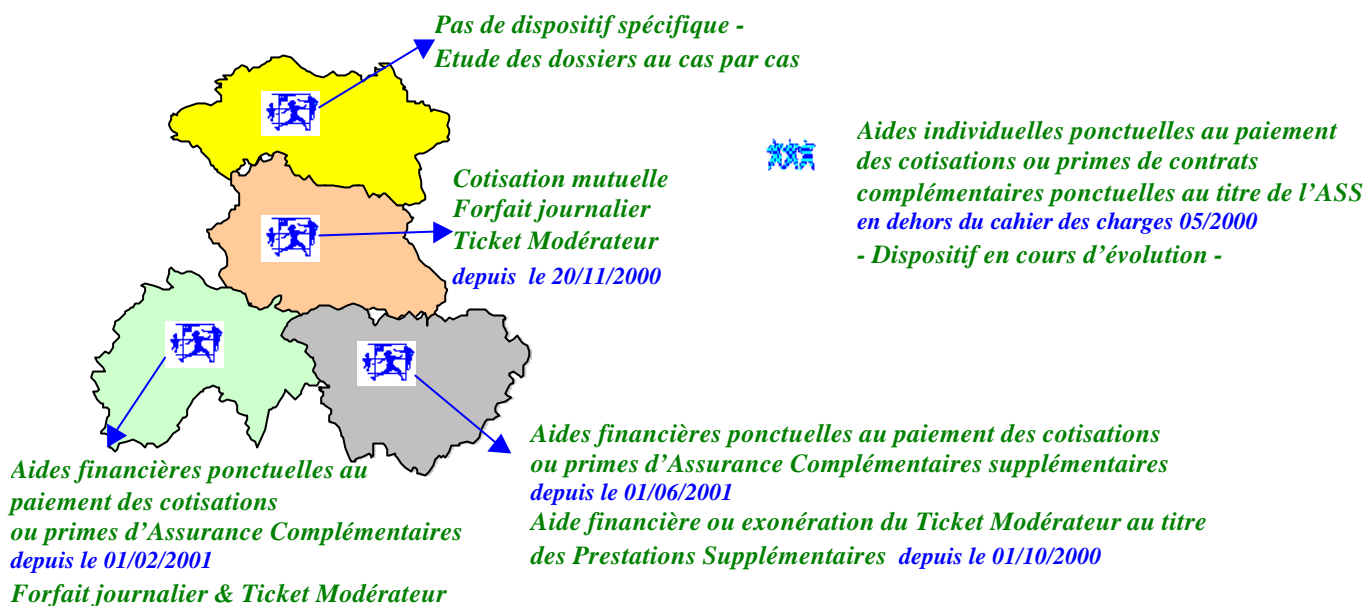
- La première condition d'ouverture au droit à aide de l'ASS est de ne pas bénéficier de la CMU Complémentaire
- La deuxième condition pour l'intervention de l'ASS consiste à réserver l'aide aux assurés à jour des cotisations et majorations de retard du régime légal de base
- La troisième condition consiste à réserver l'aide de l'ASS aux assurés et ayants droit bénéficiaires des prestations du régime AMPI
- La quatrième condition consiste à réserver l'aide de l'ASS aux assurés dont les ressources, au sens de la réglementation applicable pour l'ouverture du droit à la couverture complémentaire de la CMU, sont inférieures au plafond de ressources déterminé par le cahier des charges national.

A ce jour, un seul opérateur a proposé une offre conforme à ce cahier des charges, toutefois celui-ci n'a pas vocation à intervenir sur l'ensemble du territoire national.

Par ailleurs, les caisses maladie régionales ne disposent pas de ligne budgétaire spécifique sur le Fonds d'Action Sanitaire et Sociale pour mettre en place de tels dispositifs.

2.2 - Quels dispositifs spécifiques en Auvergne pour lisser les effets de seuil ?

■ Nature des aides attribuées & périodes de mise en place



◆ La nature des aides, attribuées aux personnes exclues de la CMU Complémentaire dans la région Auvergne, est majoritairement orientée vers des aides financières ponctuelles au paiement des cotisations ou primes d'assurance complémentaires (renouvelables chaque année sous réserve d'une notification CMU). Au cours de l'année 2000, certaines caisses ont intégré la prise en charge du Forfait Journalier et l'élargissement du Ticket Modérateur.

◆ Les dispositifs proposés se sont mis en place progressivement dans les organismes, entre Novembre 2000 et Juin 2001, notamment en raison de l'attribution tardive des enveloppes spécifiques budgétées par la CNAMTS.

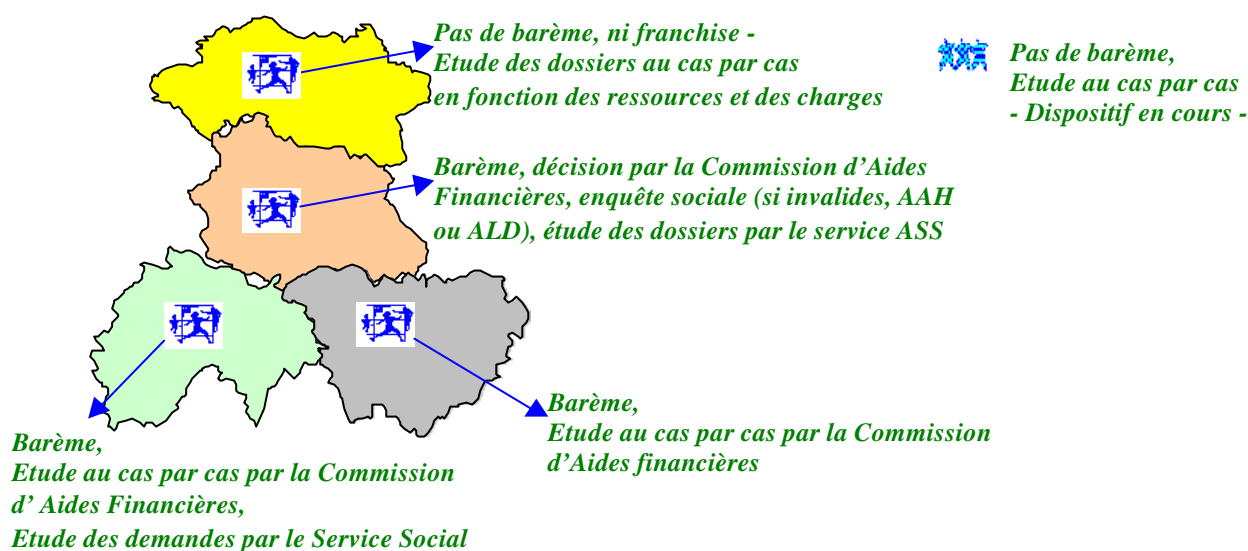
◆ Dans l'Allier, il n'existe pas de dispositif spécifique. En effet, les dossiers sont étudiés au cas par cas, au titre de l'ASS.

◆ Dans l'attente d'informations complémentaires, la CMR Auvergne n'a pas mis en place de dispositif régional, au regard du cahier des charges national proposé en Mai 2000. Toutefois, des aides ponctuelles au paiement de cotisations sont proposées au titre de l'ASS. Ce dispositif est par ailleurs en cours d'évolution.

■ Modalités d'application

La procédure de traitements des dossiers est identique à celle mise en œuvre dans le cadre du dispositif général d'Action Sanitaire et Sociale.

Les modalités d'application des dispositifs portent sur : - la mise à disposition de barèmes ou franchise, la décision appartenant soit à la Commission d'Aides Financières, soit au responsable ASS disposant alors d'une délégation, et - l'analyse du dossier réalisée soit au cas par cas, ou soit par enquête sociale.

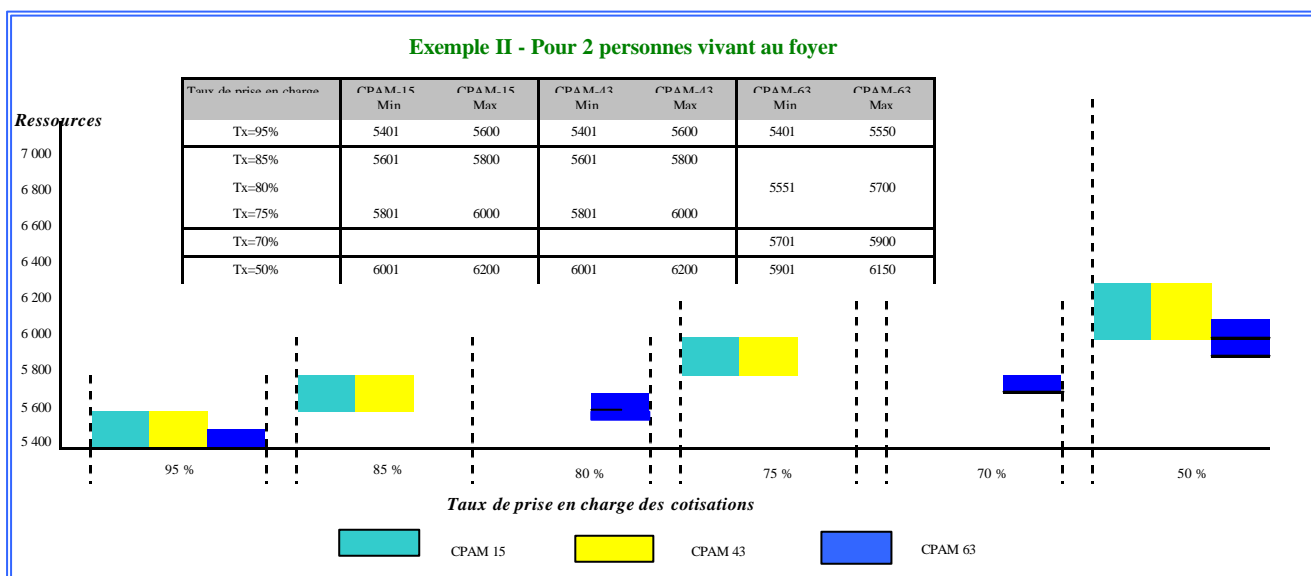
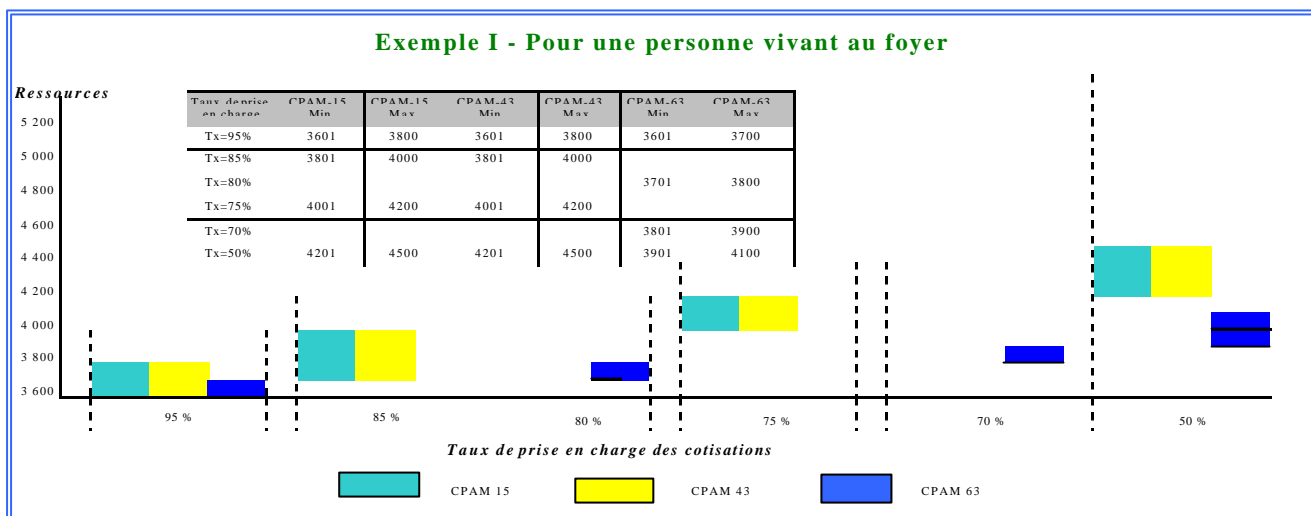


- ◆ Les dispositifs proposés s'accompagnent généralement de barèmes de prise en charge avec décision des Commissions d'Aides Financières.
- ◆ La Caisse primaire de l'Allier ne propose pas de barème et étudie les dossiers au cas par cas, en fonction des ressources et des charges de chaque demandeur.
- ◆ De la même manière, la CMR Auvergne, dans l'attente de la déclinaison régionale du cahier des charges proposé par la CANAM, n'utilise pas de barème et réalise les études de dossiers au cas par cas. Toutefois, ce dispositif est en cours d'évolution.
- ◆ Quel que soit l'organisme, les aides liées au paiement des cotisations à une mutuelle sont accordées pour une année et pourront être renouvelées sous réserve d'une nouvelle notification de refus CMU.

■ Comparaison des barèmes proposés relatifs aux dispositifs de prise en charge des cotisations à une mutuelle

⇒ *Barèmes proposés par les caisses du Régime Général*

3 caisses sont concernées : Cantal, Haute Loire et Puy de Dôme

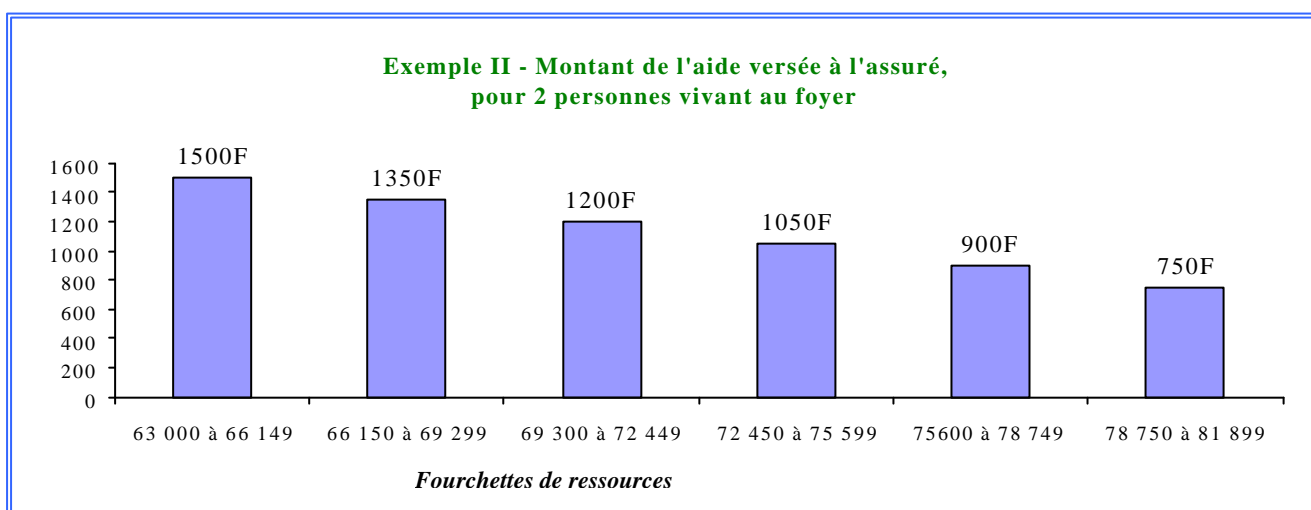
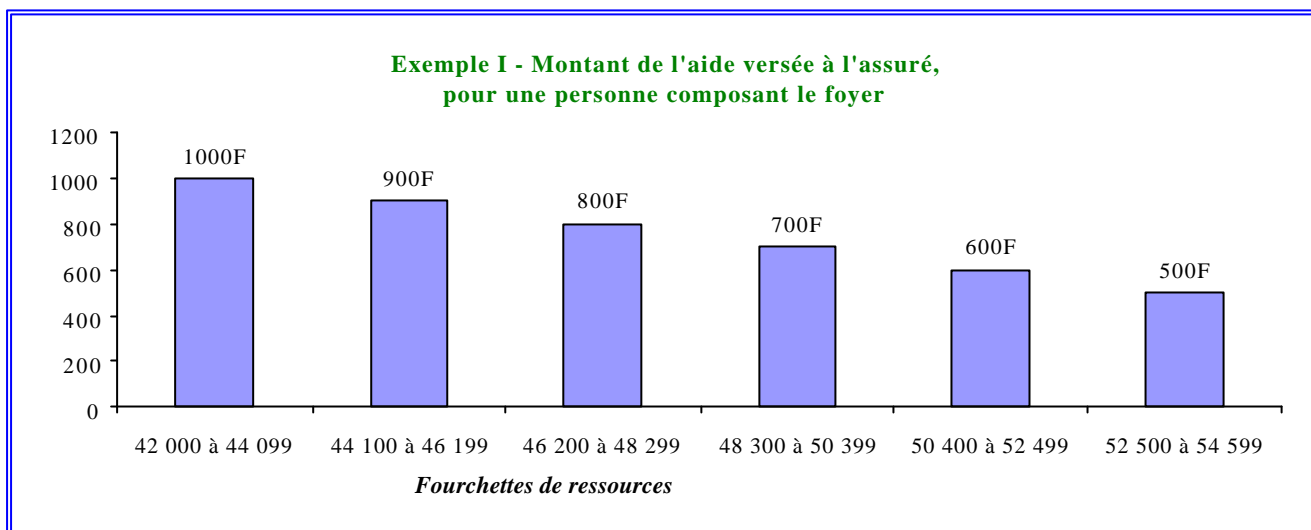


◆ Le dispositif de la CPAM Haute Loire, mise en place dès Juin 2001, a été élaboré à partir du barème fixé par la CPAM du Cantal.

◆ Quel que soit le nombre de personnes composant le foyer (compris entre 1 et 11), les barèmes de prise en charge des cotisations divergent selon le département (Puy de Dôme & Cantal/ Haute Loire). L'hétérogénéité observée concerne aussi bien le taux de prise en charge que les fourchettes de revenus.

◆ Dans l'ensemble des caisses, un plafond maximum de cotisations est fixé, pour une personne seule, à 1500 F. Dans deux départements (Cantal & Haute Loire), ce plafond évolue jusqu'à 3500 F en fonction de la composition du foyer : 2500F pour un couple et 500F par supplémentaire.

⇒ *Barèmes proposés par le Régime AMPI (Cahier des charges national)*



◆ Dans le cadre du cahier des charges national, le régime AMPI propose une prime à l'assuré, dégressive en fonction des ressources, dont les fourchettes sont basées sur les plafonds de la CMU Complémentaire de l'année 2000. Cette aide varie en fonction du nombre de personnes (de 1 à 10) vivant au foyer.

◆ D'un régime à l'autre, le principe de prise en charge est très différent. Au niveau du Régime Général, le taux dégressif de prise en charge des cotisations est fixé en fonction des ressources et du nombre de personnes composant le foyer.

◆ En revanche, le Régime AMPI propose une aide, quel que soit le montant des cotisations complémentaires, dégressive en fonction d'autres fourchettes de ressources.

■ Populations ciblées et types d'informations utilisées

Organisme	Populations ciblées	Types d'informations utilisées
CMR	-Tous les assurés dont les ressources sont comprises entre 1 fois et 1.3 fois le plafond de la CMU Complémentaire	- Au cas par cas actuellement, en fonction des notifications de refus CMU - Information sur le FASS aux primo-demandeurs, dont les ressources sont comprises entre 43.200 et 48.000F (en dehors des renouvellements de Juin 2001)
CPAM de l'Allier		- Dispositif en cours : courrier spécifique adressé à l'ensemble des primo-demandeurs dont les ressources sont comprises entre 3600F et 4000F pour une personne seule, leur indiquant qu'ils peuvent faire leur demande d'aide sur des fonds spécifiques d'ASS pour la prise en charge des frais médicaux restant à leur charge
CPAM du Cantal	- Populations pour lesquelles un rejet de CMUC a été notifié et dont les ressources se situent dans les tranches du barème proposé par la caisse	- Informations transmises aux assurés sur le courrier relatif à la notification de refus de CMUC. - Mise en relation avec le service social de la CRAM
CPAM de Haute Loire	- Populations pour lesquelles un rejet de CMUC a été notifié et dont les ressources se situent dans les tranches du barème proposé par la caisse	- Informations transmises aux assurés sur le courrier relatif à la notification de refus de CMUC.
CPAM du Puy de Dôme	- Assurés dont les ressources entrent dans le barème « effet de seuil CMU » défini par le CA	- Notification du refus, pièces justificatives de la cotisation ou devis mutuelle - Lettre envoyée aux assurés dont les ressources sont comprises dans le barème fixé par le CA

◆ Les populations ciblées sont tous les assurés, pour qui un rejet de CMUC a été notifié et dont les ressources entrent dans les barèmes fixés par les organismes (cf p 6-7) .
Celles-ci sont informées individuellement par courrier lors des notifications de refus de CMUC.

■ Partenariat mis en place

- ◆ Aucun organisme n'a développé de partenariat financier dans la mise en place des dispositifs visant à lisser les effets de seuil.
- ◆ Les partenaires sont identiques au dispositif général d'Action Sanitaire et Sociale, développé dans chaque organisme avant la création de la loi CMU (cf partie 1).
- ◆ Le développement d'un partenariat entre les caisses du Régime Général et le service social de la CRAM dans le cadre de la procédure de traitements des dossiers est en cours, avec la mise en relation de l'assuré avec le service social.

■ Difficultés rencontrées

et notamment les difficultés rencontrées liées aux positions antérieures des Conseils Généraux, en ce qui concerne l'AMD

- ⇒ Personnes percevant le FNS, bénéficiant auparavant de l'aide médicale départementale, qui en raison du plafond CMU appliqué, n'ont plus la prise en charge de la part complémentaire.
- ⇒ L'intégration du forfait logement dans le plafond de ressources et le défaut d'information écartent du dispositif un certain nombre de personnes à très petit revenu.
- ⇒ Même si le seuil retenu par certains départements pour l'attribution de l'aide médicale était sensiblement égal au plafond CMUC, certaines ressources telles que les allocations familiales et le forfait logement n'étaient pas prises en compte.
- ⇒ Pour les jeunes de moins de 25 ans, la notion de foyer n'existait pas. En cas de contestation, un accord pouvait être donné en tenant compte de la situation sociale du demandeur et pas seulement de ses ressources. Le principe de la solidarité du foyer doit s'appliquer avant de faire appel à la solidarité nationale.
- ⇒ Les dossiers étaient présentés en Commissions d'Aides Financières et l'exposé de la situation permettait d'aller au-delà des barèmes. Au niveau de la prise en charge dentaire : double cotation du tarif SS, pas de limite de prise en charge, ni de notion de forfait. Au niveau de la prise en charge des frais d'optique : avec convention avec le Conseil Général (RMI Optique) 10 fois le tarif SS pour les verres et 400F pour la monture.
- ⇒ Exigences des assurés qui refusent notamment les montures et verres de la CMU.
- ⇒ Réticence de quelques professionnels de santé à appliquer les tarifs.
- ⇒ Refus de soins de la part de certains professionnels de santé, notamment en raison de la complexité administrative.
- ⇒ Défaut d'information des professionnels de santé sur la notion d'Impérieuse Nécessité Médicale.
- ⇒ Disparités des barèmes de prise en charge des mutuelles entre les caisses d'Assurance Maladie et les Organismes Complémentaires
- ⇒ Les montants des aides proposées pour la prise en charge des mutuelles ne sont pas forcément adaptés aux besoins des assurés, particulièrement aux critères d'âge.
- ⇒ Les mutuelles Etat et les organismes complémentaires proposent des tarifs différents.

2.3 - Analyse des dispositifs proposés - Points forts, points à améliorer & propositions

POINTS FORTS

- ⇒ Investissement local de la part de chacun des organismes d'assurance maladie de la région dans la mise en place de dispositifs destinés à lisser les effets de seuil liés à la CMU
- ⇒ Marge d'initiatives des caisses sur la base du dispositif général de l'ASS, qui permet une certaine souplesse des dispositifs spécifiques mis en œuvre
- ⇒ Cohérence des dispositifs proposés, majoritairement axés sur la prise en charge de cotisations à une mutuelle
- ⇒ Dispositifs reposant sur des services déjà expérimentés dans l'action sanitaire et sociale et s'appuyant sur un partenariat fort, interne et externe à l'Assurance Maladie

POINTS A AMELIORER

- ⇒ Mêmes limites que dans le cadre général de l'ASS inhérentes à la souplesse des dispositifs : l'absence ou la disparité des barèmes établis contribue à rendre le système inéquitable sur le territoire auvergnat. Cette inégalité est renforcée par le principe même de la prise en charge, différente entre le Régime Général et le Régime AMPI, qui prévoit respectivement d'une part, un taux dégressif de prise en charge des cotisations, et une aide forfaitaire dégressive en fonction d'autres fourchettes de ressources, d'autre part.
- ⇒ Ces dispositifs spécifiques génèrent également de nouvelles inégalités entre les bénéficiaires de la CMU et ceux qui en sont exclus et qui font appel à l'ASS. Les périodes de référence des ressources prises en compte sont de 12 mois pour les bénéficiaires de la CMU, alors que le mois précédent la demande suffit pour la demande ASS. De la même façon, des aides supplémentaires refusées aux bénéficiaires de la CMU, peuvent être accordées aux autres. Par exemple, la prothèse auditive est prise en charge à hauteur de 2500F dans le cadre de la CMU, alors que les aides octroyées par l'ASS peuvent aller jusqu'à 4300F selon les barèmes établis par les caisses.
- ⇒ L'insuffisance de coordination avec les Organismes Complémentaires génère une grande disparité des barèmes de prise en charge des cotisations à une mutuelle
- ⇒ Difficultés de gestion des sorties du dispositif CMUC et notamment des ex-AMD, à la fois en termes de trésorerie puisque les assurés ne disposent plus de la dispense de l'avance de frais, et en termes de choix et d'options à l'adhésion à une mutuelle
- ⇒ Budgets spécifiques tardifs pour les caisses du Régime Général (2001) et inexistantes pour d'autres régimes (CMR).
- ⇒ Mauvaise information des professionnels de santé sur la notion d'Impérieuse Nécessité Médicale (soumise au contrôle du service médical), qui permet une prise en charge au delà du panier de soins de la CMUC.

PROPOSITIONS



- ⇒ *Tout en veillant à préserver la marge de manœuvre des administrateurs dans le domaine de l'ASS, rendre les barèmes et les principes de prise en charge des cotisations à une mutuelle plus homogène sur le territoire auvergnat*
- ⇒ *Harmoniser, de manière collective, les circuits entre le Régime Obligatoire et le Régime Complémentaire, et développer des accords avec des mutuelles pour obtenir des tarifs préférentiels et supprimer l'avance de trésorerie, tout en garantissant le libre choix de l'assuré*
- ⇒ *Harmoniser les critères d'appréciation relatifs au forfait logement entre les régimes et critères d'attribution de la CMU des personnes Rmistes*
- ⇒ *Développer la coordination avec le service social de la CRAM Auvergne pour les personnes sortant de la CMUc, afin de leur proposer un accompagnement au choix à une mutuelle, et au type d'options*
- ⇒ *Développer la coordination entre le service Assurance Maladie instructeur des droits à la CMU et l'ASS à l'intérieur des mêmes organismes (CPAM Cantal & Haute Loire : services identiques)*
- ⇒ *Simplifier les courriers de refus à la CMUC adressés aux assurés et les adapter au public*
- ⇒ *Améliorer l'information des Professionnels de Santé afin de vaincre les réticences de certains d'entre eux et alléger les contraintes administratives*
- ⇒ *Rechercher des co-financements pour l'aide à la mutualisation auprès des Conseils Généraux, Communes...*
- ⇒ *Constituer une cellule de veille pour poursuivre l'observation des dispositifs mis en œuvre en Auvergne, et mesurer l'incidence des dispositifs à venir.*

CONCLUSION

Les organismes d'Assurance Maladie de la région Auvergne ont su s'adapter aux nouvelles contraintes inhérentes à la fixation d'un seuil de revenus pour l'attribution de la CMU Complémentaire, et se sont particulièrement investis pour corriger les conséquences de cet effet de seuil.

L'atout majeur des caisses est que les dispositifs spécifiques mis en place puissent reposer sur des services déjà expérimentés dans le cadre de l'Action Sanitaire et Sociale, et s'appuient sur un partenariat local fort développé par ailleurs.

Toutefois, sans vouloir remettre en cause la souplesse de l'ASS et la marge de manœuvre offerte aux administrateurs dans la gestion de celle-ci, l'absence ou les disparités des barèmes proposés contribue à rendre le système inéquitable sur le territoire auvergnat.

L'un des principes essentiels de la loi CMU est fondé sur les conditions d'attribution de la CMUc, basées sur un même plafond de ressources identique, sur le tout territoire national. De ce point de vue, ce principe contribue à améliorer la situation par rapport aux disparités constatées par ailleurs entre département dans la prise en charge des bénéficiaires de l'Aide Médicale Départementale. En revanche, ce principe « d'égalité » est remis en cause par les dispositifs locaux destinés à gommer les effets de seuil, adaptés certes aux spécificités locales ou au régime, mais non homogènes sur le territoire régional.

Ces nouveaux dispositifs ont aussi pour conséquence de créer des inégalités entre les bénéficiaires de la CMUc et les populations exclues, qui en accédant à l'ASS, peuvent bénéficier d'aides bien supérieures au panier de soins prévu par la CMUc.

Les personnes sortant de la CMUc, ex bénéficiaires de l'AMD, éprouvent des difficultés et ont besoin d'un accompagnement pour le choix à une mutuelle.

La réponse à ces nouveaux besoins incombe désormais aux organismes d'assurance maladie, qui doivent trouver des bases communes d'harmonisation, et tout en développant des accords avec des mutuelles afin d'obtenir des tarifs préférentiels. Les caisses doivent aussi améliorer l'information des Professionnels de Santé dans ce domaine, afin de vaincre certaines réticences, et alléger les contraintes administratives.

L'ensemble du dispositif CMU est actuellement en cours d'évolution. La présente étude ne permet pas de mesurer l'incidence des nouvelles dispositions prises en Juin 2001, destinées à intégrer jusqu'au 31 Décembre 2001, les ex bénéficiaires de l'AMD dont les ressources sont comprises entre 3600 et 4000F. Cependant, si cette initiative permet d'intégrer un certain nombre de personnes en marge de la CMU, elle maintient l'existence d'un seuil et toutes ses limites.

D'une manière générale, afin de rendre le système plus équitable sur le territoire national et supprimer l'effet de seuil, la création d'une allocation dégressive selon le revenu de l'assuré et d'une allocation maximale pour l'ensemble des minima sociaux pourrait être proposée, dans le but de financer l'assurance complémentaire. Cette proposition aurait le mérite d'harmoniser les dispositifs spécifiques, basés sur les mêmes principes de dégressivité, sur l'ensemble du territoire.

C'est pourquoi, compte tenu de l'évolution actuelle des dispositifs au niveau national et local, il paraît pertinent de poursuivre l'observation régionale des politiques d'action sanitaire et sociale des caisses dans ce domaine, afin de mesurer l'incidence des nouvelles initiatives à venir.

- Recueils Bibliographiques -

CMU - Effets de seuil

Date	Titre	Revue
07/09/01	La CMU assaillie par les doutes	Espace social Européen
22/08/01	Effets de seuil de la CMU : le Ministère envisage un système d'aide pour l'acquisition d'une mutuelle	APM
21/08/01	Guigou se prépare à ajuster la CMU	La Tribune
17/08/01	Les nouveaux bénéficiaires de la CMU sont plus enclins à choisir un organisme complémentaire	APM
23/07/01	La couverture maladie universelle génère de profondes inégalités	Les échos
06/07/01	Effets de seuil de la CMU : la Mairie de Paris souhaite proposer une couverture maladie complémentaire	APM
08/06/01	La CMU peut faire mieux, les parlementaires aussi	Espace social européen
01/06/01	Journée nationale CMU	Lettre CNAM
01/06/01	Vue du fonds de financement, la CMU est en cours d'affinage	Espace social européen
25/05/01	La CMU peaufinée dans les prochains mois	Espace social européen
18/05/01	Couverture maladie universelle	Liaisons sociales
30/12/00	Couverture maladie universelle : un an et 4,8 millions d'affiliés	Le Monde
01/11/00	La CMU évolue...	Lettre CNAM
27/10/00	Le vrai bilan de la CMU	Espace social européen
18/10/00	La CNAM débloque 400 MF pour aider les personnes qui vont sortir de la CMU complémentaire	APM
13/12/99	Le gouvernement et l'assurance maladie donnent le coup d'envoi de la CMU	Le quotidien du médecin
10/12/99	Derniers préparatifs avant le lancement de la CMU	Le Monde
08/12/99	La mise en place de la « couverture maladie universelle »	La semaine juridique édition générale
03/12/99	CMU : droit à couverture complémentaire	Liaisons sociales
01/12/99	Couverture maladie universelle : éviter le bogue social	Le journal de l'action sociale
01/11/99	La couverture maladie universelle	Regard sur l'actualité
28/09/99	Couverture maladie universelle : révolution ou évolution ?	ADSP
01/04/99	Couverture maladie universelle : vers plus de solidarité	Lettre CNAM

QUESTIONNAIRE

Organisme :

1^{ère} Partie - Politique d'Action Sanitaire et Sociale - Dispositif général hors CMUc**1 - Motifs d'intervention de la caisse**

- 1.1 Quelle est la nature du poste ?
 - *Maladie*
 - *Autres : difficultés financières hors Maladie et cotisations organismes complémentaires*
- 1.2 Quelle est la nature des aides attribuées ?
- 1.3 Quelles sont les modalités d'application ?
 - Barèmes ou franchise *Joindre les tableaux complets des barèmes*
 - Délégation ou décision commission
 - Etude au cas par cas ou enquête sociale
- 1.4 Quelles sont les populations concernées ?
- 1.5 Autres : Observations et remarques diverses

2 - Procédures de traitement des dossiers

- 2.1 Quelles sont les procédures finalisées concernant :
 - La détection des demandes
 - Le délai de traitement des dossiers
 - Le nombre de commissions
 - Le partenariat mis en place
- 2.2 Quelles sont les autres procédures ?

2^{ème} Partie - Politique d'Action Sanitaire et Sociale - Dispositif spécifique à la CMUc**1 - Des procédures spécifiques pour lisser les effets de seuil sont-elles prévues ?****1.1 - Si OUI,**

- 1.1.1 Quelle est la nature des aides attribuées ?
- 1.1.2 Quelles sont les modalités d'application ? *Joindre les tableaux complets des barèmes*
- 1.1.3 A quelles échéances ?
- 1.1.4 Quelles sont les populations ciblées ?
- 1.1.5 Quel est le type d'informations utilisées ?
- 1.1.6 Quel partenariat ? Avec quels organismes ? Sur quelles bases ?
- 1.1.7 Autres : Observations et remarques diverses

1.2 - Si NON, pour quelles raisons ?**1.3 Quelles sont les difficultés rencontrées ?**

et notamment les disparités rencontrées liées aux positions antérieures des Conseils Généraux en ce qui concerne l'Aide Médicale Départementale

QUESTIONNAIRE (suite)

2 - Incidence financière de la CMUc

2.1 - Evolution 1999 & 2000 sur le champ du panier de soins (actes dentaires et optique)

2.2 - Evolution 1999 & 2000 sur l'ensemble des aides à partir des indicateurs suivants :

- Nombre de dossiers présentés
- Nombre d'accords
- Nombre de refus
- Motifs des refus si possible
- Montant total annuel des aides
- Montant moyen par demande