



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2016

FONDS DE FINANCEMENT DE LA PROTECTION
COMPLÉMENTAIRE DE LA COUVERTURE
UNIVERSELLE DU RISQUE MALADIE

Sommaire

Avant-propos	3
Édito	6
Chiffres clés en 2016	7
I. Le Fonds CMU-C	9
1. Les missions du Fonds CMU-C	10
2. La gouvernance du Fonds CMU-C	12
2.1. Le conseil d'administration	12
2.2. Le conseil de surveillance	13
3. Les faits marquants pour le Fonds CMU-C en 2016	15
4. L'équipe du Fonds CMU-C	16
II. Le suivi de la CMU-C et de l'ACS	17
1. Les modalités de suivi des effectifs et de la dépense	18
1.1. Suivi de la CMU-C	18
1.2. Suivi de l'ACS	20
2. Les effectifs	22
2.1. Le ralentissement de l'augmentation des effectifs de la CMU-C en 2016	22
2.2. La poursuite de la progression des effectifs de l'ACS en 2016	32
2.3. L'évolution du nombre de bénéficiaires de la PUMA affiliés au titre du RSA socle	43
3. La dépense	45
3.1. Le recul du coût moyen de la CMU-C	45
3.2. L'effet de la prise en charge des dépenses CMU-C « au réel »	51
3.3. Une croissance des dépenses de l'ACS en ligne avec la montée en charge du dispositif	53
4. L'évaluation de l'incidence des réformes	55
4.1. L'effet de la revalorisation du plafond de ressources de 2013	55
4.2. Le bilan de la réforme de l'ACS de juillet 2015	59
4.3. L'avantage procuré par l'opposabilité des tarifs pour les bénéficiaires de l'ACS	63
III. La mission d'analyse des dispositifs	67
1. Les modalités d'analyse	68
1.1. Les différents rapports du Fonds CMU-C	68
1.2. Le pilotage de travaux de fond	69
1.3. En 2016, l'élaboration du VIIème rapport d'évaluation	69
2. Suivre et analyser le non-recours au droit	70
2.1. Un taux de non recours important estimé à 30% pour la CMU-C et à plus de 60% pour l'ACS	70
2.2. Le réexamen du non-recours à la CMU-C	71
2.3. La caractérisation de la population éligible à l'ACS et les motifs de non-recours	73
3. Suivre et analyser les conditions de santé et d'accès aux soins	80
3.1. L'analyse de l'état de santé des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS	80
3.2. La poursuite des travaux sur les refus de soins : une analyse des discours des médecins et des dentistes	83

3.3. L'accès aux dispositifs des enfants protégés par l'aide sociale	86
IV. La mission de financement des dispositifs	89
1. Le financement de la CMU-C et de l'ACS	90
1.1. Les ressources et charges du Fonds CMU-C	90
1.2. Le circuit de financement des dispositifs	91
1.3. Les comptes de 2016	93
1.4. Les perspectives financières	95
2. Le suivi et le contrôle des recettes	97
2.1. Le suivi et l'analyse de l'évolution de l'assiette de la TSA	97
2.2. Un enjeu financier rattaché à l'assiette qui a plus que doublé avec la mise en place de la TSA fusionnée	101
3. Le suivi et le contrôle des dépenses	105
3.1. La méthode de contrôle des déductions dont bénéficient les organismes complémentaires	105
3.2. Le bilan du contrôle	105
4. Le dispositif de maîtrise des risques du Fonds CMU-C	107
4.1. Le contrôle interne	107
4.2. Les principaux risques identifiés en 2016	107
V. L'information et la communication	109
1. L'information aux usagers et aux partenaires	110
1.1. Les sites internet cmu.fr / info-acs.fr et l'accueil téléphonique	110
1.2. La note de conjoncture	111
1.3. La lettre Références CMU	111
1.4. L'annuaire statistique	111
2. La gestion de la liste des organismes gérant la CMU-C	112
VI. Annexes	115
Annexe 1. Glossaire	116
Annexe 2. Présentation des dispositifs	118
Annexe 3. Évolutions législatives et réglementaires 2016	122
Annexe 4. Organigramme du Fonds CMU-C	125
Annexe 5. Les 50 premiers organismes complémentaires en 2016	126

Encadrés

Encadré 1 – Les aides supplémentaires à l'ACS attribuées par le régime général	39
Encadré 2 – Le bilan qualitatif de la réforme ACS par l'EN3S	63
Encadré 3 – La réforme sur la gestion budgétaire et comptable publique (GBCP)	94
Encadré 4 – Le rapport de la DREES sur la situation financière des organismes complémentaires	100
Encadré 5 – Le site info-acs.fr, une aide précieuse dans les démarches relatives à l'ACS	111

Avant-propos

L'année 2016 a été extrêmement riche en travaux pour le Fonds CMU-C, afin de mettre en œuvre et de suivre les réformes des dispositifs d'aide à la complémentaire santé, de garantir leur financement et de développer des études destinées à éclairer le fonctionnement de ces dispositifs.

De nombreuses études ont été réalisées ou pilotées par le Fonds au cours de l'année 2016 : deux études sur le non-recours, à la CMU-C et à l'ACS, un rapport de recherche sur le refus de soins, un autre rapport sur l'accès à la santé et à la CMU-C des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance et une recherche-action de l'EN3S sur la mise en œuvre de la réforme de l'ACS.

En plus de ces travaux, le Fonds CMU-C a été fortement mobilisé, en 2016, par l'élaboration du VIII^{ème} rapport d'évaluation de la loi CMU.

2016 a été l'année de l'élaboration du VIII^{ème} rapport d'évaluation de la loi CMU

La loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle prévoit que le gouvernement présente tous les deux ans au Parlement un rapport d'évaluation sur l'application des dispositions de cette loi. Compte tenu du rôle central qu'il occupe au cœur des dispositifs d'aide à la complémentaire santé, le Fonds CMU-C a été chargé depuis l'origine d'élaborer ces rapports bisannuels. En 2016, la préparation du rapport a été confiée à nouveau au Fonds par lettre de mission du directeur de la sécurité sociale en date du mois de mai. Elle a donné lieu au recueil des contributions de l'ensemble des partenaires du Fonds, à l'exploitation des travaux existant sur la pauvreté, les dispositifs d'aide à la complémentaire santé et l'accès aux soins, ainsi qu'au développement d'analyses nouvelles en interne au Fonds.

Ce rapport a permis en particulier de réitérer un constat déjà formulé par le Fonds CMU-C : les aides à la complémentaire santé conservent un rôle central dans l'accès aux soins des plus démunis. Alors que la pauvreté continue de s'accroître, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une

complémentaire santé (ACS) permettent d'annuler ou de limiter les restes à charge en santé. Au cours des cinq dernières années, les effectifs de bénéficiaires de ces dispositifs ont progressé de 36%, sous le double effet de la diffusion de la pauvreté et des mesures favorables prises par les pouvoirs publics, sans lesquelles une frange de la population en situation de pauvreté n'aurait pu accéder à ces aides et aux soins (revalorisation des plafonds CMU-C en 2013, réforme de l'ACS en 2015).

À l'heure où nous rédigeons le rapport d'activité, le rapport d'évaluation, transmis en fin d'année 2016, est en cours d'échanges et de relecture avec la DSS.

La réforme de l'ACS de juillet 2015 a atteint ses objectifs

Au cours de l'année 2016, près de 1,5 million de personnes ont obtenu un chèque d'aide au paiement d'une complémentaire santé. La hausse des effectifs de bénéficiaires ACS est restée soutenue (+8,2 % après +12,5 % en 2015), portée par la réforme de juillet 2015.

Ces chiffres significatifs rendent compte du bilan positif de la réforme. Face à l'importance du non-recours et aux constats établis par le Fonds CMU-C de la faible qualité des garanties des contrats ACS comparativement au reste du marché, le gouvernement a souhaité réserver l'aide à des contrats sélectionnés pour leur bon rapport qualité prix. Sont désormais éligibles à l'ACS trois types de contrats comportant un socle commun de prise en charge pour les soins courants et un deuxième étage de couverture pour les soins coûteux, variable selon le contrat (contrat A « d'entrée de gamme », contrat B de « gamme intermédiaire » et contrat C « haut de gamme »).

En 2016, le Fonds CMU-C a produit une évaluation approfondie de cette réforme à partir des données remontées par les 11 groupements d'organismes complémentaires sélectionnés¹. Au-delà du diagnostic sur l'incidence de la réforme en termes de garanties, de prix des contrats et de restes à charge, l'analyse a été enrichie d'éléments sur le profil des bénéficiaires et le taux d'utilisation de l'aide par âge. Le rapport annuel du Fonds CMU-C sur le prix et le contenu des contrats ACS présente également des travaux inédits de la DREES qui

¹ Cf. rapport annuel sur l'ACS : bénéficiaires, prix et contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide. <http://www.cmu.fr/>

[fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_ACS_2015-2016.pdf](http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_ACS_2015-2016.pdf)

permettent de comparer les contrats ACS avec les contrats « modaux » du marché en tenant compte de la garantie de l'accès aux soins à des tarifs opposables dont bénéficient les titulaires de l'ACS depuis 2013.

Le bilan de la réforme montre que la sélection des contrats éligibles à l'ACS a eu les effets escomptés. Les bénéficiaires se sont tournés vers des contrats de meilleure qualité dont le prix moyen a par ailleurs significativement baissé (- 10 %). L'ACS finance après réforme 62 % du prix d'acquisition du contrat, contre 55 % avant réforme.

Concernant la CMU-C, la croissance du nombre de bénéficiaires de la CMU-C a nettement ralenti (+2,9 % en moyenne annuelle après +4,4 % en 2015 et +8,5 % en 2014). Elle rejoint des niveaux comparables à ceux antérieurs à l'entrée en vigueur de la mesure de revalorisation des plafonds de 2013 dont la montée en charge est achevée.

Un non-recours aux aides persistant, que les travaux du Fonds CMU-C éclairent

En dépit de la croissance du nombre de bénéficiaires, une grande partie des personnes éligibles n'a toujours pas recours à la CMU-C et à l'ACS. Selon les dernières données de la DREES, la population éligible se situerait dans une fourchette allant de 8,9 à 11,4 millions de personnes. Le taux de recours à la CMU-C en 2015 serait stable par rapport à 2014, compris entre 64 % et 76 % des personnes éligibles.

Pour l'ACS, en revanche, le taux de recours aurait progressé en 2015, probablement sous l'effet de la réforme du 1^{er} juillet 2015 et des campagnes de communication qui ont alors été déployées. Ce taux oscillerait entre 31 % et 45 % des personnes éligibles, soit 2 à 4 points de plus qu'en 2014. L'incidence positive de la réforme reste toutefois encore à documenter, compte tenu de son caractère récent.

En 2016, deux études financées par le Fonds CMU-C, l'une réalisée par l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE) et l'autre par le centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC), ont permis de réexaminer les raisons du non recours à la CMU-C et à l'ACS. Ces études montrent que si le non recours est essentiellement lié à la complexité des démarches administratives lors de la primo-demande et de la demande de renouvellement, d'autres facteurs interviennent, qui jouent autant sur le non recours.

Au-delà du renouvellement automatique de l'ACS pour les allocataires de l'ASPA à compter du 1^{er} janvier 2016, la démarche de simplification est poursuivie. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 prévoit une première mesure d'allègement des démarches de déclaration des ressources relatives aux revenus du patrimoine. Cette mesure participe d'une démarche plus générale de simplification visant à ne plus demander aux assurés la justification de ressources déjà déclarées auprès d'un organisme de sécurité sociale.

La hausse de l'assiette de la taxe de solidarité additionnelle ralentit

Comme en 2015, la progression de l'assiette de la taxe de solidarité additionnelle sur les contrats de complémentaire santé a ralenti en 2016 (+ 1,3 % vs +1,5 % en 2015 et + 3 % en 2014). L'année 2015 semble marquer une rupture dans l'évolution de l'assiette, dans le contexte des réformes récentes intervenues sur le marché de la complémentaire santé (contrats responsables, accord national interprofessionnel [ANI]). Cependant, l'analyse détaillée du Fonds CMU-C montre que l'évolution de l'assiette, attribuable à un faible nombre d'OC, rend compte de situations spécifiques qui semblent indépendantes de la réforme de l'ANI.

La fiscalité des contrats a été simplifiée au 1^{er} janvier 2016 en application de la LFSS pour 2015. Les deux taxes applicables à ces contrats, la taxe de solidarité additionnelle (recouvrée par l'URSSAF d'Île-de-France) et la taxe sur les conventions d'assurance (TSCA, recouvrée par la DGFIP) ont été regroupées en une TSA « fusionnée ». Le rôle du Fonds CMU-C de vérification et d'orientation du contrôle de l'assiette de la TSA a ainsi été étendu au champ de l'ancienne TSCA précédemment contrôlée par la DGFIP. L'enjeu financier des vérifications du Fonds CMU-C a été doublé et a porté sur des recettes qui sont affectées à la CNAMTS et à la CNAF. Le Fonds CMU-C a ainsi assumé une nouvelle mission de vérification, pour le compte de tiers.

La fusion des deux taxes s'est accompagnée, dès l'échéance du premier trimestre 2016, par une dématérialisation de la déclaration et du paiement. Cela a constitué une évolution majeure pour le Fonds CMU-C qui n'est plus directement destinataire des déclarations des OC. Le Fonds a dû refondre son système d'information pour intégrer les flux de données issus du système de production de l'ACOSS, tout en s'assurant, en lien avec l'ACOSS et l'URSSAF d'Île-de-France, de la conformité des informations transmises.

Perspectives 2017

Afin d'assurer l'équilibre financier du Fonds CMU-C, la LFSS pour 2017 a prévu un apport de recettes estimé à 140 M€ en 2017. La TSA, auparavant partagée entre la branche maladie du régime général, la branche famille et le Fonds CMU-C est réorientée vers la CNAMTS et le Fonds CMU-C. Le Fonds CMU-C en percevra une part plus importante. Parallèlement, le Fonds n'est plus affectataire de la fraction de 3,15 % des droits de consommation sur les tabacs dont il disposait depuis 2013.

Dans ce cadre, le Fonds CMU-C renforcera le suivi et l'analyse de l'évolution de l'assiette déclarée. Il continuera à s'assurer de la concordance des montants des produits attribués au Fonds via les notifications de produits de l'ACOSS avec les données des flux déclaratifs.

En 2017, le Fonds CMU-C établira le bilan consolidé de la réforme du dispositif ACS après deux ans de mise en œuvre. Le bilan de 2016 sera enrichi d'une analyse des restes à charge en santé et d'une étude détaillée des contrats ACS par tranche d'âge pour les bénéficiaires les plus âgés. Le Fonds participera également aux travaux préparatoires au renouvellement de la mise en concurrence des contrats ACS, prévu par la loi au terme de trois ans de mise en œuvre.

Le Fonds analysera également l'incidence des nouvelles mesures, en particulier celle relative à l'arrêté du 19 avril 2017, qui définit de nouveaux tarifs plafonnés pour le panier de soins dentaires CMU-C et prévoit l'application de ces tarifs plafonnés à l'ACS.

Dans les domaines budgétaires, comptables et de gestion de la trésorerie, le Fonds mettra en œuvre les dispositions nouvelles prévues par les textes. Il développera les outils nécessaires au reporting dans le cadre du contrôle budgétaire, en application des dispositions inscrites dans l'arrêté du 11 août 2016 relatif à l'exercice du contrôle budgétaire du Fonds.

Enfin, en application des dispositions de l'article D. 225-2 du Code de la sécurité sociale, l'arrêté du 20 décembre 2016 dispose que le Fonds CMU-C devra ouvrir un compte de suivi des opérations financières au sein de la comptabilité de l'ACOSS. Ce compte devrait permettre de simplifier et d'optimiser les flux de trésorerie entre le Fonds CMU-C et ses partenaires. Le Fonds devra définir avec l'ACOSS les modalités de fonctionnement, le périmètre des flux concernés et la date de mise en œuvre. Les conventions financières avec l'ensemble des régimes devront également être revues pour tenir compte de cette réforme.

En conclusion de cet avant-propos, je tiens à remercier chaleureusement les membres de l'équipe du Fonds CMU-C, pour leur investissement personnel, la qualité de leur travail, leur réactivité, et le recul dont ils font preuve sur les nombreux sujets traités par le Fonds. Ces qualités permettent au Fonds CMU-C d'assurer ses missions et d'asseoir sa position. Citons à nouveau le rapport de la Cour des comptes de 2015 qui indique que le Fonds « *regroupe des missions financières et d'expertise, qui à défaut, peineraient à être prises en charge avec la même constance et la même intensité par les directions d'administrations centrales et les organismes nationaux de sécurité sociale entre lesquelles elles seraient dispersées* ».

Enfin, je souhaite saluer Raphaëlle VERNIOLLE, directrice adjointe du Fonds CMU-C, qui a quitté l'établissement en juillet 2016, après six années consacrées au pilotage quotidien et au renforcement de la place du Fonds dans le paysage des aides à la complémentaire santé et de l'accès aux soins. Je la remercie sincèrement pour son accueil lors de mon arrivée en tant que directrice du Fonds CMU-C en mai 2016.

Marianne CORNU-PAUCHET

Directrice du Fonds CMU-C

Édito



Véronique WALLON
Présidente du conseil d'administration
Inspectrice générale des affaires
sociales

L'année 2016 a été marquée par la mise en œuvre de deux réformes importantes dans le domaine de la protection maladie : la protection universelle maladie (PUMA) et la généralisation de la couverture complémentaire maladie collective d'entreprise.

D'une grande portée symbolique et s'inscrivant dans le prolongement de la CMU de base, la PUMA consacre l'universalité de l'assurance maladie de base et doit se traduire notamment par l'effectivité de la continuité des droits tout au long de la vie des assurés.

Quant à la couverture collective obligatoire, elle garantit un accès facilité à une couverture complémentaire pour l'ensemble des salariés. Ces deux réformes simplifient et sécurisent la situation des assurés.

Mais pour les bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS, les difficultés d'accès aux aides et le risque de rupture de droits encouru chaque année demeurent très lourds : la complexité des démarches d'ouverture et de renouvellement des aides a ainsi été plusieurs fois identifiée comme le principal facteur de renoncement aux droits. Or, l'enquête publiée début 2017 par le Défenseur des droits sur la relation des usagers au service public confirme que les personnes en situation de précarité éprouvent, plus que les autres, des difficultés à accomplir les démarches administratives courantes.

Les efforts de simplification engagés ces dernières années – par exemple le renouvellement automatique de l'ACS pour les retraités qui perçoivent l'ASPA – et poursuivis en ce début 2017 contribueront, nous l'espérons, à faire reculer le renoncement aux droits et aux soins. La poursuite des analyses du Fonds CMU-C sur ces questions apparaît aujourd'hui plus que jamais nécessaire.



Gérard BAPT
Président du conseil de surveillance
Député de la Haute-Garonne

La réduction des déficits de la sécurité sociale entamée depuis le début du quinquennat s'est poursuivie en 2016 : le déficit du régime général et du fonds de solidarité vieillesse s'est établi à 7,8 milliards d'euros. Il était de 17,5 milliards en 2012. Dans ce cadre d'assainissement budgétaire, le gouvernement a toutefois mené une politique volontariste afin d'améliorer l'accès aux soins des Français, en particulier des personnes les plus vulnérables. Citons les hausses des seuils de ressources pour l'accès à la CMU-C et à l'ACS, l'introduction de tarifs opposables pour les bénéficiaires de l'ACS, la revalorisation du montant de l'ACS à 550 € pour les plus de 60 ans, la mise en place du tiers-payant intégral pour les bénéficiaires de l'ACS et la sélection de trois contrats de complémentaire santé éligibles à l'ACS, les mesures de simplification, etc.

Les nombreuses analyses du Fonds CMU-C font état d'un bilan positif de ces mesures. De mai 2012 à décembre 2016, le nombre de personnes en difficulté accédant à la CMU-C ou à l'ACS a progressé de près de 1,7 million pour atteindre 6,9 millions. Alors que le taux de pauvreté a reculé en 2015 par rapport à son point haut de 2011 selon les dernières estimations de l'Insee, le dynamisme des effectifs de bénéficiaires des aides à la complémentaire santé rend compte des orientations positives retenues pour améliorer l'accès aux soins des plus vulnérables.

Cependant, il reste encore du chemin à parcourir, pour favoriser le recours au droit qui demeure faible pour l'ACS, et réduire encore les dépenses de santé restant à la charge des bénéficiaires. La loi santé de janvier 2016 a notamment posé les conditions de définition et de négociation de « tarifs sociaux maximaux » avec les distributeurs des produits de santé les plus coûteux (prothèses dentaires, audioprothèses, optique), qui contribueraient à limiter les restes à charge des bénéficiaires de l'ACS.

Chiffres clés en 2016

CMU-C

Effectifs
(tous régimes)

5,49 M



métropole et Dom,
estimation au 31/12/2016

Évolution effectifs
(tous régimes)

+ 1,9 %



par rapport à fin décembre 2015,
métropole et Dom

Dépense CMU-C

2 218 M€



pour l'ensemble des régimes et des OC
au titre de l'exercice 2016
(1 981 M€ pour les régimes et
estimation de 237 M€ pour les OC)

DÉPENSE PAR BÉNÉFICIAIRE

RSI

337 €



MSA

350 €



Organismes
complémentaires

372 €



Régime général

417 €



Évaluation au 31/12/2016

ACS

<p>Bénéficiaires d'attestation (tous régimes)</p> <p>1,46 M</p> <p>cumul sur les 12 derniers mois au 31/12/ 2016</p>	<p>Évolution du nombre de bénéficiaires d'attestation (tous régimes)</p> <p>+ 8,2 %</p> <p>cumul sur les 12 derniers mois à décembre 2016, par rapport au cumul sur les 12 derniers mois à décembre 2015</p>	<p>Bénéficiaires ayant utilisé leur attestation (tous régimes)</p> <p>1,12 M</p> <p>au 31/12/2016</p>	<p>Coût de l'ACS en 2016</p> <p>313 M€</p> <p>montant retenu dans l'arrêté des comptes 2016</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

TSA

<p>Assiette de la TSA 2016</p> <p>34 859 M€</p> <p>sur la base des déclarations trimestrielles, avant réception du récapitulatif annuel</p>	<p>Évolution de l'assiette</p> <p>+ 1,3 %</p> <p>entre 2015 et 2016</p>	<p>Nombre d'OC déclarants 2016</p> <p>485</p> <p>ayant déclaré une assiette de la TSA supérieure à 0</p>	<p>Nombre d'OC gestionnaires de la CMU-C</p> <p>273</p> <p>nombre d'OC inscrits sur la liste des organismes habilités à gérer la CMU-C pour 2016</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PLAFONDS D'ATTRIBUTION AU 1/04/2016

CMU-C



Métropole : 721 €/mois

Dom : 803 €/mois



Métropole : 1 082 €/mois

Dom : 1 204 €/mois

ACS



Métropole : entre 722 et 973 €/mois

Dom : entre 804 et 1 083 €/mois



Métropole : entre 1 083 et 1 460 €/mois

Dom : entre 1 205 et 1 625 €/mois

I. Le Fonds CMU-C



1. Les missions du Fonds CMU-C

Le Fonds de financement de la CMU-C (Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie) est un établissement public national à caractère administratif créé par la loi du 27 juillet 1999.

Son fonctionnement est précisé par les articles R. 862-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Les missions principales confiées au Fonds CMU-C sont :

- le financement de la CMU complémentaire et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé et le contrôle des dépenses liées à ces dispositifs ;
- le suivi et l'analyse du fonctionnement des dispositifs et à ce titre la formulation de propositions d'évaluation ;
- l'élaboration et la publication de la liste nationale des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU complémentaire.

Outre les missions définies par les textes, le Fonds CMU-C a considérablement élargi son champ d'action au cours de ces dernières années. Il est devenu un acteur incontournable reconnu auprès de l'ensemble des partenaires sur tous les sujets en rapport avec l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité.

Par ailleurs, il a un rôle d'observatoire des complémentaires santé : il suit et analyse l'évolution de l'assiette de la TSA déclarée par les organismes complémentaires, mène des études sur la qualité des contrats proposés aux bénéficiaires de l'ACS.

Pour mener à bien ses différentes missions, l'équipe du Fonds CMU-C est constituée de 12 personnes : un directeur, un directeur adjoint, un agent comptable en adjonction de service, un fondé de pouvoir de l'agent comptable, une comptable, quatre conseillers techniques et trois assistantes (dont une stagiaire en alternance).

■ La mission de financement des dispositifs et de contrôle des dépenses

L'une des premières missions confiée au Fonds CMU-C par le législateur est de « *financer la couverture des dépenses de santé* » de la CMU-C et « *d'assurer la gestion* » de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (article L.862-1 du Code de la sécurité sociale).

Pour assurer le financement de ces dispositifs, l'article L.862-3 du Code de la sécurité sociale prévoit deux types de recettes : la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance afférentes aux garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé et une fraction du produit du droit de consommation sur les tabacs (fraction supprimée à compter de 2017).

Ces recettes, comme les dépenses donnent lieu :

- au suivi et au contrôle de l'évolution du montant de l'assiette déclarée par les organismes complémentaires (contrôle de cohérence) ;
- au contrôle des éléments déclaratifs (assiette et effectifs) en lien avec l'URSSAF Île-de-France ;
- au contrôle des versements effectués par l'ACOSS, cette dernière étant l'organisme chargé de recouvrer cette créance ;
- au suivi des dépenses (régimes obligatoires et organismes complémentaires) ;
- au contrôle des effectifs.

■ La mission de suivi et d’analyse

Le Fonds CMU-C réalise un important suivi des dispositifs. Il s’agit d’un suivi statistique des effectifs et de la dépense, mais également d’un suivi de l’impact des dispositifs, tant sur le plan financier que sanitaire ou social.

Cette mission s’est considérablement amplifiée compte tenu des dernières évolutions législatives. Ainsi, la mesure de revalorisation des plafonds d’attribution de la CMU-C et de l’ACS en 2013 a conduit à une analyse approfondie des effets sur le nombre de bénéficiaires de ces dispositifs. Plus récemment, la mise en œuvre de la réforme de l’ACS de juillet 2015 a engendré un suivi attentif de la montée en charge de la réforme, ainsi qu’une analyse d’incidence de la réforme sur le prix et la qualité des contrats ACS.

La mission d’analyse et d’évaluation du Fonds a pour objectif d’identifier les difficultés d’application de la loi et de proposer les évolutions nécessaires. Le Fonds CMU-C a été ainsi directement à l’origine de nombreuses décisions prises par les pouvoirs publics.

Elle implique l’élaboration de rapports annuels : rapport d’activité, rapport sur la dépense moyenne des bénéficiaires de la CMU-C, rapport sur le prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à l’ACS et bisannuels, tel que le rapport d’évaluation de la loi CMU.

Le Fonds CMU-C produit également des études, réalisées en collaboration avec différents partenaires (DREES, IRDES, EN3S, ODENORE, organismes complémentaires, caisses d’assurance maladie, universitaires, sociologues...).

En outre, le Fonds CMU-C recherche constamment l’expérience issue des acteurs du terrain. Dans cette optique, il a noué un partenariat actif avec les associations œuvrant dans le domaine de l’action sanitaire et sociale et de l’exclusion.

Un comité de suivi Fonds CMU-C-Associations a été mis en place en 2012. Les associations participant à ce comité de suivi sont principalement celles membres du conseil de surveillance : ATD-Quart Monde, le Secours populaire, le Secours catholique, l’UNIOPSS, la Croix rouge française, Médecins du Monde, le CISS (Collectif interassociatif sur la santé), l’UNAF. Les réunions ont lieu à une fréquence biannuelle et permettent d’échanger sur les difficultés d’accès aux soins et aux droits des populations précaires (refus de soins, renoncements aux soins, non recours aux droits) et sur les évolutions juridiques.

■ La gestion de la liste des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU-C

En application du décret n°2011-1386 du 27 octobre 2011, le Fonds CMU-C a pour mission d’assurer chaque année la gestion (inscription, retrait, radiation) et la publication de la liste nationale des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU-C. Celle-ci fait l’objet d’une publication au Bulletin Santé Protection sociale Solidarités du mois de février.

► *Tableau 1 – Les missions du Fonds CMU-C*

Le financement des dispositifs	Le suivi des dispositifs	L’analyse et l’évaluation des dispositifs	Les autres missions
Le contrôle des recettes : la taxe de solidarité additionnelle et la taxe tabac	Le suivi statistique : le recueil des données, l’alimentation des bases de données, la diffusion des données	L’élaboration de rapports et d’études	La gestion de la liste des OC gérant la CMU-C
Le contrôle des dépenses : la dépense de CMU-C et la dépense d’ACS	Le suivi financier	Le recueil des remontées du terrain	La communication et l’information des usagers et des partenaires

2. La gouvernance du Fonds CMU-C

2.1. LE CONSEIL D’ADMINISTRATION

2.1.1. Rôle du conseil d’administration

Le conseil d’administration du Fonds CMU-C se réunit au moins deux fois par an, il a notamment pour rôle (article R. 862-4) :

- d’adopter le budget du Fonds ;
- d’approuver le compte financier et le rapport annuel d’activité ;
- de proposer au gouvernement toutes mesures tendant à maintenir l’équilibre financier du Fonds ;
- d’autoriser le directeur à passer les conventions prévues à l’article R.862-11 du code de la sécurité sociale :
les conventions visées à cet article sont signées entre le Fonds CMU-C et les organismes d’assurance maladie ; elles précisent les modalités de versement des dépenses prévues au a de l’article L.862- 2, notamment les montants et les dates de versement par le fonds aux organismes de sécurité sociale des acomptes représentatifs des prévisions de dépenses et de recettes prévues au a et au b de l’article L. 862-3, ainsi que les pièces ou états justificatifs à produire.

En 2016, le conseil d’administration du Fonds s’est réuni deux fois.

Le 15 mars, il a adopté le rapport d’activité et le compte financier pour l’exercice 2015. Il a tenu sa seconde séance de l’année, le 25 novembre. Au cours de cette séance, le conseil d’administration a approuvé le budget initial pour l’exercice 2017. Les états budgétaires ont été présentés en mode GBCP, c’est-à-dire en intégrant la réforme du cadre général qui structure la gestion budgétaire et comptable de l’État et de ses opérateurs.

Le conseil d’administration a également été tenu informé du bilan de la réforme de l’ACS effectué par le Fonds en 2016 (rapport 2015-2016 relatif à l’ACS : bénéficiaires, contenu et prix des contrats ayant ouvert droit à l’aide). Enfin, le Fonds a présenté les risques identifiés pour 2017 ainsi que son plan d’action associé.

Le conseil d’administration est composé de 7 membres : le président, trois représentants du ministre chargé de la sécurité sociale, deux représentants du ministre chargé du budget et un représentant du ministre chargé de l’économie. Assistent également au conseil : le directeur du Fonds CMU-C, le directeur adjoint, l’agent comptable et le contrôleur financier du Fonds CMU-C.

2.1.2. Membres du conseil d’administration au 31 décembre 2016

- **Présidente**
 - Véronique Wallon
- **En qualité de représentants du ministre chargé de la sécurité sociale**
 - Benjamin Voisin
 - Géraldine Duverneuil
 - Bruno Morin
- **En qualité de représentants du ministre chargé du budget**
 - Jean-Philippe Espic
 - Claire Vincenti
- **En qualité de représentante du ministre chargé de l’économie**
 - Françoise Georgin

2.2. LE CONSEIL DE SURVEILLANCE

2.2.1. Rôle du conseil de surveillance

Les missions du conseil de surveillance du Fonds CMU-C sont définies par l’article R.862-8 du code de la sécurité sociale. Il se réunit au moins deux fois par an sur convocation de son président.

Il est chargé d’assister le conseil d’administration dans la définition des orientations du Fonds. Il concourt au suivi et à l’analyse de la mise en œuvre de la couverture maladie universelle dans ses aspects financiers, sanitaire et social. Il donne son avis sur le rapport annuel d’activité du Fonds.

En 2016, le conseil de surveillance du Fonds CMU-C s’est réuni une première fois le 23 juin 2016. Au cours de cette séance, deux rapports ont été présentés : le rapport d’activité 2015, sur lequel le conseil a émis un avis favorable, et le rapport de recherche cofinancé par le Fonds CMU-C et le Défenseur des Droits concernant l’accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l’enfance. Le conseil a enfin pris connaissance des dernières actualités sur l’ACS, notamment sur la montée en charge du nouveau dispositif.

Une seconde réunion a eu lieu le 15 décembre 2016. À l’ordre du jour de cette séance figurait la présentation des résultats d’une étude de l’observatoire des non recours aux droits et aux services (ODENORE) financée par le Fonds CMU-C. Cette étude a permis de réexaminer les raisons du non recours à la CMU-C *via* une enquête auprès des populations précaires qui bénéficient de l’accompagnement de structures locales.

Ont également été présentés : les principales mesures législatives de la LFSS pour 2017 ayant une incidence sur le Fonds CMU-C, le rapport annuel du Fonds CMU-C sur l’ACS, le rapport sur la dépense de CMU-C par bénéficiaire en 2014 et 2015 et le rapport de l’EN3S consacré à l’effet de la mise en œuvre des « rendez-vous des droits » de la branche famille face au phénomène de non recours et de renoncement aux soins.

2.2.2. Membres du conseil de surveillance au 31 décembre 2016

■ **Président**

- Gérard Bapt

■ **Membres de l’Assemblée nationale**

- Martine Carrillon-Couvreur
- Dominique Tian

■ **Membres du Sénat**

- Gérard Roche
- Alain Milon

- **Représentants des organismes œuvrant dans le domaine économique et social en faveur des populations les plus démunies**
 - La Croix-Rouge française : Stéphanie Giron
 - Secours populaire français : Hélène Hercyk
 - Secours catholique : Fabrice Molliex
 - UNIOPSS : Bruno Grouès
 - Médecins du Monde : Bernard Moriau
 - ATD Quart Monde : Huguette Boissonnat-Pelsy
 - Collectif interassociatif sur la santé : Patrick Mony
 - Union nationale des associations familiales : Stéphane Bernardelli
- **Représentants de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés**
 - William Gardey
 - Stéphane Lévêque
- **Représentants du Régime social des indépendants**
 - Gérard Quevillon
 - Christian Coeuré
- **Représentants de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole**
 - Pascal Cormery
 - Pierre Berthelot
- **Représentants des organismes mutualistes désignés par la Fédération nationale de la mutualité française**
 - Fabrice Henry
 - Dominique Joseph
 - Maurice Ronat
- **Représentant des organismes mutualistes désignés par la Fédération des mutuelles de France**
 - Pascale Vatel
- **Représentant des organismes mutualistes désignés par la Fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles**
 - Philippe Delemarre
- **Représentants de la Fédération française d'assurance**
 - Véronique Cazals
 - Norbert Bontemps
 - Éric Duten
- **Représentants désignés par le centre technique des institutions de prévoyance**
 - Jean-Paul Lacam
 - Evelyne Guillet

3. Les faits marquants pour le Fonds CMU-C en 2016

Janvier

ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE (PUMA)

Les conditions d'ouverture des droits à l'assurance maladie sont simplifiées : toute personne avec ou sans activité professionnelle, résidant en France de manière stable et régulière dispose du droit à l'assurance maladie.

Avril

PREMIÈRE TÉLÉDÉCLARATION DANS LE CADRE DE LA FUSION DE LA TSCA ET DE LA TSA

À compter de l'échéance du 1^{er} trimestre 2016, la TSCA et la TSA sont fusionnées au sein d'une TSA modifiée. Dans ce cadre, la déclaration et le versement de la taxe par les OC est dématérialisée.

Mai

ÉLABORATION DU RAPPORT D'ÉVALUATION CONFIEE AU FONDS CMU-C

Tous les deux ans, le gouvernement présente au Parlement un rapport d'évaluation de la loi CMU. Ce document dresse un état des lieux des dispositifs et contient un ensemble de propositions et de pistes de travail dans la perspective d'améliorer le fonctionnement et l'accès à la CMU-C et à l'ACS.

Juin

Juillet

PREMIER ANNIVERSAIRE DE LA RÉFORME ACS

Le 1^{er} juillet 2016 marque le première année de mise en œuvre de la réforme ACS et l'échéance des derniers contrats de l'ancien dispositif. À partir de cette date, tous les bénéficiaires utilisant leur chèque ACS sont protégés par un contrat sélectionné A, B ou C.

LUTTE CONTRE LES REFUS DE SOINS

En application de l'article 85 de la loi de modernisation de notre système de santé, une commission chargée d'évaluer les pratiques des professionnels de santé en matière de respect du principe de non-discrimination est instituée. Le Fonds CMU-C est l'un des membres de cette commission.

Novembre

PREMIER RAPPORT ANNUEL ACS DEPUIS LA RÉFORME

Élaboré en collaboration avec les 11 groupements gestionnaires des nouveaux contrats ACS et avec l'aide de la DREES et de l'IRDES, ce rapport dresse un premier bilan de la réforme du 1^{er} juillet 2015.

RAPPORT DE L'ODENORE SUR LE NON-RECOURS À LA CMU-C

À la demande du Fonds CMU-C, l'ODENORE a mené une étude permettant d'actualiser les explications du non-recours à la CMU-C. Le principal objectif de l'étude est d'expliquer le phénomène en interrogeant des bénéficiaires potentiels détectés au sein de populations socialement et économiquement précaires.

4. L'équipe du Fonds CMU-C



**Raphaëlle
VERNIOLLE**
*Directrice adjointe
jusqu'en juillet 2016*



**Marianne
CORNU-PAUCHET**
*Directrice
depuis mai 2016*



**Denis
TEILLAUD**
*Agent comptable
jusqu'en août 2016*



**Frédéric
PANNIER**
*Agent comptable
depuis août 2016*



II. Le suivi de la CMU-C et de l'ACS

1. Les modalités de suivi des effectifs et de la dépense

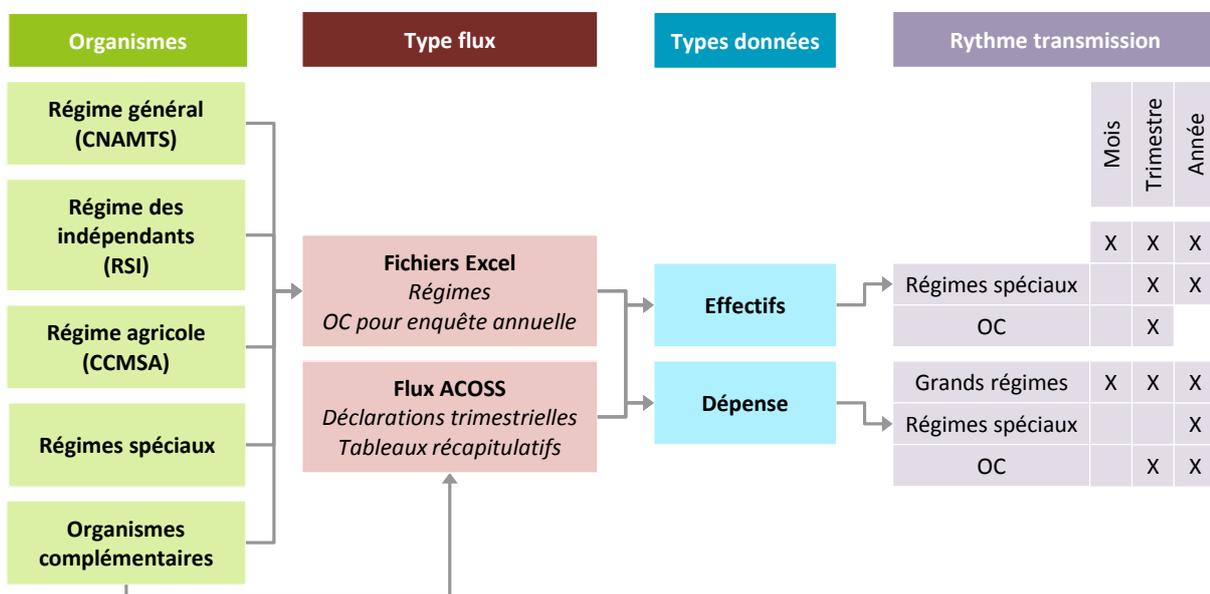
1.1. SUIVI DE LA CMU-C

Le Fonds CMU-C traite les données en provenance des régimes et des organismes complémentaires à des fins comptables et statistiques. Les relations avec les régimes font l’objet de conventions. Des rencontres régulières sont également organisées avec les régimes afin d’échanger sur les questions de fond.

1.1.1. Schéma général du suivi

Les données statistiques concernent les effectifs et la dépense des bénéficiaires de la CMU-C. Elles sont transmises mensuellement pour les trois grands régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA) et trimestriellement pour les régimes spéciaux et les SLM, sous forme de fichiers Excel. Les données en provenance des organismes complémentaires sont transmises trimestriellement *via* les télédéclarations traitées par l’URSSAF Île-de-France et l’ACOSS. Des éléments complémentaires concernant la dépense détaillée par poste sont transmis annuellement par les OC et les régimes spéciaux sous forme de fichiers Excel.

Figure 1 – Schéma général du suivi de la CMU-C



1.1.2. Les partenaires

Parallèlement au suivi des données, des comités de suivi sont organisés par le Fonds CMU-C avec les trois grands régimes et la direction de la sécurité sociale, afin d’échanger sur les actions mises en place pour développer le recours à la CMU-C et l’ACS, les études en cours, les évolutions réglementaires et les évolutions des effectifs et de la dépense.

Chaque année, quatre comités de suivi sont organisés avec la CNAMTS et la DSS et deux comités avec le RSI et la CCMSA. En complément, des rencontres régulières permettent également d’aborder des points plus techniques.

Des partenariats sont également définis annuellement avec les régimes ou avec des caisses locales sur des sujets spécifiques.

Enfin, le Fonds CMU-C complète les données spécifiques à la CMU-C avec des données publiques produites par d’autres organismes : INSEE, CAF, Pôle emploi, etc. Ces rapprochements permettent, au niveau national, de comparer les évolutions de la CMU-C avec celles d’autres prestations (RSA socle, indemnités chômage, etc.) et de mieux appréhender les particularités locales concernant le recours à la CMU-C ou le recours aux soins des bénéficiaires de la CMU-C.

1.1.3. Le suivi des effectifs

Les trois grands régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA) transmettent mensuellement les effectifs des mois M-2 à M-5, détaillées par département de résidence des bénéficiaires, avec mention du mode de gestion de la CMU-C (régime d’assurance maladie de base / organismes complémentaires).

Les données concernant les effectifs ne se stabilisent qu’au bout de quatre mois. Ainsi, les données à M-5 (passage 4) sont considérées comme définitives. Les données brutes de M-2 à M-4 (M-2 : passage 1, M-3 : passage 2, M-4 : passage 3) font l’objet d’une évaluation par application de coefficients. Les coefficients sont calculés sur la base des écarts constatés entre chaque passage.

Ainsi, les données du mois de décembre 2016 sont transmises en février 2017 pour le 1^{er} passage, en mars 2017 pour le 2^{ème} passage, en avril 2017 pour le 3^{ème} passage et en mai 2017 pour le 4^{ème} passage. Du 1^{er} au 3^{ème} passage, elles font l’objet d’une évaluation et sont stockées et communiquées en tant que données provisoires (passage 5). Les données du 4^{ème} passage sont considérées comme définitives.

Les régimes spéciaux transmettent leurs effectifs à quatre échéances annuelles (février, mai, août, novembre), le mois qui suit l’échéance.

Les sections locales mutualistes (SLM) transmettent leurs effectifs à la CNAMTS aux quatre mêmes échéances que les régimes spéciaux. La CNAMTS rassemble les fichiers et les retransmet régulièrement au Fonds CMU-C. Les SLM transmettent leurs données moins régulièrement que les régimes. Les dernières données connues de plusieurs SLM sont parfois reproduites à l’identique pendant plusieurs mois, en l’attente d’envois tardifs.

Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C qui ont fait le choix de gestion par un OC sont décomptés, du point de vue statistique, à partir des données des régimes obligatoires qui ont délivré le droit à la prestation. Du point de vue comptable, le Fonds CMU-C retient les données issues des déclarations trimestrielles, puis du tableau récapitulatif annuel pour le calcul du coût moyen par OC.

1.1.4. La dépense et le coût moyen CMU-C

Les trois grands régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA) font parvenir leurs données sur la dépense des bénéficiaires de la CMU-C le mois suivant chaque échéance. La dépense du mois de décembre 2016 est connue au mois de janvier 2017. Cette dépense est détaillée en quinze postes (13 postes pour la dépense de ville et 2 pour la dépense hospitalière). La présentation retient également la notion de dépense au titre de l’exercice et au titre des exercices antérieurs. La dépense des SLM est agrégée avec celle de la CNAMTS.

Les régimes spéciaux font parvenir leur dépense détaillée une fois par an, en janvier de l’année qui suit l’exercice concerné.

Les OC transmettent la dépense totale à chaque échéance trimestrielle et dans le flux du tableau récapitulatif (TR), et la dépense détaillée une fois par an, soit dans le cadre l’enquête annuelle sur la dépense des bénéficiaires de la CMU-C, soit en document annexe au TR.

Chaque année, le Fonds CMU-C rédige un rapport sur la dépense moyenne des bénéficiaires de la CMU-C. Dans ce cadre, une cinquantaine d’organismes complémentaires sont sollicités, sur la base des effectifs les plus importants. Ils renseignent un fichier comportant la dépense par poste, au titre de l’exercice et au titre des exercices antérieurs, ainsi que les effectifs moyens. Ces fichiers, sont considérés comme les annexes du tableau récapitulatif. Les organismes complémentaires qui ne participent pas à l’enquête remplissent une annexe simplifiée.

D’autres données concernant la dépense, notamment par consommant ou par acte, sont fournies par les régimes ou des caisses locales pour des études ponctuelles. Le Fonds CMU-C travaille également à partir des données publiques de la CNAMTS, pour comparer les évolutions des dépenses par poste entre les bénéficiaires de la CMU-C et la population générale.

Pour mieux suivre l’évolution des dépenses par poste, ainsi que pour mieux expliciter les particularités locales, le Fonds CMU-C va mettre en place en 2017 un observatoire avec un échantillon de caisses locales.

Tableau 2 – Calendrier du suivi de la dépense de la CMU-C

Mois	Régimes				Organismes complémentaires				
	Grands régimes		Régimes spéciaux		OC Déclarations Trim		OC Enquête CMU-C		OC Tableau récapitulatif
janvier	décembre	N-1	Année	N-1					
février	janvier	N			novembre	N-1			
mars	février	N							
avril	mars	N							
mai	avril	N			février	N			
juin	mai	N					année	N-1	
juillet	juin	N							année N-1
août	juillet	N			mai	N			
septembre	août	N							
octobre	septembre	N							
novembre	octobre	N			août	N			
décembre	novembre	N							

1.2. SUIVI DE L’ACS

Le Fonds CMU-C traite les données en provenance des régimes et des groupements d’organismes complémentaires gestionnaires de l’ACS à des fins de suivi statistique et d’évaluation. Des rencontres régulières sont organisées avec ces partenaires afin d’échanger sur les questions de fond.

Les questions relatives à l’ACS sont en particulier traitées dans le cadre des comités de suivi que le Fonds CMU-C pilote avec les trois grands régimes (CNAMTS, RSI, MSA) et la direction de la sécurité sociale.

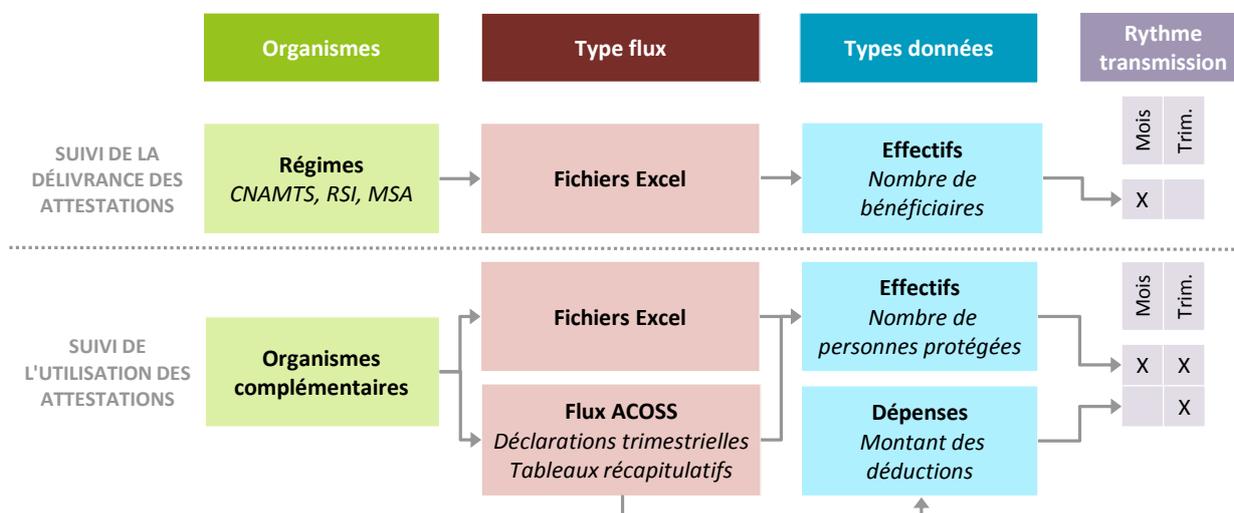
De nombreux échanges ont également lieu avec les groupements d’organismes complémentaires gestionnaires de l’aide, notamment dans le cadre de l’enquête annuelle sur l’ACS.

1.2.1. Schéma général du suivi

S’agissant de la délivrance des attestations par les caisses d’assurance maladie, les effectifs des bénéficiaires de l’ACS sont transmis mensuellement par les trois grands régimes (CNAMTS, RSI, CCMISA).

Pour ce qui concerne l’utilisation des attestations (personnes protégées par un contrat ACS), les effectifs sont transmis mensuellement par les 11 groupements d’organismes complémentaires gestionnaires de l’aide. Cette information est recoupée avec les données issues des télédéclarations de TSA des OC transmises trimestriellement au Fonds CMU-C par l’URSSAF de Paris et l’ACOSS. Au-delà des effectifs, ces déclarations permettent de chiffrer le montant de la dépense ACS déduite par les OC.

Figure 2 – Schéma général du suivi de l’ACS



1.2.2. Le suivi des effectifs et de la dépense

Les trois grands régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA) transmettent mensuellement les effectifs bénéficiaires de l’ACS du mois M-1, détaillées par caisse de rattachement. Le régime général fournit également dans ce cadre des informations sur les refus et les renouvellements. Ces informations sont détaillées par les tranches d’âges définies pour l’ACS.

Les 11 groupements d’organismes complémentaires fournissent mensuellement les effectifs protégés par l’ACS du mois M-1. Ces effectifs sont détaillés par type de contrat choisi : contrat A, B ou C. Les chiffres globaux peuvent ensuite être recoupés avec les effectifs tels qu’ils ressortent des déclarations trimestrielles à la TSA déposées par les OC auprès de l’URSSAF.

1.2.3. Les données de l’enquête annuelle sur l’ACS et leur exploitation

Le cahier des charges de l’enquête prévoit la transmission au Fonds CMU-C des données utiles à la réalisation du rapport annuel ACS sur le prix et le contenu des contrats.

Les informations transmises par les 11 groupements gestionnaires de l’aide portent notamment sur :

- la répartition des effectifs protégés par contrat, sexe et âge ;
- le prix des contrats et les restes à charge ;
- l’équilibre financier des contrats ;
- la consommation des soins par poste.

Compte tenu des calendriers de disponibilité qui diffèrent selon les informations, ces dernières sont transmises en deux vagues. La première vague est transmise pour la fin janvier, la seconde pour la fin mai, l’objectif étant de parvenir à un document finalisé pour le mois de septembre.

En amont de chaque enquête, les états font l’objet d’une concertation entre le Fonds CMU-C et les groupements. Des fiches de procédures sont établies en commun pour accompagner ces derniers dans leur travail de consolidation.

Le projet de rapport est soumis aux groupements dans le cadre d’un comité de pilotage. À cette occasion, le document est discuté et validé. Les perspectives d’approfondissement et de simplification sont envisagées.

2. Les effectifs

2.1. LE RALENTISSEMENT DE L’AUGMENTATION DES EFFECTIFS DE LA CMU-C EN 2016

Le régime général reste de loin le principal régime gestionnaire de la CMU-C. Les bénéficiaires de la CMU-C représentent une population plus jeune que la population générale, du fait des conditions d’accès à la prestation. Leur densité par rapport à l’ensemble de la population est plus élevée dans les régions du Nord, du Sud-Est et dans une partie de l’Île-de-France. En revanche, le choix de la gestion des droits par un organisme complémentaire est plus fréquent dans des départements à faible densité de bénéficiaires.

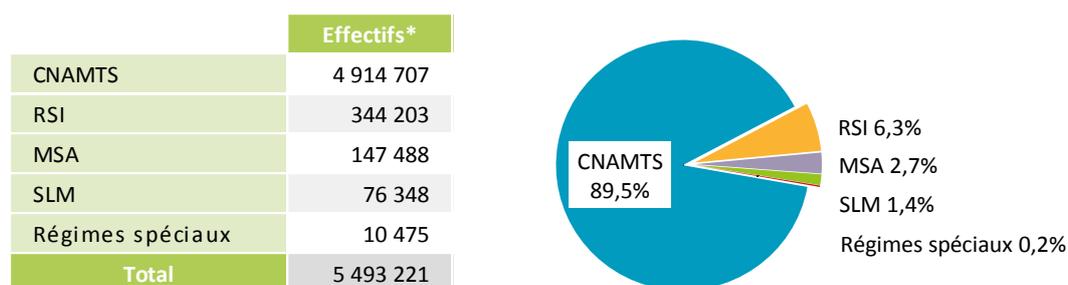
L’année 2016 confirme le ralentissement de l’évolution des effectifs de la CMU-C, surtout au régime général. Pour ce régime, les effectifs des départements d’Outre-mer vont jusqu’à diminuer sur la majeure partie de l’année. Cette tendance au fléchissement peut être rapprochée de celle de l’évolution du nombre de bénéficiaires du RSA socle et devrait, de fait, se prolonger sur l’année 2017.

2.1.1. La répartition des bénéficiaires en 2016

2.1.1.1. La répartition par régime

La majeure partie des bénéficiaires de la CMU-C relève du régime général (90 %). La part restante se partage entre le régime des indépendants (6 %), le régime agricole (3 %), les sections locales mutualistes (1 %) et les régimes spéciaux, qui ne regroupent que très peu de bénéficiaires (0,2 %).

Figure 3 – Effectifs de la CMU-C, répartition par régime de base, métropole et Dom, estimation à fin 2016, en milliers



* Effectifs en milliers – Source : Tous régimes

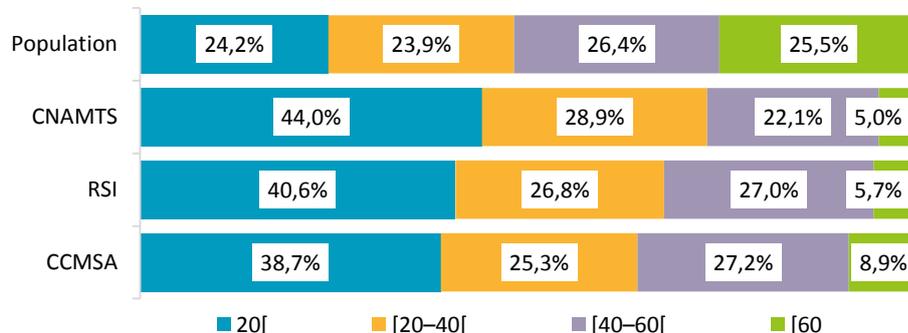
2.1.1.2. La répartition par tranche d'âge et par sexe

La population des bénéficiaires de la CMU-C au régime général est composée pour moitié d'adultes de 20 à 59 ans et pour 44 % d'enfants et de jeunes de moins de 20 ans, alors que la population générale se répartit à parts presque égales entre les quatre tranches d'âge.

Les personnes en âge de prendre leur retraite, et disposant de faibles revenus, relèvent de minima sociaux dont les montants sont supérieurs au plafond à ne pas dépasser pour bénéficier de la CMU-C. Il ne reste donc, après 60 ans, qu'une très faible proportion d'attributaires de cette prestation. Parmi cette minorité, les ressortissants du régime agricole sont toutefois deux fois plus concernés que ceux du régime général (9 % CCMSA vs 5 % CNAMTS). D'après le régime agricole, la population des agriculteurs serait moins encline que la population générale à recourir aux aides et aux minima liés au statut de retraité, ou de personne âgée, qui pourraient générer d'éventuels recouvrements sur succession.

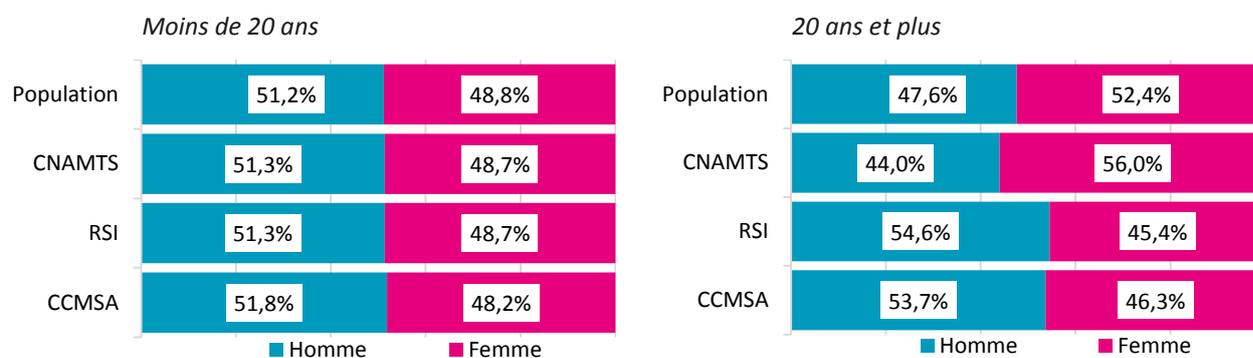
Les femmes sont plus nombreuses chez les adultes bénéficiaires de la CMU-C au régime général qu'en population générale (56 % vs 52 %), mais elles sont minoritaires au régime des indépendants (45 %) ainsi qu'au régime agricole (46 %). Cette structure par genre reflète la répartition des affiliés de ces régimes. L'entrée au régime des indépendants et au régime agricole est déterminée par une activité professionnelle minimale, ce qui est plus souvent le cas pour les hommes. *A contrario*, le régime général couvre une part de personnes moins bien insérées dans le monde du travail, en partie attributaires de minima sociaux accordés au titre d'un foyer monoparental, ce qui concerne plus souvent des femmes.

Figure 4 – Répartition des bénéficiaires de la CMU-C au régime général, au régime des indépendants et au régime agricole et de la population générale, par tranche d'âge, métropole, estimation à fin 2016



Source : CNAMTS, RSI, CCMSA, INSEE

Figure 5 – Répartition des bénéficiaires de la CMU-C au régime général, au régime des indépendants et au régime agricole et de la population générale, par sexe, métropole, estimation à fin 2016



Source : CNAMTS, RSI, CCMSA, INSEE

2.1.1.3. La distribution par département

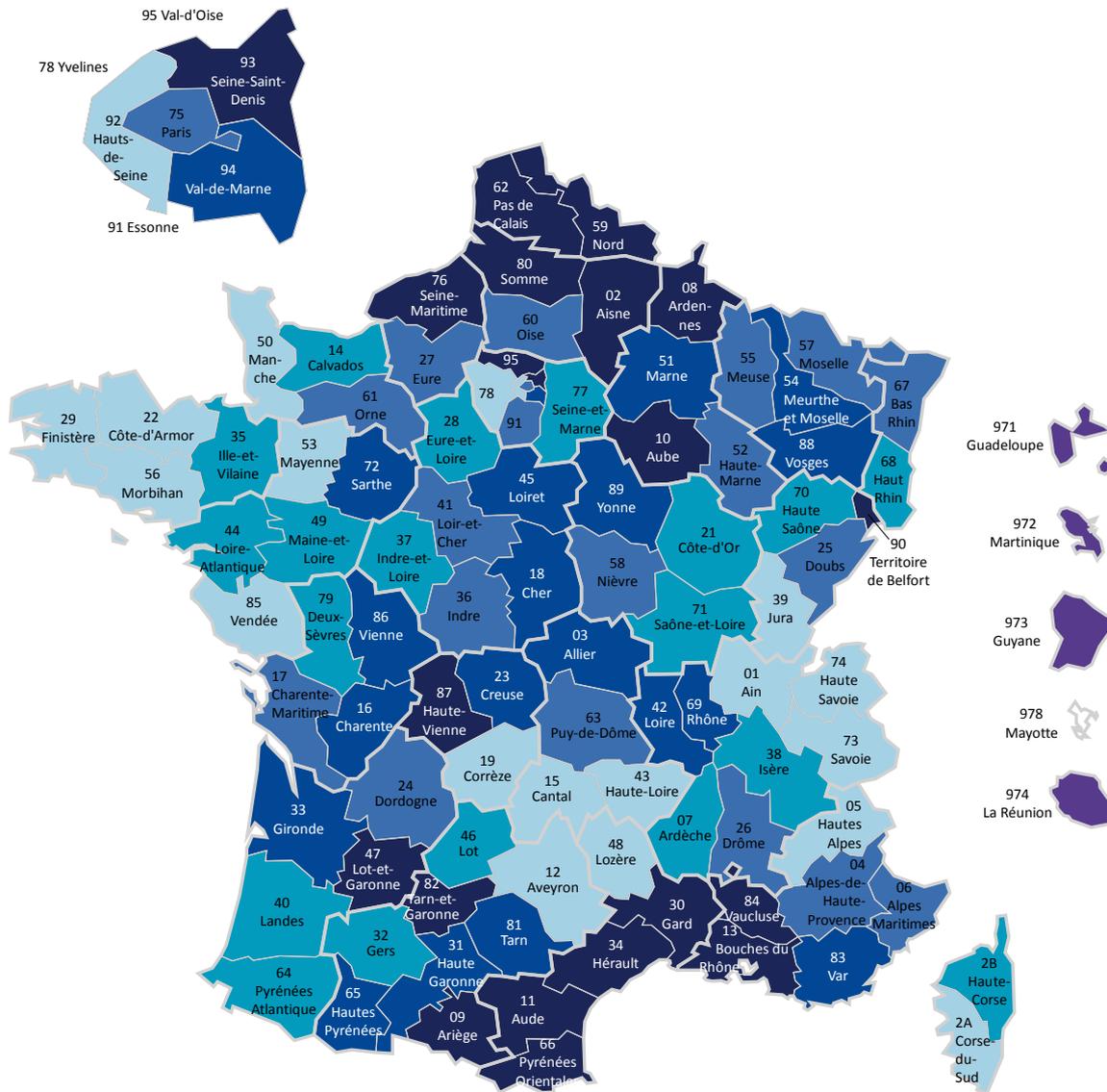
Les bénéficiaires de la CMU-C des trois principaux régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA) représentent 7,4 % de la population en métropole et leur densité est quatre fois supérieure dans les Dom, 31,2 %.

En métropole, le Nord, le Sud-Est et la région parisienne concentrent les départements ayant la plus forte densité de bénéficiaires, entre 8,0 % et 14,5 %. Cinq départements regroupent 23 % des bénéficiaires de la CMU-C, alors qu'ils ne représentent que 15 % de la population. Les quatre premiers départements ont des taux de bénéficiaires supérieurs à 10 % : Nord, 12,3 %, Seine-Saint-Denis, 14,5 %, Bouches-du-Rhône, 11,1 % et Pas-de-Calais, 11,3 %. Le département de Paris affiche un plus faible taux, de 6,6 %.

Les départements de métropole du premier quintile se répartissent entre la Bretagne, le Massif central et l'Est. Ils présentent des taux de bénéficiaires trois fois moindres, entre 2,8 % et 5 %, que ceux du dernier quintile.

Dans les départements d'outre-mer, les taux de bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population se situent entre 22 % en Martinique et 36,1 % à la Réunion.

Figure 6 – Densité des bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population, par département, métropole et Dom, pour les trois principaux régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA), estimation à fin 2016, effectifs en milliers



Répartition métropole							
Couleur	Pourcentage population		Nombre Dpts		Effectifs*	Pourcent. Effectifs	
	>=	2,8%	<	5,0%	19	444	9,2%
	>=	5,0%	<	6,4%	19	692	14,4%
	>=	6,4%	<	6,9%	19	842	17,5%
	>=	6,9%	<	8,0%	19	1 020	21,2%
	>=	8,0%	<=	14,5%	20	1 812	37,7%
					96	4 809	100,0%
Répartition Dom							
Couleur	Pourcentage population		Nombre Dpts		Effectifs*	Pourcent. Effectifs	
	>=	22,0%	<=	36,1%	4	594	100%

* Effectifs en milliers, à fin décembre 2016 – Mayotte : NR – Source : CNAMTS, RSI, CCMSA, INSEE – Outil Philcarto

Tableau 3 – Effectifs de la CMU-C dans les 5 premiers départements, en métropole, estimés à fin 2016, en milliers

Num Dpt	Département	Effectifs*	Population*	Effectifs / Population
59	Nord	324	2 641	12,3%
93	Seine-Saint-Denis	229	1 582	14,5%
13	Bouches-du-Rhône	226	2 035	11,1%
62	Pas-de-Calais	170	1 498	11,3%
75	Paris	149	2 244	6,6%
Total		1 098	10 000	11,0%
Métropole		4 811	65 453	7,4%

* Effectifs et population en milliers – Source : CNAMTS, RSI, CCMSA

Tableau 4 – Effectifs de la CMU-C dans les Dom, estimés à fin 2016, en milliers

Num Dpt	Département	Effectifs*	Population*	Effectifs / Population
971	Guadeloupe	111	407	27,3%
972	Martinique	86	390	22,0%
973	Guyane	89	255	35,0%
974	La-Reunion	309	853	36,2%
Dom		595	1 904	31,2%

* Effectifs et population en milliers – Source : CNAMTS, RSI, CCMSA

■ Indications techniques

Les totaux nationaux varient légèrement par rapport aux totaux régionaux et départementaux. En effet, au RSI, un petit nombre de bénéficiaires ne sont pas affectés à un département.

2.1.1.4. La répartition par organisme gestionnaire

Pour la gestion de leurs droits, les bénéficiaires de la CMU-C peuvent choisir entre leur organisme d’assurance maladie d’affiliation et un organisme complémentaire (mutuelle, assurance, institution de prévoyance) inscrit sur la liste nationale des organismes volontaires pour gérer la CMU-C.

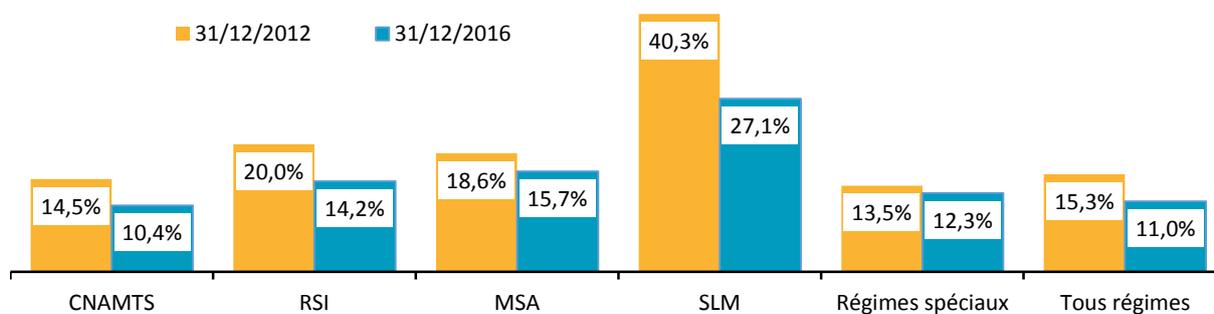
Fin 2016, 11 % des bénéficiaires de la CMU-C ont opté pour la gestion par un organisme complémentaire, tous régimes confondus et pour l’ensemble du territoire. Cette part diminue d’un point en un an et de quatre points en cinq ans.

En 2012, 40,3 % des bénéficiaires couverts par une SLM pour le régime de base optaient pour la gestion de la CMU-C par leur SLM en tant qu’OC. Ils ne sont plus que 27,1 % en 2016. Cela s’explique par le retrait de mutuelles étudiantes de la liste nationale des organismes volontaires pour gérer la CMU-C, suite à la prise en compte des dépenses réelles à partir de 2013². Ces OC avaient une dépense moyenne inférieure au forfait annuel. Ils ont estimé que le passage au remboursement sur la base de la dépense réelle ne leur permettait pas de rentrer dans leurs fonds, dans la mesure où le remboursement ne prend pas en compte les frais de gestion.

Pour les autres régimes de base, diverses raisons techniques sont avancées localement pour expliquer la diminution du choix d’un OC pour la gestion de la CMU-C, mais les régimes n’ont pas procédé à des évaluations sur le plan national.

² Loi du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, article 22

Figure 7 – Effectifs CMU-C, part des bénéficiaires ayant opté pour la gestion de leurs prestations par un OC, à fin 2012 et fin 2016, métropole et Dom, CNAMTS, RSI, CCMSA et tous régimes



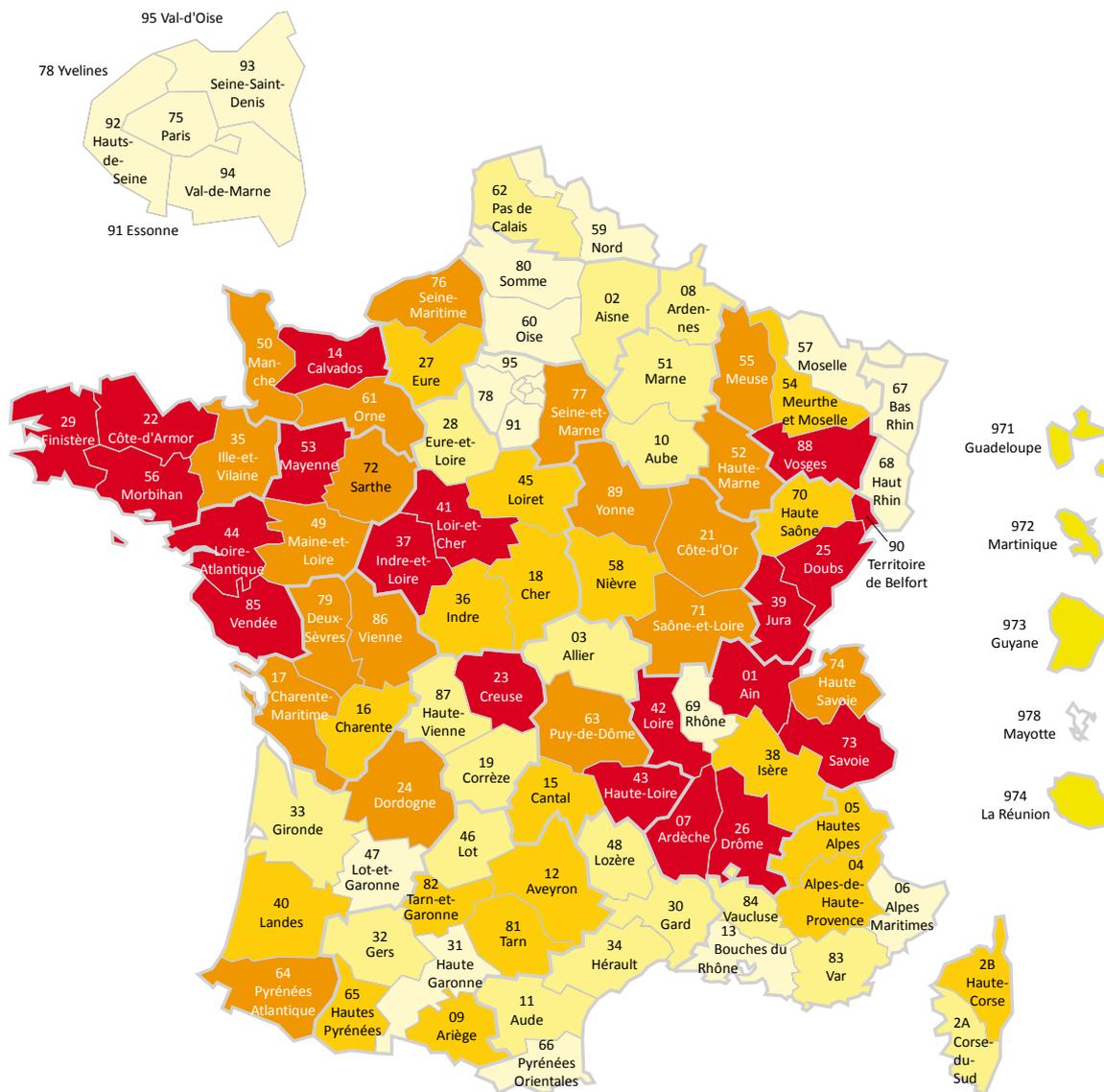
Source : tous régimes

Pour les trois principaux régimes, le recours à un OC pour la gestion de la CMU-C est le plus souvent choisi dans les départements de l’Ouest, de l’Est, hors Alsace et Moselle et sur l’axe Creuse – Drôme : entre 21,8 % dans le Jura et 35,8 % dans la Drôme pour le dernier quintile.

Les départements les plus impliqués dans la participation des OC à la gestion de la CMU-C ne regroupent par ailleurs qu’une minorité d’effectifs. Ce sont des départements peu peuplés, avec des densités de bénéficiaires de la CMU-C globalement parmi les moins élevées, surtout dans l’Ouest. Les 58 départements des trois derniers quintiles, avec une part allant de 13,5 % à 35,8 % pour le choix d’un OC comme organisme gestionnaire, ne rassemblent que 37 % des effectifs de la métropole.

Dans les départements d’outre-mer, le choix d’un OC comme organisme gestionnaire de la CMU-C ne concerne qu’une poignée de personnes dans les départements de la Guyane et de la Réunion, et la proportion est modérée dans les départements de la Guadeloupe, 9,1 % et de la Martinique, 13,1 %.

Figure 8 – Densité des bénéficiaires de la CMU-C ayant choisi un OC pour la gestion de leurs prestations, par département, métropole et Dom, pour les trois principaux régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA), estimation à fin 2016, effectifs en milliers



Répartition métropole							
Couleur	Pourcentage OC		Nombre Dpts	Effectifs*	Pourcent. Effectifs		
	>=	1,6%	<	8,7%	19	2 078	43,2%
	>=	8,7%	<	13,5%	19	945	19,6%
	>=	13,5%	<	15,8%	19	467	9,7%
	>=	15,8%	<	21,8%	19	735	15,3%
	>=	21,8%	<=	35,8%	20	587	12,2%
					96	4 811	100,0%
Répartition Dom							
Couleur	Pourcentage OC		Nombre Dpts	Effectifs*	Pourcent. Effectifs		
	>=	0,1%	<=	13,1%	4	595	100,0%

* Effectifs en milliers – Mayotte : NR – Source : CNAMTS, RSI, CCMSA – Outil Philcarto

2.1.2. L'évolution des effectifs en 2016

2.1.2.1. L'évolution des effectifs pour l'ensemble des organismes gestionnaires

Les effectifs de la CMU-C ont continué de progresser en 2016, pour atteindre 5,49 millions, mais au rythme très modéré de 1,9 % entre fin 2015 et fin 2016, pour l'ensemble du territoire.

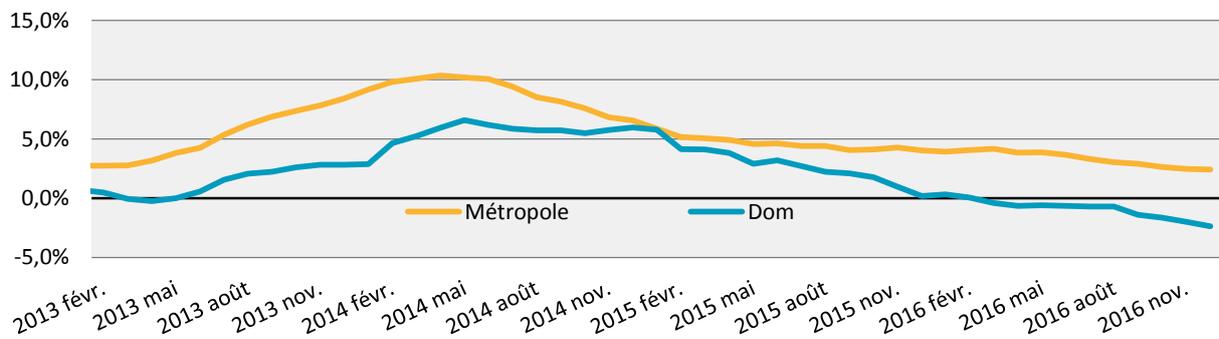
Depuis janvier 2015, les évolutions en glissement annuel pour la métropole et les départements d'outre-mer diminuent concomitamment chaque mois, mais à un rythme plus accéléré pour les Dom. En 2016, la métropole connaît encore une évolution positive, mais les Dom sont en diminution depuis le mois de mars.

Tableau 5 – Effectifs de la CMU-C, ensemble des régimes, décembre 2016*, en millions

Effectifs des bénéficiaires de la CMU-C au 31 décembre 2016			
Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total
Tous régimes *	4,89 M	0,61 M	5,49 M
Évolution sur 6 mois	0,4%	-2,7%	0,0%
Évolution sur un an	2,4%	-2,4%	1,9%
Régime général	4,34 M	0,57 M	4,91 M
Évolution sur 6 mois	0,1%	-3,1%	-0,3%
Évolution sur un an	2,0%	-2,9%	1,4%

* Dont 0,61 million de bénéficiaires gérés par les organismes complémentaires – Données estimées – Source : tous régimes

Figure 9 – Évolution des effectifs CMU-C, ensemble des régimes, métropole, Dom, évolution à M-12, de janvier 2013 à décembre 2016*



* Données estimées – Source : tous régimes

Tableau 6 – Effectifs de la CMU-C, ensemble des régimes, de décembre 2015 à décembre 2016*, en milliers, évolutions par rapport à M-1, M-12, et en année complète mobile (ACM)

Mois	Total	M – 1	M – 12	% M – 1	% M – 12	% ACM
2015 déc	5 393	15,0	186,3	0,3%	3,6%	4,4%
2016 janv	5 401	7,6	183,0	0,1%	3,5%	4,2%
2016 févr	5 417	16,8	188,1	0,3%	3,6%	4,1%
2016 mars	5 446	28,8	190,6	0,5%	3,6%	4,0%
2016 avr	5 459	13,2	175,6	0,2%	3,3%	3,9%
2016 mai	5 474	14,5	176,9	0,3%	3,3%	3,8%
2016 juin	5 491	17,1	167,9	0,3%	3,2%	3,7%
2016 juil	5 487	-4,1	151,2	-0,1%	2,8%	3,5%
2016 août	5 484	-2,2	139,6	0,0%	2,6%	3,4%
2016 sept	5 481	-3,6	129,0	-0,1%	2,4%	3,3%
2016 oct	5 477	-3,9	114,4	-0,1%	2,1%	3,2%
2016 nov	5 483	5,8	104,8	0,1%	1,9%	3,0%
2016 déc	5 493	10,5	100,3	0,2%	1,9%	2,9%

* Données estimées – Source : tous régimes

2.1.2.2. L'évolution des effectifs par régime

Au régime général, l'évolution de 1,4 % à fin 2016 rejoint le niveau le plus bas qui ait été mesuré depuis juin 2012. Elle a perdu 8,4 points depuis le pic d'avril 2014, à 9,8 %. La régression dans les Dom, amorcée en février 2016, s'est confirmée jusqu'à la fin de l'exercice. Le régime des indépendants et le régime agricole maintiennent des croissances soutenues, respectivement de 4,6 % et de 7,3 %. Les évolutions dans les Dom ne peuvent pas être retenues comme des tendances pour ces deux régimes, compte tenu de problèmes techniques rencontrés dans le dénombrement des bénéficiaires, au niveau des caisses locales en 2015 et en 2016.

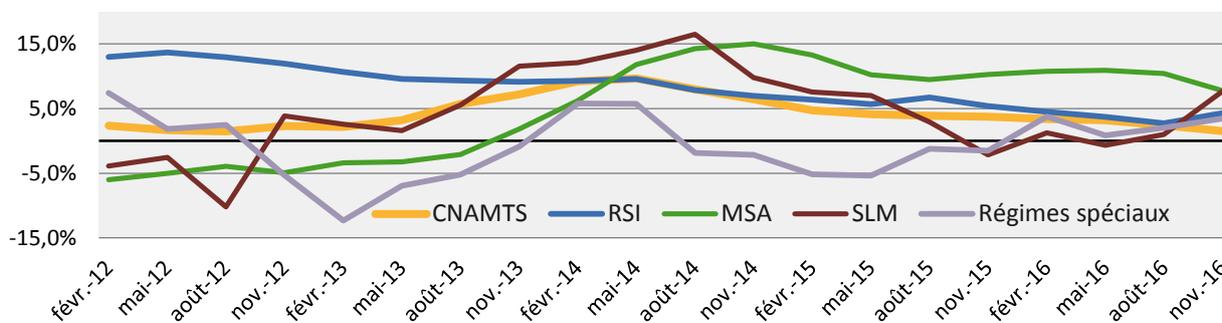
Tableau 7 – Effectifs de la CMU-C, évolution des effectifs par régime, métropole et Dom, entre décembre 2015 et décembre 2016*, en milliers

Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C, en milliers, au 31 décembre 2016				
Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	4 343,9	570,8	4 914,7	511,6
Régime social des indépendants	329,7	14,6	344,2	48,7
Régime agricole	138,1	9,4	147,5	23,2
Autres régimes et SLM	73,4	13,4	86,8	22,0
Total Décembre 2015	4 885,0	608,2	5 493,2	605,4

Évolution des effectifs des bénéficiaires de la CMU-C du 31 décembre 2015 au 31 décembre 2016				
Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	+2,0%	-2,9%	+1,4%	-11,0%
Régime social des indépendants	+4,3%	+10,3%	+4,6%	-3,8%
Régime agricole	+8,6%	-8,7%	+7,3%	-2,8%
Autres régimes et SLM	+5,7%	+16,0%	+7,2%	+5,1%
Total Décembre 2016	+2,4%	-2,4%	+1,9%	-9,6%

* Données estimées – Source : tous régimes

Figure 10 – Évolution des effectifs de la CMU-C par régime à M-12, de début 2013 à fin novembre 2016*, métropole et Dom



* Données estimées – Source : tous régimes

2.1.2.3. L'évolution des effectifs de la CMU-C comparée à celle des bénéficiaires du RSA socle

De mars à décembre 2014, l'évolution de la CMU-C est supérieure à celle du RSA socle neuf mois plus tôt. Ce décrochage se situe dans une période de montée en charge de la mesure exceptionnelle du plafond de la CMU-C de juillet 2013. L'évolution de la CMU-C se rapproche ensuite de celle du RSA socle, qui décroît légèrement, mais régulièrement.

La part des bénéficiaires de la CMU-C qui perçoivent le RSA socle n'est pas connue exactement, mais elle est supposée être suffisamment conséquente³ pour que l'évolution du RSA socle ait une influence sur celle de la CMU-C. Ainsi, le ralentissement de la progression des effectifs du RSA socle contribue à limiter l'évolution des effectifs de la CMU-C.

Figure 11 – Comparatif évolutions effectifs RSA socle / CMU-C, de juin 2013 à décembre 2016, France entière



Source : CMU-C tous régimes, CAF

Le rapport entre l'évolution du nombre de bénéficiaires du RSA (socle et socle activité) et celui des bénéficiaires de la CMU-C se mesure avec un décalage qui a été situé à trois trimestres. Les données de la CAF (Cafdata) sont mises à disposition seulement par trimestre. Ainsi, lorsque la meilleure corrélation est évaluée avec un décalage à trois trimestres, il peut s'agir, dans les faits, d'un décalage qui se situe entre six et neuf mois.

³ Le rapprochement entre le nombre de foyers bénéficiaires du RSA socle et le nombre de foyers bénéficiaires de la CMU-C (croisement bases CNAF / CNAMTS) avait permis d'évaluer à environ 64 % le nombre de foyers bénéficiaires du RSA socle qui avaient fait valoir leurs droits à la CMU-C. En ce cas, on pourrait estimer qu'un peu moins de la moitié des bénéficiaires de la CMU-C sont bénéficiaires du RSA socle.

2.2. LA POURSUITE DE LA PROGRESSION DES EFFECTIFS DE L’ACS EN 2016

En 2016, près d’1,5 million de personnes ont reçu une attestation ACS ; on parle alors de bénéficiaires de l’aide.

Cette attestation qui donne droit à une réduction sur les cotisations lors de la souscription d’un contrat de complémentaire santé éligible à l’ACS (trois contrats : A, B, C), est utilisée dans près de 80 % des cas (1,12 million de personnes à fin 2016). Les personnes qui ont utilisé leur chèque ACS pour souscrire un contrat sont appelées utilisateurs de l’aide et / ou personnes protégées par l’aide.

2.2.1. La répartition des bénéficiaires en 2016

La répartition est appréciée sur la base des bénéficiaires de l’aide, à savoir ceux qui ont reçu une attestation au cours de l’année qu’ils l’aient ou non utilisée ensuite auprès d’un OC.

2.2.1.1. Une répartition selon l’âge comparable à l’ensemble de la population française

La répartition selon l’âge de la population bénéficiaire d’une attestation ACS est caractérisée par sa proximité avec celle de la population française dans son ensemble.

Parmi les personnes ayant reçu une attestation en 2016, les [0-15 ans] ainsi que les plus âgés (60 ans et plus) sont légèrement surreprésentés par rapport à leur poids dans la population générale, au détriment des [16-29 ans].

► Tableau 8 – Structure par âge : délivrance de l’ACS en 2016/population française en 2016

Bénéficiaires par tranche d’âges	Total 3 grands régimes	Population française en 2016	Écart en points
Moins de 16 ans	22,9%	19,8%	3,2
16-29 ans	13,4%	16,4%	-3,1
30-39 ans	11,0%	12,3%	-1,4
40-49 ans	12,1%	13,5%	-1,4
50-59 ans	12,3%	13,1%	-0,9
60-69 ans	14,3%	12,0%	2,4
70 ans et plus	14,1%	12,9%	1,2
Total	100,0%	100,0%	

Source : CNAMTS, CCMSA, RSI, INSEE

La structure par âge des personnes ayant obtenu une attestation ACS est toutefois nettement différente entre le régime général et la CCMSA ou le RSI, où l’on observe une population plus âgée. En particulier, les 60 ans et plus représentent 47 % des bénéficiaires à la CCMSA et 50 % au RSI, soit quasiment le double de ce qui est constaté au régime général où cette tranche d’âge représente 27 % des effectifs. Ces spécificités reflètent pour partie le profil d’âge ou de revenu des affiliés à ces régimes.

À la CCMSA, 41,0 % des assurés ont 60 ans et plus.

Au RSI, 21 % des assurés ont 60 ans et plus, mais les revenus des artisans et commerçants âgés sont particulièrement faibles lorsqu’ils sont pensionnés.

Côté retraite, à titre d’exemple, en 2015, la pension moyenne d’un artisan est de 707 € par mois et celle d’un commerçant de 434 €. Ces montants sont servis aux pensionnés qui ont exercé leur activité uniquement en tant qu’artisan ou commerçant, mais ils représentent environ 100 000 personnes, chiffre à rapprocher des 35 000 assurés du RSI bénéficiaires d’une attestation ACS en 2016.

Tableau 9 – Structure par âge : délivrance de l'ACS en 2016 – Situation comparative des trois grands régimes

Bénéficiaires par tranche d'âges	CNAMTS	CCMSA	RSI	Total 3 grands régimes
Moins de 16 ans	23,4%	16,1%	17,7%	22,9%
16-29 ans	13,6%	11,0%	6,9%	13,4%
30-39 ans	11,3%	7,4%	7,0%	11,0%
40-49 ans	12,3%	8,7%	9,0%	12,1%
50-59 ans	12,4%	10,2%	9,3%	12,3%
60-69 ans	14,2%	15,0%	16,4%	14,3%
70 ans et plus	12,7%	31,5%	33,8%	14,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : CNAMTS, CCMSA, RSI

2.2.1.2. C'est dans le Nord et dans le Sud que la densité de bénéficiaires de l'ACS est la plus élevée

Au régime général, en 2016 et sur la France entière, les bénéficiaires de l'ACS représentent 2,0 % de la population.

Ce pourcentage s'établit à 1,9 % en métropole et à 5,3 % dans les Dom. Les Dom sont caractérisés par une plus forte densité des bénéficiaires d'attestations ACS que les départements de la métropole. Par ailleurs, ils regroupent à eux seuls 7,4 % des effectifs de l'ACS, dont 4,8 % pour la Réunion.

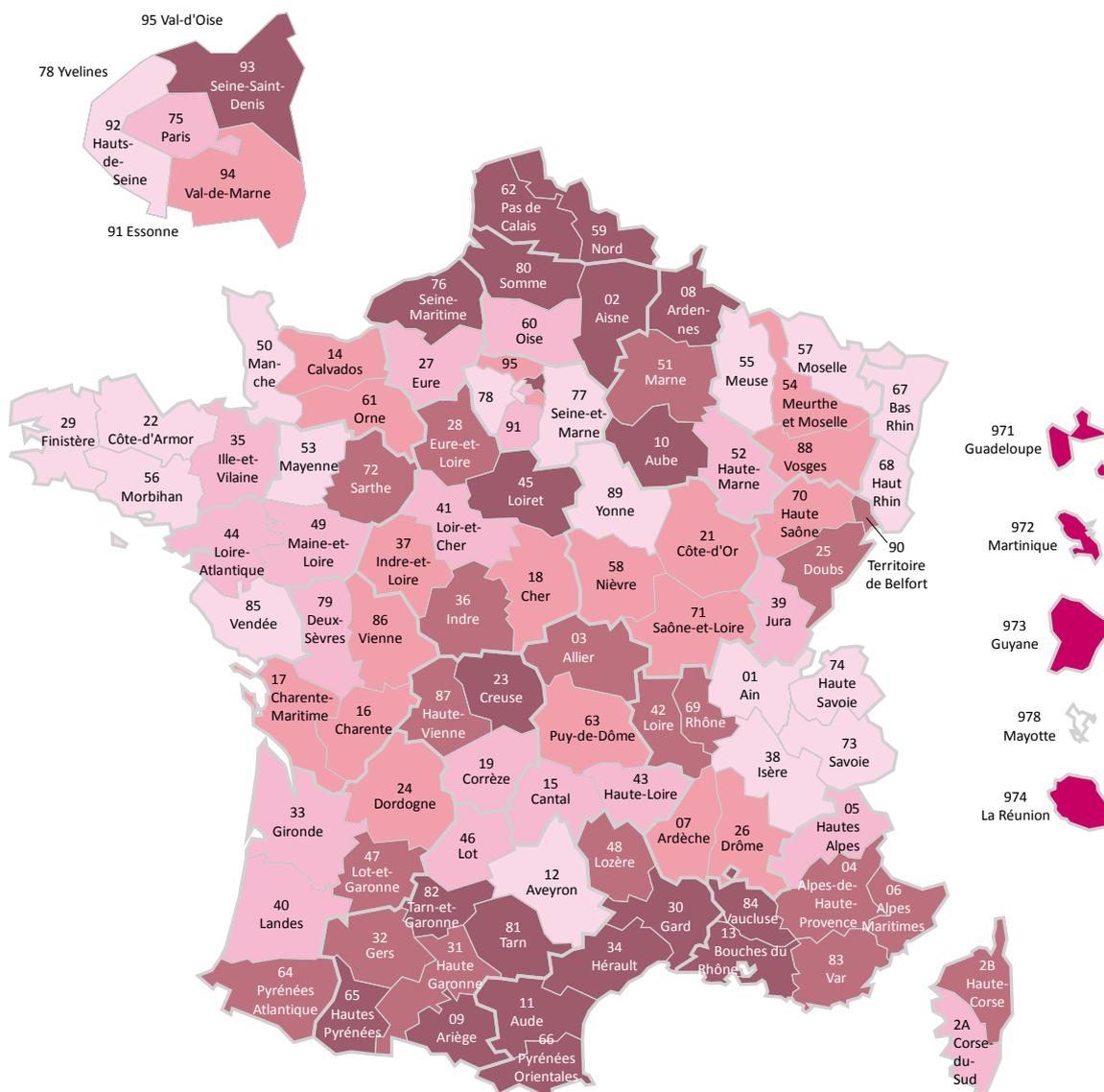
Les départements de métropole rassemblant les plus forts taux de bénéficiaires sont essentiellement localisés dans le Nord, le Sud et une partie du Centre. Les départements de la Bretagne, de la région Rhône-Alpes et de l'Alsace Moselle, ainsi qu'un axe reliant les départements de l'Eure à l'Yonne présentent les plus faibles taux.

À l'instar des bénéficiaires de la CMU-C, les effectifs de l'ACS sont concentrés puisque les 5 premiers départements de métropole regroupent 20,5 % des effectifs, les 10 premiers 32,8 %.

Les effectifs sont en hausse de 12,2 % en métropole et de 7,6 % dans les Dom par rapport à 2015.

En 2016, seuls 19 départements regroupant 8,9 % des effectifs totaux ont constaté une baisse du nombre de bénéficiaires.

Figure 12 – Densité des bénéficiaires de l’ACS par rapport à la population, par département, en métropole, pour le régime général en 2016



Répartition métropole							
Couleur	Pourcentage population		Nombre		Effectifs	Pourcentage Effectifs	
	>=	0,9%	<	1,5%	19	201 509	16,0%
	>=	1,5%	<	1,8%	19	202 869	16,1%
	>=	1,8%	<	2,0%	19	201 087	15,9%
	>=	2,0%	<	2,3%	19	230 617	18,3%
	>=	2,3%	<=	3,3%	20	426 344	33,8%
					96	1 262 426	100,0%
Répartition Dom							
	>=	1,3%	<=	7,6%	4	101 080	100,0%

Source : CNAMTS, INSEE – Outil Philcarto

2.2.2. Le nombre de bénéficiaires est en hausse de 8,2 % en 2016

Au cours de l'année 2016, près de 1,5 million de personnes ont obtenu une attestation ACS. Les effectifs ont évolué de + 8,2 % par rapport à 2015. Ce chiffre est encourageant dans la mesure où la hausse avait été de 12,5 % en 2015 et que l'on doit donc prendre en considération un effet base.

Tableau 10 – Nombre de personnes ayant obtenu une attestation ACS en 2016

	Flux mensuel d'entrées en nombre de bénéficiaires d'attestation ACS (tous régimes)	Évolution en glissement annuel	Nombre de bénéficiaires d'attestations ACS au cours des 12 derniers mois (tous régimes)	Évolution en glissement annuel
2015 déc	123 772	1,6%	1 352 871	12,5%
2016 janv	119 570	6,8%	1 360 432	12,3%
2016 févr	125 543	17,8%	1 379 411	13,0%
2016 mars	134 757	5,7%	1 386 620	10,8%
2016 avr	115 537	5,8%	1 392 989	10,1%
2016 mai	117 017	22,2%	1 414 269	11,6%
2016 juin	131 707	10,7%	1 427 035	10,9%
2016 juil	102 227	-8,9%	1 417 061	8,9%
2016 août	105 010	12,3%	1 428 561	9,0%
2016 sept	121 189	10,6%	1 440 150	9,2%
2016 oct	121 637	-1,4%	1 438 467	8,0%
2016 nov	130 216	8,1%	1 448 182	7,2%
2016 déc	139 231	12,5%	1 463 641	8,2%

Source : CNAMTS, CCMSA, RSI

Le régime général couvre 93,2 % des bénéficiaires et la hausse constatée sur ses effectifs est de 7,9 % (+ 12,8 % en 2015).

Les effectifs de la CCMSA, qui représentent 4,5 % des bénéficiaires, sont en hausse de 17,9 % (+ 9,9 % en 2015).

Le RSI quant à lui couvre 2,4 % des effectifs et constate une croissance de + 2,3 % (+ 7,2 % en 2015).

Tableau 11 – Nombre de personnes ayant obtenu une attestation ACS en 2016, répartition selon les trois grands régimes

	2015	2016	Evolution 2016/2015	Structure 2016
CNAMTS	1 263 442	1 363 506	7,9%	93,2%
CCMSA	55 330	65 250	17,9%	4,5%
RSI	34 099	34 885	2,3%	2,4%
Total	1 352 871	1 463 641	8,2%	100,0%

Source : CNAMTS, CCMSA, RSI

2.2.3. Un taux de refus plus faible et un taux de renouvellement plus élevé pour les personnes âgées

Les données étudiées sont fournies par la CNAMTS qui regroupe 93 % des bénéficiaires.

2.2.3.1. Un taux de refus plus faible chez les personnes âgées

■ Une augmentation du volume des refus en 2016

Jusqu'en 2015, l'information sur les refus était uniquement disponible pour les foyers, pas pour les bénéficiaires. Depuis 2016, la CNAMTS est en mesure de fournir l'information exprimée en nombre de bénéficiaires.

En 2014 et en 2015, la part des refus dans le total des demandes d'attestations (foyers) s'est établie respectivement à 19,7 % et 20,2 %. Ce chiffre est passé à 23,8 % en 2016.

Si on se réfère au passé, on constate une part plus importante des refus sur les périodes où le plafond des ressources a été relevé (2011 à 2013 en particulier). Dans ces cas, les personnes sont davantage incitées à déposer des demandes, ce qui peut également avoir un impact sur le volume des refus.

En 2016, il est probable que les demandes ont été encouragées dans le cadre de la mise en place du nouveau dispositif ACS et des campagnes de communication qui l'ont accompagné avec un effet possible à la hausse sur les refus.

L'automatisation des bases ressources mise en place par les caisses depuis 2016 a pu avoir également un effet positif sur le décompte des refus, ces derniers ont pu être plus systématiquement pris en compte.

Tableau 12 – Le volume des demandes d'ACS exprimées en nombre de foyers entre 2011 et 2016 au régime général – Distinction entre accords et refus

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Accord	407 563	525 998	621 165	647 397	722 700	773 450
Refus	159 707	149 482	176 718	159 172	183 851	241 122
Total demandes	567 270	675 480	797 883	806 569	906 551	1 014 572

Source : CNAMTS

Tableau 13 – Part des accords et des refus dans le total des demandes d'ACS entre 2011 et 2016 (foyers) au régime général

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Accord	71,8%	77,9%	77,9%	80,3%	79,7%	76,2%
Refus	28,2%	22,1%	22,1%	19,7%	20,3%	23,8%
Total demandes	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : CNAMTS

Tableau 14 – Évolution annuelle du volume des demandes, des accords et des refus d'ACS entre 2011 et 2016 (foyers) au régime général

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Accord	16,4%	29,1%	18,1%	4,2%	11,6%	7,0%
Refus	-11,2%	-6,4%	18,2%	-9,9%	15,5%	31,2%
Total demandes	7,0%	19,1%	18,1%	1,1%	12,4%	11,9%

Source : CNAMTS

■ Un taux de refus plus faible pour les plus âgés

Depuis 2016, la CNAMTS fournit donc une information sur les refus exprimés en nombre de personnes, au-delà du nombre de foyers. Elle fournit également un détail par tranches d’âges de l’ACS, mais ce, à compter du second semestre 2016.

Sur le second semestre, en données cumulées, si on rapproche la répartition des deux populations accords / refus par tranche d’âge, on constate une surreprésentation des refus dans la tranche d’âge des 16 à 49 ans et à l’inverse, une sous-représentation chez les plus âgés.

Parmi les plus âgés, le plus faible taux de refus s’explique au moins en partie par le fait que bon nombre bénéficient de l’ASPA dont le montant est inférieur au plafond d’attribution de l’ACS.

► *Tableau 15 – Structures comparatives par âge des accords et des refus sur le second semestre 2016 au régime général, en nombre de bénéficiaires (premières demandes et renouvellements)*

	Moins de 16 ans	De 16 à 49 ans	De 50 à 59 ans	60 ans et plus	Total
Structure par âge des personnes ayant essuyé un refus ACS en 2016	21,0%	44,3%	14,6%	20,1%	100,0%
Structure par âge des personnes ayant reçu un accord ACS en 2016	23,4%	36,8%	12,3%	27,4%	100,0%
Écarts en points	-2,4	7,5	2,3	-7,3	

Source : CNAMTS

2.2.3.2. Un taux de renouvellement plus élevé chez les personnes âgées

■ Un taux de renouvellement qui baisse en 2016 après avoir régulièrement augmenté ces dernières années

Appréciée en nombre de bénéficiaires, la part des renouvellements au sein des attributions de l’ACS au régime général a augmenté régulièrement entre 2013 et 2015 pour atteindre 45,7 % la dernière année. Elle baisse en 2016 pour atteindre 42,6 %.

En 2015, au régime général, la hausse des effectifs avait été portée par celle des renouvellements : ces derniers étaient en hausse de 25,0 %, contre une progression de 4,9 % pour les effectifs en situation de première demande.

Pour 2016, c’est une autre tendance qui est constatée puisque la hausse des effectifs est portée par les nouveaux demandeurs dont le nombre augmente de 14,0 % versus + 0,7 % pour les renouvellements.

► *Tableau 16 – Part relative des premières demandes et des renouvellements dans les accords ACS de 2012 à 2016 au régime général, en nombre de bénéficiaires*

	2012	2013	2014	2015	2016
Adhésions	65,1%	61,7%	58,6%	54,3%	57,4%
Renouvellements	34,9%	38,3%	41,4%	45,7%	42,6%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : CNAMTS

Tableau 17 – Évolution des effectifs ACS selon la distinction premières demandes / renouvellements de 2012 à 2016 au régime général, en nombre de bénéficiaires

	2012	2013	2014	2015	2016
Adhésions	30,7%	10,0%	-2,1%	4,9%	14,0%
Renouvellements	34,2%	27,1%	11,4%	25,0%	0,7%

Source : CNAMTS

■ Un taux de renouvellement plus élevé chez les personnes âgées

Si au sein de la population ayant reçu une attestation ACS en 2016, on rapproche la structure par âge des deux sous populations primo demandeurs / renouvellements, on observe une surreprésentation marquée des renouvellements chez les plus âgés et à l’inverse une sous-représentation chez les plus jeunes. Le taux de renouvellement augmente progressivement avec l’âge.

La stabilité des ressources des plus âgés (ASPA) et des besoins de santé marqués doivent expliquer ce constat. La mise en place de l’automatisation du renouvellement de l’ACS pour les bénéficiaires de l’ASPA en 2016 a probablement contribué à ce constat.

En revanche, la situation des plus jeunes (moins de 16 ans) pose question et mériterait d’être approfondie.

Tableau 18 – Structures comparatives par âge entre primo demandeurs et renouvellements en 2016 au régime général, en nombre de bénéficiaires

Bénéficiaires par tranches d’âge	Primo-demandeurs	Renouvellements de droits	Écart en points	Total Bénéficiaires
Moins de 16 ans	29,3%	15,6%	-13,7	23,4%
16-29 ans	17,5%	8,6%	-8,9	13,6%
30-39 ans	13,6%	8,1%	-5,5	11,3%
40-49 ans	13,2%	11,1%	-2,1	12,3%
50-59 ans	11,1%	14,2%	3,1	12,4%
60-69 ans	9,6%	20,5%	10,9	14,2%
70 ans et plus	5,8%	22,0%	16,2	12,7%
Total	100,0%	100,0%		100,0%

Source : CNAMTS

Encadré 1 – Les aides supplémentaires à l’ACS attribuées par le régime général

Deux types d’aides sont attribuées par les CPAM au titre de leur action sociale : les aides complémentaires au dispositif légal ACS⁴ et les aides « effets de seuil ACS »⁵. Compte tenu de la réforme de l’ACS et de la baisse du reste à payer sur les prix des contrats constatée, les montants attribués à ce titre ont baissé au profit d’une réorientation de ces crédits.

Ainsi, pour la deuxième année consécutive, ces aides ont diminué en 2015 pour bénéficier à 265 025 bénéficiaires (-17 %, -15 % en 2014) et ce, pour un total de 22,4 millions d’euros (-32 %, -19 % en 2014).

En 2015, 11 CPAM n’ont alloué aucune de ces deux aides. 56 CPAM (63 en 2014) ont accordé les deux types d’aides, 28 CPAM (32 en 2014) n’ont accordé que des aides « compléments ACS », 7 CPAM (4 en 2014) uniquement des aides « effet de seuil ».

242 762 personnes (-16 %) ont bénéficié d’aides « compléments ACS » pour un montant total de 17,9 millions d’euros (-16 %). L’aide moyenne sur ce champ est de 74 € (93 € en 2014).

22 263 personnes (-22 %) ont bénéficié d’aides « effet de seuil » pour un montant total de 4,5 millions d’euros (-20 %). L’aide moyenne sur ce champ est de 201 € (205 € en 2014).

En se basant sur le régime d’appartenance de l’ouvreur de droit, on constate que les principaux bénéficiaires de ces aides sont les retraités (25 %), les salariés (22 %), les chômeurs (21 %) et les bénéficiaires de l’AAH (18 %). En 2014, les principaux bénéficiaires de ces aides étaient les chômeurs (34 %), les retraités (25 %) et les salariés (24 %).

⁴ Aides qui complètent l’ACS légale accordée.

⁵ Aides accordées aux personnes dont le niveau des revenus dépasse le plafond des revenus de l’ACS.

2.2.4. À la fin de l’année 2016, l’ACS protège 1,12 million personnes

À fin décembre 2016, 1,12 million de personnes sont protégées par un contrat ACS (A, B, C). Cette information est suivie sur la base des données transmises mensuellement au Fonds CMU-C par les 11 groupements gestionnaires de l’aide, avec un décalage d’un mois.

2.2.4.1. Le nombre de personnes protégées par l’aide a continué de progresser de manière significative dans un contexte de mutation profonde

Les 11 groupements ont fourni l’information relative au nombre de personnes protégées (situation des stocks) à partir du mois d’avril 2016. Entre avril et décembre 2016, ce nombre est passé de 966 000 à 1 116 000 personnes, soit une augmentation de 15,5 % sur 9 mois.

Tableau 19 – Le nombre de personnes protégées par un contrat ACS entre avril et décembre 2016

	Nombre de personnes protégées à fin de mois (stock)
30/04/16	966 472
31/05/16	1 011 168
30/06/16	1 052 826
31/07/16	1 071 586
31/08/16	1 084 176
30/09/16	1 093 301
31/10/16	1 104 794
30/11/16	1 112 775
31/12/16	1 116 347

Source : 11 groupements gestionnaires de l’aide

La répartition des personnes protégées par type de contrat n’évolue quasiment pas dans le temps : à fin décembre, le contrat C reste prédominant puisqu’il regroupe à lui seul plus de 40 % des utilisateurs. Plus des trois quarts des personnes sont couvertes par un contrat de niveau supérieur (contrat C) et / ou intermédiaire (contrat B).

Tableau 20 – La répartition des effectifs protégés par l’ACS selon le type de contrat choisi (à fin décembre 2016)

	Stocks fin de mois : nombre de personnes protégées par un contrat ACS à la date de fin de mois			
	A	B	C	Total
31/12/16	253 786	411 903	450 658	1 116 347
Structure	22,7%	36,9%	40,4%	100,0%

Source : 11 groupements gestionnaires de l’aide

2.2.4.2. Un taux d’utilisation qui se stabilise et approche les 80 %

Entre avril et décembre 2016, le taux d’utilisation des attestations ACS est passé de 70 % à près de 78 %. Alors que la délivrance des attestations par les caisses d’assurance maladie a progressé de manière intéressante, l’utilisation a évolué à un rythme encore plus marqué. Ce décalage intervient en pleine période de montée en charge de la réforme, qui a donc eu un effet à la hausse sur le taux d’utilisation des attestations, alors que l’on aurait pu craindre un décrochage lors de la délicate opération de basculement des anciens vers les nouveaux contrats. Ce décrochage n’a pas eu lieu, au contraire, on a assisté à une consolidation du dispositif durant cette période.

Tableau 21 – Le taux d’utilisation des attestations ACS entre avril et décembre 2016

	Nombre de personnes protégées à fin de mois (stock)	Taux d'utilisation des attestations ACS sur le mois considéré
30/04/16	966 472	70,1%
31/05/16	1 011 168	72,9%
30/06/16	1 052 826	75,6%
31/07/16	1 071 586	75,8%
31/08/16	1 084 176	76,0%
30/09/16	1 093 301	77,2%
31/10/16	1 104 794	77,3%
30/11/16	1 112 775	77,3%
31/12/16	1 116 347	77,6%

Source : CNAMTS, CCMSA, RSI, 11 groupements gestionnaires de l’aide

Nota : le taux d’utilisation est calculé de la manière suivante : (Nombre de personnes protégées sur un mois donné)/(Nombre de personnes ayant reçu une attestation sur les 12 mois précédents). En moyenne, le délai pour utiliser son attestation est d’un mois.

2.2.4.3. Le volume important des sorties conduit désormais à une stabilisation des effectifs protégés

Si on observe l’évolution mensuelle du nombre de personnes protégées par un contrat ACS sur la période allant de mai à décembre 2016, on constate une très forte hausse sur les mois de mai et de juin (respectivement + 45 000 et + 42 000 personnes), puis un décrochage progressif qui aboutit à une très faible augmentation entre novembre et décembre (+ 3 600 personnes).

Tableau 22 – Évolution mensuelle du nombre de personnes protégées par l’ACS entre avril et décembre 2016

	Stock mensuel	Évolution mensuelle
30/04/16	966 472	–
31/05/16	1 011 168	44 696
30/06/16	1 052 826	41 658
31/07/16	1 071 586	18 760
31/08/16	1 084 176	12 590
30/09/16	1 093 301	9 125
31/10/16	1 104 794	11 492
30/11/16	1 112 775	7 981
31/12/16	1 116 347	3 572

Source : 11 groupements gestionnaires de l’aide

Les flux des entrants (premières demandes et renouvellements) ont été demandés aux groupements depuis la mise en place du suivi du dispositif. Cette information croisée avec celle sur les stocks permet de déduire le flux des sortants.

On constate une certaine stabilité du flux des entrants⁶ sur la période considérée : près de 85 000 personnes entrent en moyenne chaque mois dans le dispositif (nouveaux entrants et renouvellements).

⁶ Une partie des OC rattachés à un groupement a estimé ces informations qui seront précisées ultérieurement. Ces OC couvrent environ 15 % des personnes protégées

Les sorties ont tendance à augmenter progressivement pour quasiment atteindre le niveau des entrées en décembre 2016, d’où la quasi-stabilisation constatée sur le stock.

Tableau 23 – Les flux d’entrants et de sortants sur les contrats ACS entre avril et décembre 2016

	Flux des entrants au cours du mois	Flux des sortants au cours du mois
30/04/16	92 657	–
31/05/16	82 013	37 317
30/06/16	87 297	45 639
31/07/16	77 568	58 808
31/08/16	74 857	62 266
30/09/16	83 133	74 008
31/10/16	85 514	74 021
30/11/16	85 480	77 499
31/12/16	85 293	81 721

Source : 11 groupements gestionnaires de l’aide

En effet, lors de la mise en place du dispositif, le flux d’entrants a été particulièrement élevé sur la fin de l’année 2015 (et le début de l’année 2016).

Les entrées massives fin 2015 correspondent à des contrats qui arrivent à échéance en fin d’année 2016, avec le risque que :

- le droit ne soit pas reconduit ;
- que les bénéficiaires choisissent de ne pas renouveler leur contrat ;
- ou qu’ils décalent son renouvellement.

Une partie des sorties s’explique également par le fait que les ressources des bénéficiaires dépassent le plafond de l’ACS. C’est le cas par exemple des bénéficiaires de l’AAH qui perçoivent la majoration de vie autonome. En raison des revalorisations de l’AAH, ces bénéficiaires disposent, depuis juillet 2016, de ressources supérieures au plafond de l’ACS.

Si on part d’une hypothèse de hausse de 8 % de la délivrance en 2017, l’hypothèse du maintien du taux d’utilisation des attestations au niveau actuel suppose une évolution du stock en moyenne de 7 000 à 8 000 personnes par mois, ce qui est loin d’être constaté sur la fin de l’année. Il convient désormais de suivre les évolutions avec la plus grande attention, mais d’ores et déjà, après avoir atteint un pic, une stabilisation du stock se dessine sur le début de l’année 2017.

2.3. L’ÉVOLUTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DE LA PUMA AFFILIÉS AU TITRE DU RSA SOCLE

2.3.1. Les effectifs de la PUMA au titre du RSA

Les allocataires du RSA socle bénéficient de la PUMA au titre du RSA socle (régime 806) s’ils ne peuvent être couverts à aucun autre titre. Ils ont également un accès de plein droit à la CMU-C, sans étude de leurs ressources. Ils doivent néanmoins en faire la demande.

Le nombre de bénéficiaires de la PUMA au titre du RSA socle est en baisse de 5,1 % à fin juin 2016, avec 1,8 million de personnes, mais avec un taux de recours à la CMU-C qui reste proche des 80 % (79,3 %). Le 1,4 million de bénéficiaires qui ont fait valoir leur droit à la CMU-C représentent 28,6 % des effectifs de la CMU-C, avec une baisse de 2,7 points par rapport à 2015.

Les nouvelles règles de gestion des droits de base introduites par la PUMA au 1^{er} janvier 2016 ont amené les caisses à revoir progressivement la situation des bénéficiaires de l’ex CMU de base. Ces mises à jour influent sur la baisse des effectifs de la PUMA au titre du RSA socle. Pour exemple, toute personne ayant totalisé au moins une heure de travail pendant l’année est désormais assurée au titre de son activité.

2.3.2. Le recours à la CMU-C pour les bénéficiaires de la PUMA au titre du RSA socle

Il n’existe pas de suivi du nombre total de bénéficiaires du RSA socle (avec ou sans PUMA au titre du régime 806) également bénéficiaires de la CMU-C, via un croisement des données entre la CNAF et la CNAMTS. Il est seulement possible d’évaluer, qu’en juin 2016, 36,8 % des 3,8 millions de bénéficiaires du RSA socle sont bénéficiaires de la PUMA au régime 806 et également de la CMU-C.

Tableau 24 – Effectifs des bénéficiaires de la CMU de base / PUMA au titre du régime 806, taux de recours à la CMU-C, de juin 2011 à juin 2016, métropole et Dom, en millions

Mois	Total	Sans_CMUC	Avec_CMUC	Pourcent. avec CMUC	Évol Total	Évol Avec CMUC	Pourcent 806 avec CMU-C / CMU-C
30/06/2011	1,648	0,354	1,295	78,5%	0,0%	0,0%	32,4%
30/06/2012	1,677	0,359	1,318	78,6%	1,8%	1,8%	32,5%
30/06/2013	1,678	0,352	1,326	79,0%	0,0%	0,6%	31,6%
30/06/2014	1,742	0,356	1,387	79,6%	3,8%	4,6%	30,2%
30/06/2015	1,875	0,374	1,501	80,0%	7,6%	8,2%	31,3%
30/06/2016	1,780	0,368	1,412	79,3%	-5,1%	-5,9%	28,6%

Source : CNAMTS

D’un département à l’autre de métropole, les taux de recours à la CMU-C pour les bénéficiaires de la PUMA au titre du RSA socle varient avec une amplitude de 35 points : 56,2 % en Corse du Sud à 91,5 % dans le Jura, ces deux départements ayant l’un et l’autre peu de bénéficiaires de la PUMA au titre du RSA socle (< 2 500 personnes).

Pour les vingt premiers départements de métropole en termes d’effectifs pour le régime 806, les taux de recours à la CMU-C sont plus resserrés autour de la moyenne nationale : 63 % pour Paris à 86,3 % en Seine-Maritime, soit une amplitude de 23 points.

Dans les Dom, le taux de recours se situe entre 75,1 % en Guadeloupe et 88,6 % en Guyane.

Tableau 25 – Répartition par quintile du recours à la CMU-C des bénéficiaires de la CMU de base / PUMA au titre du régime 806, juin 2016, départements de métropole et d'outre-mer, en millions

Répartition métropole						
Rapport CMUC / PUMA 806				Nombre	Effectifs	Pourcent. Effectifs
>=	56,2%	<	76,0%	19	0,248	21%
>=	76,0%	<	78,8%	19	0,281	24%
>=	78,8%	<	80,4%	19	0,139	12%
>=	80,4%	<	82,8%	19	0,217	19%
>=	82,8%	<=	91,5%	20	0,280	24%
				96	1,165	100,0%
Répartition Dom						
Rapport CMUC / CMUB 806				Nb Dpts	Effectifs	Pourcent. Effectifs
>=	75,1%	<=	88,6%	4	0,247	100,0%

Source : CNAMTS

3. La dépense

3.1. LE REcul DU COÛT MOYEN DE LA CMU-C

La dépense pour la part CMU-C est estimée à 2,2 milliards d'euros en 2016, tous de modes de gestion confondus, soit un coût moyen de 410 € pour l'ensemble des régimes, en baisse de 1,4 %, et de 372 € pour les OC.

En 2016, le montant forfaitaire de remboursement est de 412 €. En incluant le versement complémentaire à la CNAMTS, le Fonds CMU-C prendra en charge la totalité de la dépense engagée par les régimes (sauf deux régimes spéciaux) et 99 % de la dépense engagée par les organismes complémentaires⁷.

3.1.1. L'évolution de la dépense moyenne en trésorerie

En moyenne annuelle, l'évolution des effectifs de la CMU-C est de 2,9 % en 2016, pour 5,7 millions de bénéficiaires, et celle de la dépense est de 1,7 %, pour un montant évalué à 2 218 millions d'euros.

Le régime général concentre, avec les SLM, 81 % des effectifs et 83 % de la dépense, pour un coût moyen de 417 €, en baisse de 1,6 % par rapport à 2015.

Les organismes complémentaires pèsent pour 12 % des effectifs et 11 % de la dépense, pour un coût moyen prévisionnel de 372 €, identique à celui de 2015.

Le régime des indépendants compte pour 5 % des effectifs et 4 % de la dépense. Bien qu'en hausse de 3 %, son coût moyen de 337 € reste le plus faible des trois principaux régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA) et est également inférieur à celui des OC.

Le régime agricole représente 2 % des effectifs et de la dépense, avec un coût moyen modéré, de 350 €, en léger retrait de -0,5 %.

Le forfait CMU-C est de 412 € en 2016. Les régimes et les organismes pour lesquels la dépense moyenne est inférieure à ce montant sont remboursés sur la base de leur dépense en trésorerie réellement engagée et ceux pour qui la dépense est supérieure, verront leur dépense plafonnée au montant forfaitaire. Le montant restant à charge pour la CNAMTS fait l'objet d'un versement complémentaire par le Fonds CMU-C⁸.

⁷ Quelques OC ont une dépense moyenne supérieure au montant du forfait. Ce sont des OC à petits effectifs, pour lesquels l'effet de mutualisation ne peut pas jouer, dans le cas d'un ou deux bénéficiaires de la CMU-C à forte consommation de soins..

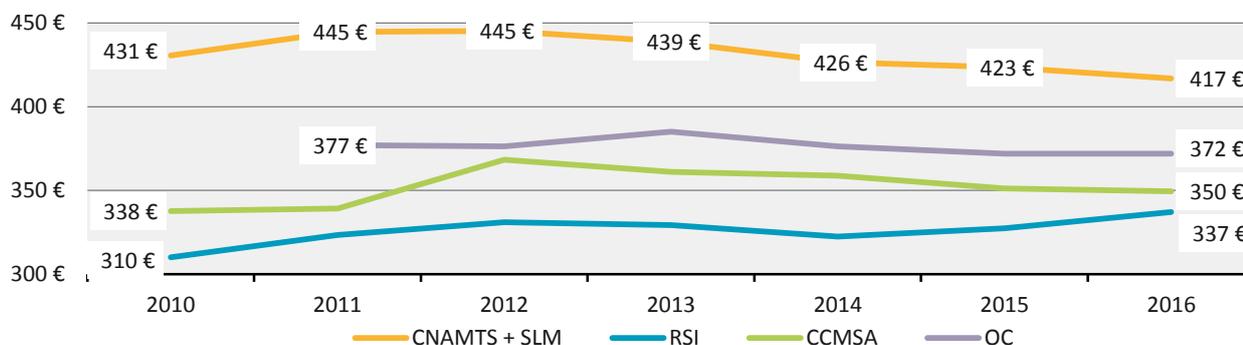
⁸ Décret n° 2013-829 du 16 septembre 2013 relatif aux modalités de remboursement des organismes gestionnaires de la couverture maladie universelle complémentaire : « ...Lorsque, pour une année civile donnée, le montant des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 effectivement prises en charge par cette caisse excède le produit du nombre de personnes ayant bénéficié de cette prise en charge et du montant du forfait annuel défini à l'article D. 862-1, le fonds mentionné à l'article L. 862-1 verse à la caisse un montant complémentaire égal à cette différence. Toutefois, ce versement ne peut avoir pour effet de rendre négatif le report à nouveau du fonds. Dans cette hypothèse, le versement est réduit à due concurrence, etc. »

Tableau 26 – Dépense par organisme en trésorerie, 2016, métropole et Dom, effectifs en milliers

2016	Dépense	Effectifs Moyens*	Coût moyen	Évolution dépense	Évolution effectifs	Évolution coût moyen	% Effectifs	% Dépense
	Total							
CNAMTS	1 839,55 M€	4 362,16	417 €	2,5%	4,1%	-1,6%	80,7%	82,9%
SLM		51,08			5,9%			
RSI	96,19 M€	285,23	337 €	8,2%	5,1%	3,0%	5,2%	4,3%
CCMSA	42,11 M€	120,48	350 €	11,1%	11,6%	-0,5%	2,2%	1,9%
CANSSM	0,04 M€	0,14	259 €	-8,9%	-23,8%	19,6%	0,0%	0,0%
CAVIMAC	0,67 M€	2,28	293 €	1,0%	1,8%	-0,8%	0,0%	0,0%
CNMSS	0,99 M€	4,32	229 €	4,0%	5,0%	-1,0%	0,1%	0,0%
CRPCEN	0,04 M€	0,11	408 €	5,5%	15,6%	-8,8%	0,0%	0,0%
ENIM	0,89 M€	2,03	441 €	-7,2%	-9,9%	3,0%	0,0%	0,0%
RATP	0,07 M€	0,19	354 €	-12,8%	25,0%	-30,2%	0,0%	0,0%
SNCF	0,05 M€	0,25	192 €	2,6%	19,3%	-13,9%	0,0%	0,0%
CMUC_RO	1 980,59 M€	4 828,26	410 €	2,9%	4,4%	-1,4%	88,3%	89,3%
CMUC_OC	237,26 M€	637,78	372 €	-7,3%	-5,2%	0,0%	11,7%	10,7%
Total	2 217,85 M€	5 466,05	406 €	1,7%	2,9%	-1,1%	100,0%	100,0%

* Effectifs en milliers – Données estimées – Source : tous régimes ; dépense estimée pour les OC.

Figure 13 – Dépense moyenne CMU-C en trésorerie, CNAMTS et SLM, RSI, CCMSA, OC, de 2010 à 2016, métropole et Dom



Données estimées – Source : CNAMTS + SLM, RSI, CCMSA, OC

■ Indications techniques

Les effectifs font l'objet d'une évaluation pour la CNAMTS, les SLM, le RSI, CCMSA et la CMU-C OC.

La dépense pour les OC fait l'objet d'une évaluation, pour 2011 et 2012, à partir des données fournies par les 55 OC participant à l'enquête annuelle coûts moyens, pour 2013 et 2015, à partir des bordereaux récapitulatifs annuels, pour 2016, sur la base du coût moyen 2015. Le montant définitif sera évalué en août 2017, après exploitation des bordereaux récapitulatifs de 2016. La dépense totale est estimée, en multipliant le coût moyen des OC par le nombre de bénéficiaires de la CMU-C gérés par un OC, sur la base des effectifs transmis par les régimes obligatoires, pour l'exercice concerné.

La dépense pour la CCMSA dans les Dom ne fait l'objet d'une remontée exhaustive que depuis l'exercice 2012, d'où la forte augmentation du coût moyen métropole et Dom entre 2011 et 2012.

3.1.2. La dépense en trésorerie au régime général

Au régime général, la dépense moyenne de la CMU-C pour l'ensemble du territoire est constituée aux trois-quarts de soins de ville et pour un quart de soins à l'hôpital (310 € vs 107 €), avec des logiques d'évolution différenciées. En 2016, le coût moyen de la dépense hospitalière a en effet reculé trois fois plus que celui de la dépense de ville (-3,2 % vs -1 %).

La dépense moyenne en métropole est supérieure de 8 euros à celle des départements d'outre-mer (419 € vs 401 €), avec des distinctions dans la répartition ville / hôpital. La dépense moyenne de la métropole est inférieure de 3 euros à celle des Dom pour les soins de ville (309 € vs 312 €) alors qu'elle est supérieure de 22 euros pour l'hôpital (110 € vs 88 €).

Tableau 27 – Dépenses des 12 derniers mois en trésorerie au 31 décembre 2016 Métropole et Dom

Dépenses des 12 derniers mois en trésorerie au 31 décembre 2016 Métropole et Dom				
Lieu	Dépenses 12 derniers mois	Indices ACM*	Coût unitaire**	Évolution du coût unitaire
Ville	1 367 M€	3,1%	310 €	-1,0%
Hôpital	473 M€	0,8%	107 €	-3,2%
Total	1 840 M€	2,5%	417 €	-1,6%

* ACM : année complète mobile – ** Coût unitaire : rapport entre la dépense totale et l'effectif moyen annuel des ressortissants de la CNAMTS et des SLM dont la CMUC est gérée par le régime obligatoire (4,41 M de bénéficiaires), Métropole et Dom

Dépenses des 12 derniers mois en trésorerie au 31 décembre 2016 Métropole				
Lieu	Dépenses 12 derniers mois	Indices ACM	Coût unitaire	Évolution du coût unitaire
Ville	1 189 M€	3,7%	309 €	-1,0%
Hôpital	422 M€	1,3%	110 €	-3,3%
Total	1 612 M€	3,0%	419 €	-1,6%

Dépenses des 12 derniers mois en trésorerie au 31 décembre 2016 Dom				
Lieu	Dépenses 12 derniers mois	Indices ACM	Coût unitaire	Évolution du coût unitaire
Ville	178 M€	-0,4%	312 €	-0,7%
Hôpital	50 M€	-3,4%	88 €	-3,6%
Total	228 M€	-1,1%	401 €	-1,3%

Source : CNAMTS et SLM

3.1.2.1. Répartition de la dépense agrégée

Un quart de la dépense pour la part CMU-C concerne les honoraires des médecins généralistes et spécialistes et des professions paramédicales. Les médicaments, les prestations hospitalières pèsent chacun pour un cinquième et un sixième de la dépense est consacré à la prise en charge des dépassements d'honoraires (prothèses dentaires, orthodontie, audioprothèse, optique).

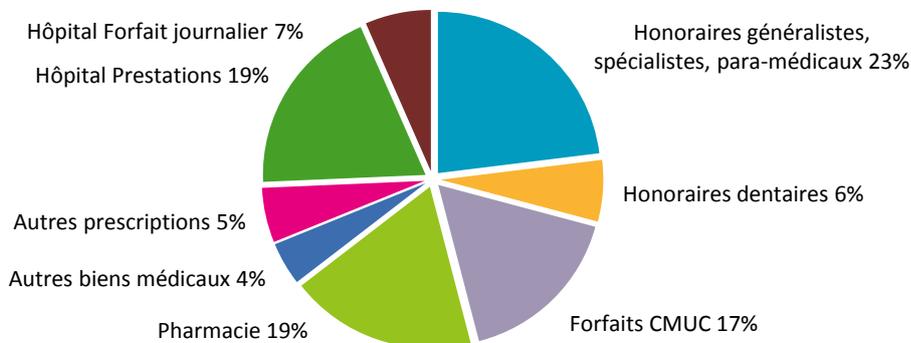
Le total de la prise en charge des soins dentaires⁹ est supérieur au poste des médicaments (21 % vs 19 %).

Le dentaire représente en effet la majeure partie de la prise en charge des dépassements :

- prothèses dentaires et orthodontie : 86,7 % ;
- optique (montures et verres) : 10,5 % ;
- audioprothèses : 2,8 %.

⁹ Ensemble des soins dentaires : 6,1 % honoraires, 12,2 % dépassements prothèses, 2,3 % dépassements orthodontie

Figure 14 – Répartition de la dépense par poste au régime général, en trésorerie, métropole et Dom, 2016



Données estimées – Source : CNAMTS + SLM

3.1.2.2. Évolution du coût moyen par poste

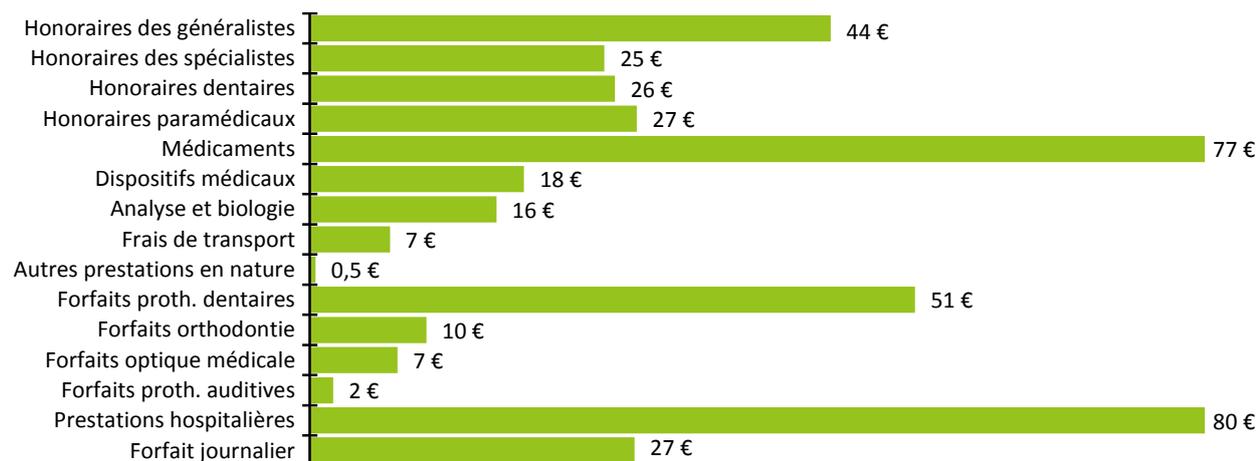
En 2016, le coût moyen de dix postes de dépense sur quinze est en baisse par rapport à 2015.

Pour la ville, les trois postes aux coûts moyens les plus élevés sont les honoraires des généralistes, les médicaments et le poste des forfaits prothèses dentaires. En 2016, deux postes diminuent au même rythme de 3,5 % : honoraires des généralistes (44 € / -3,5 %) et médicaments (77 € / -3,4 %) et le poste des prothèses dentaires (51 €) fléchit également (-1,6 %).

Pour l’hôpital, les prestations (80 €) décroissent de 2,5 % et les forfaits hospitaliers (27 €) deux fois plus rapidement : - 5,7 %.

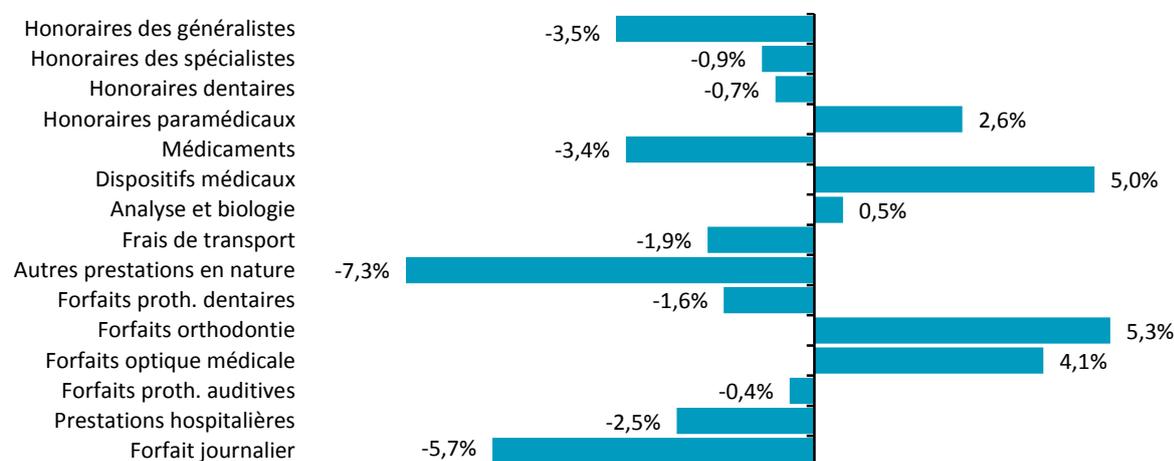
La progression de 5 % du poste des dispositifs médicaux (18 €) est à rapprocher du contexte de l’évolution de cette dépense pour l’ensemble de la population du régime général. De même, l’augmentation de 2,6 % du poste des honoraires paramédicaux (27 €), reflète la réévaluation du montant du tarif opposable pour un certain nombre d’actes de ces professionnels de santé.

Figure 15 – Dépense moyenne par poste au régime général, métropole et Dom, 2016



Données estimées – Source : CNAMTS + SLM

Figure 16 – Dispersion des évolutions de la dépense moyenne par poste, au régime général, métropole et Dom



Données estimées – Source : CNAMTS + SLM

3.1.3. La dépense de ville pour la part CMU-C évolue à un rythme proche de celle de la population générale

Une partie des bénéficiaires de la CMU-C a un état de santé plus dégradé que l'ensemble de la population, ce qui génère une consommation de soins supérieure à celle de la population générale. Mais l'évolution de cette consommation répond aux mêmes logiques que celle des autres bénéficiaires.

Ainsi, la trajectoire d'évolution de la dépense prise en charge pour la part CMU-C¹⁰ est parallèle à celle de la dépense de l'ensemble de la population, avec toutefois un rythme d'évolution pour la dépense CMU-C inférieur à celui des dépenses en population générale depuis 2013. Ce décalage est pour partie lié à la mesure de relèvement du plafond de la CMU-C mise en œuvre au 1^{er} juillet 2013. L'arrivée massive de nouveaux bénéficiaires a eu, toutes choses égales par ailleurs, un effet mécanique immédiat à la baisse sur la dépense moyenne par bénéficiaire de la CMU-C (effet volume). Cela ne s'est pas traduit ensuite par une dynamique plus importante de la dépense, compte tenu des délais d'entrée et de réalisation des soins, en particulier pour les soins longs les plus coûteux. Cet effet pourrait se conjuguer avec un changement du profil des bénéficiaires, les entrées liées à la mesure concernant des personnes en meilleur état de santé général.

Le Fonds CMU-C a mis en place un suivi portant sur huit postes de la dépense de ville¹¹ de janvier 2013 à décembre 2016, sur la base du ticket modérateur en date de remboursement, pour l'ensemble du régime général et pour la part CMU-C (bénéficiaires au régime général). Ce suivi est complété par celui des dépassements pour le poste des soins dentaires pour l'ensemble de la population, comparativement au dépassement autorisé et pris en charge par la CMU-C pour les prothèses dentaires.

Les données se limitent à la métropole. Elles sont issues du SNIIRAM pour la dépense de la population générale et des bases comptables de la CNAMTS pour la CMU-C. Afin de neutraliser l'effet de la progression dynamique des effectifs de la CMU-C sur la dépense, la comparaison porte sur l'évolution du coût moyen de la CMU-C par rapport à l'évolution de la dépense totale de la population (bénéficiaires ou non de la CMU-C)¹².

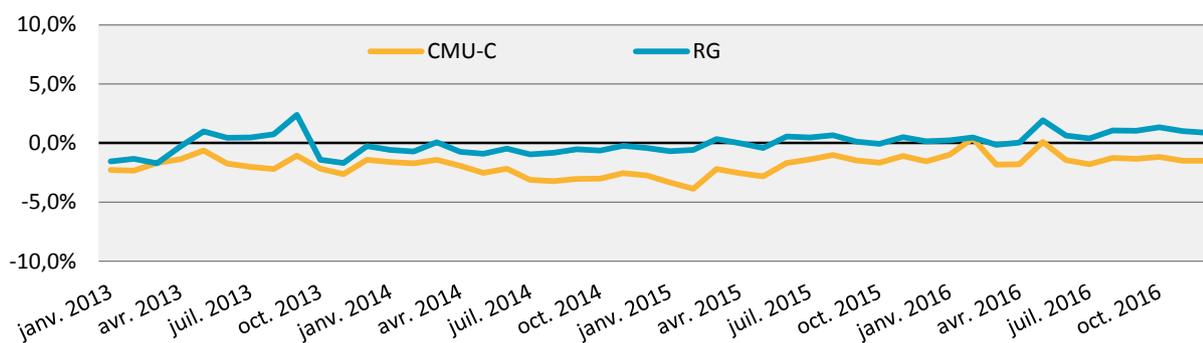
¹⁰ La part CMU-C, correspond aux dépenses prises en charge au-delà de la partie remboursée par l'assurance maladie obligatoire : la prise en charge du ticket modérateur pour les soins de ville et hospitaliers, du forfait journalier hospitalier, ainsi que la prise en charge de dépassements encadrés pour certains soins via le « forfait CMU-C » (paniers de soins dentaires, orthodontie, optique, audio-prothèse).

¹¹ Médicaments, dispositifs médicaux, frais de transport, analyse et biologie, honoraires des généralistes, honoraires des spécialistes, honoraires dentaires, honoraires paramédicaux et sages-femmes.

¹² Les variations de la population globale de consommateurs sont considérées comme négligeables relativement à celles des effectifs de bénéficiaires de la CMU-C.

Ce nouveau suivi met particulièrement bien en lumière les effets de la mesure de revalorisation du plafond de la CMU-C de juillet 2013 sur la baisse de la dépense moyenne de la CMU-C au titre du ticket modérateur, ainsi que sur les fluctuations de la dépense moyenne des dépassements pris en charge par la CMU-C pour les prothèses dentaires. De janvier 2013 à décembre 2016, l’évolution de la dépense de ville pour la part CMU-C au titre du ticket modérateur suit globalement l’évolution de la dépense de la population générale, en restant en deçà et toujours négative¹³.

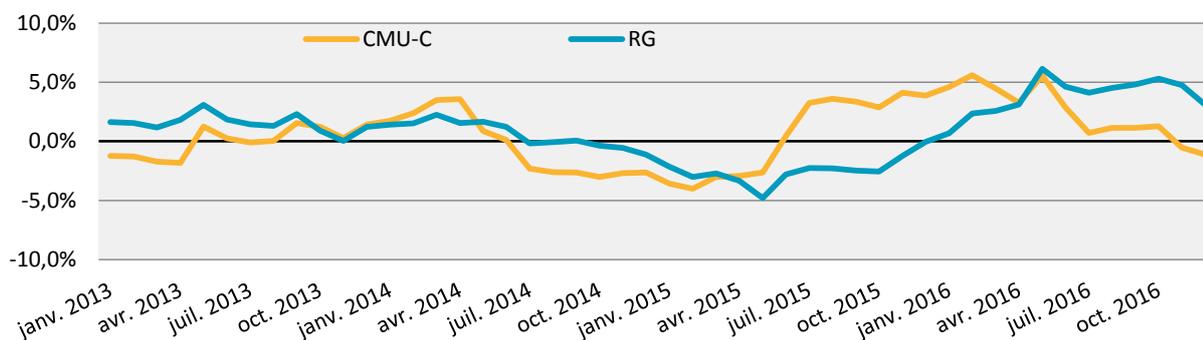
Figure 17 – Évolutions du total des huit principaux postes pour la dépense de ville au titre du ticket modérateur, dépense totale RG, coût moyen CMU-C, métropole, janvier 2013 à décembre 2016



Source : CNAMTS et SLM

Par ailleurs, il est possible de rapprocher la dépense de la population générale au titre des dépassements pour le dentaire du poste forfait prothèses dentaires pour la CMU-C, qui est, pour la ville, le poste le plus représentatif de soins longs et coûteux. Suite à la mesure exceptionnelle de relèvement du plafond, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C a le plus fortement augmenté entre avril 2014 et avril 2015, avec un pic de plus de 9,4 % en septembre 2014. Sur cette période, les évolutions pour la dépense au titre des dépassements prennent la forme de paraboles en miroir (rythme d’évolution des dépassements sur les soins dentaires au régime général supérieur à celui de la dépense au titre des forfaits prothèses dentaires pour la CMU-C). D’avril 2015 à avril 2016, les paraboles s’inversent : les dépassements pris en charge par le forfait prothèses dentaires CMU-C évoluent plus rapidement. Une des pistes d’explication pourrait être l’intégration de la fin des soins longs engagés par les nouveaux bénéficiaires.

Figure 18 – Évolutions du dépassement pour le dentaire, pour la dépense de la population générale et du forfait prothèse dentaire pour le coût moyen CMU-C, métropole, janvier 2013 – décembre 2016



Source : CNAMTS et SLM

¹³ L’écart de mai à septembre 2013 s’explique par un pic constaté sur trois postes de dépenses pour l’ensemble du régime général : les honoraires paramédicaux, les dispositifs médicaux, les frais de transport. Cet épisode répond à une chute sur ces mêmes postes un an plus tôt. En 2016, deux mois ont été marqués par une évolution légèrement positive pour la CMU-C (février, mai), ce qui ne s’était plus produit depuis décembre 2012, sachant que, pour le mois de février 2016, cet épisode n’est lié qu’à des raisons techniques.

3.2. L’EFFET DE LA PRISE EN CHARGE DES DÉPENSES CMU-C « AU RÉEL »

L’article 22 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a modifié les modalités de prise en charge des dépenses des organismes par le Fonds CMU-C. Auparavant forfaitaire (370 € par an et par bénéficiaire de 2009 à 2012), la prise en charge correspond désormais à la dépense réelle dans la limite d’un plafond fixé par décret : 400 € par bénéficiaire pour 2013, puis à 405 € pour 2014 et 408 € pour 2015. Le montant est indexé sur la progression de l’inflation. L’objectif de cette mesure était de diminuer le reste à charge des organismes gestionnaires, en augmentant le montant du remboursement forfaitaire.

3.2.1. Impact pour les régimes

La CNAMTS ainsi que la CRPCEN, l’ENIM et la RATP seront remboursés sur la base du forfait. Le RSI et la CCMSA, ainsi que cinq régimes spéciaux seront remboursés sur la base de la dépense réellement engagée.

L’écart entre la dépense moyenne par bénéficiaire au régime général (423 €) et le montant du forfait (408 €) est de 15 €. Il diminue en 2015, du fait de la baisse du montant moyen et de l’augmentation du forfait.

Pour mesurer la situation des organismes, l’évaluation se fait sur la base de la dépense en trésorerie, métropole et Dom.

Tableau 28 – Situation des coûts moyens des régimes par rapport au forfait de 408 €, pour 2015, métropole et Dom

	en milliers						
	Dépense Total	Effectifs Moyens	Coût moyen	Situation vis-à- vis du forfait de 408 €	Montant différentiel	Pourcentage bénéficiaires	Montant à rembourser
CNAMTS + SLM	1 794,73 M€	4 237,86	423 €	↗	15 €	79,7%	1 729,05 M€
RSI	88,93 M€	271,50	328 €	↘	-80 €	5,1%	88,93 M€
CCMSA	37,91 M€	107,92	351 €	↘	-57 €	2,0%	37,91 M€
CANSSM	0,04 M€	0,18	216 €	↘	-192 €	0,0%	0,04 M€
CAVIMAC	0,66 M€	2,24	295 €	↘	-113 €	0,0%	0,66 M€
CNMSS	0,95 M€	4,12	231 €	↘	-177 €	0,1%	0,95 M€
CRPCEN	0,04 M€	0,09	447 €	↗	39 €	0,0%	0,04 M€
ENIM	0,96 M€	2,25	428 €	↗	20 €	0,0%	0,92 M€
RATP	0,08 M€	0,15	507 €	↗	99 €	0,0%	0,06 M€
SNCF	0,05 M€	0,21	223 €	↘	-185 €	0,0%	0,05 M€
CMUC_RO	1 924,35 M€	4 627	416 €	↗		87,1%	1 858,60 M€

Source : tous régimes

Le montant remboursé aux régimes obligatoires (hors reversement complémentaire à la CNAMTS) est évalué à 1 859 M€. La différence entre le montant à reverser aux régimes obligatoires par le Fonds CMU-C sur la base de l’ancien forfait de 370 € et le remboursement au coût réel plafonné à 408 € par bénéficiaire atteint plus de 147 M€.

3.2.2. Impact pour les organismes complémentaires

En 2016, la déclaration de la taxe de solidarité additionnelle sur les contrats de complémentaire santé due par les OC a été simplifiée avec la mise en place d'une télédéclaration. Depuis cette année, le Fonds CMUC ne reçoit ainsi plus de déclarations papier des OC.

L'URSSAF d'Île-de-France est devenue l'interlocutrice unique des OC pour les déclarations trimestrielles et les déclarations des tableaux récapitulatifs annuels (TR). Le système informatique de l'ACOSS et de l'URSSAF a pu intégrer dès l'exercice 2016 la gestion des déclarations trimestrielles à partir des télédéclarations, mais il a été convenu que la gestion informatisée des TR débiterait en 2017, pour l'exercice 2016. Du fait de cette période de transition, pour l'exercice 2015, les OC ont effectué une déclaration papier auprès de l'URSSAF ; or il n'a été transmis au Fonds CMU-C qu'une information incomplète sur le détail des déclarations annuelles. Les montants de dépense réellement engagée par les OC ne sont pas disponibles ; seule la dépense retenue pour le remboursement a été saisie dans le système informatique de la branche recouvrement. De même, certains TR étant encore en cours de traitement, leurs déclarations annuelles ont été reconstituées à partir d'éléments partiels transmis au Fonds CMU-C. Des échanges entre le Fonds CMU-C et l'URSSAF Île-de-France sont en cours pour résoudre ces difficultés.

Nonobstant, pour 272 OC déclarants, les données sont validées dans le système informatique de l'ACOSS ou à la disposition du Fonds CMU-C, sur la base des déclarations papier. Sur ce nombre, 193 OC ont un montant moyen de dépense par bénéficiaire inférieur au forfait de 408 €. Ces OC rassemblent 85 % des 676 000 bénéficiaires de la CMU-C concernés par le présent bilan. Ils concentrent 83 % des 249 M€ qui représentent le montant de la dépense prise en charge par le Fonds CMU-C.

Tableau 29 – Distribution par quintile des coûts moyens CMU-C des OC, par nombre d'OC et de bénéficiaire et par montant remboursé, exercice 2015, métropole et Dom

				en milliers					
				Nb OC	Nb Bénéf.	Montant remboursé	% OC	% Bénéf.	% Remboursé
>=	18 €	<	282 €	55	19	3,9 M€	20,2%	2,8%	1,6%
>=	282 €	<	353 €	54	119	41,1 M€	19,9%	17,7%	16,5%
>=	353 €	<	385 €	54	333	122,0 M€	19,9%	49,3%	49,0%
>=	385 €	<	408 €	30	103	40,7 M€	11,0%	15,2%	16,3%
>=	408 €	<=	408 €	79	102	41,5 M€	29,0%	15,0%	16,6%
				272	676	249,1 M€	100,0%	100,0%	100,0%

Source : CNAMTS et SLM

Sur les 272 OC déclarants, 249 ont moins de 5 000 bénéficiaires de la CMU-C. Parallèlement, les trois quarts des effectifs et de la dépense sont concentrés sur les 23 OC gérant les prestations de 5 000 bénéficiaires et plus. Un OC gère les prestations CMU-C de 134 000 bénéficiaires, soit 20 % des bénéficiaires et de la dépense.

Tableau 30 – Distribution des OC gestionnaires de la CMU-C par tranche d'effectifs de bénéficiaires de la CMU-C, exercice 2015, métropole et Dom

				en milliers					
				Nb OC	Nb Bénéf.	Montant remboursé	% OC	% Bénéf.	% Remboursé
>=	1	<	1 000	196	31	11,2 M€	72,1%	4,6%	4,5%
>=	1 000	<	5 000	53	128	47,0 M€	19,5%	19,0%	18,9%
>=	5 000	<	25 000	18	226	82,4 M€	6,6%	33,4%	33,1%
>=	25 000	<	100 000	4	157	60,1 M€	1,5%	23,2%	24,1%
>=	100 000	<=	150 000	1	134	48,5 M€	0,4%	19,8%	19,5%
				272	676	249,1 M€	100,0%	100,0%	100,0%

Source : CNAMTS et SLM

Compte tenu de l'absence d'information sur la dépense réellement engagée, il n'est pas possible d'analyser la distribution des coûts moyens pour les OC qui ont coût moyen supérieur au forfait.

3.3. UNE CROISSANCE DES DÉPENSES DE L'ACS EN LIGNE AVEC LA MONTÉE EN CHARGE DU DISPOSITIF

3.3.1. La dépense totale

Le coût global de l'ACS en 2016 s'est élevé à 313 M€ (287 M€ en 2015). Il est en hausse de 9,1 %. Cela correspond à la couverture d'un peu plus d'un million de personnes en moyenne.

Ce chiffre peut être comparé à celui du remboursement estimé des déductions CMU-C en direction des OC : 232 M€ en 2016 pour environ 620 000 bénéficiaires en moyenne.

La dépense consacrée à l'ACS dépasse largement celle relative à la CMU-C gérée par les OC.

3.3.2. Le montant de la déduction

Le montant moyen annuel de la déduction ACS s'établit à 313 € en 2016.

Ce chiffre peut être comparé au montant qui sera versé, en moyenne, par bénéficiaire au titre de la CMU-C gérée par les OC, estimée pour 2016, autour de 372 €. Toutefois, dans le cas de la CMU-C, le reste à charge sur prestations est censé être nul pour le bénéficiaire, alors que cela n'est pas le cas pour un bénéficiaire de l'ACS, qui est couvert par un contrat sélectionné A, B ou C.

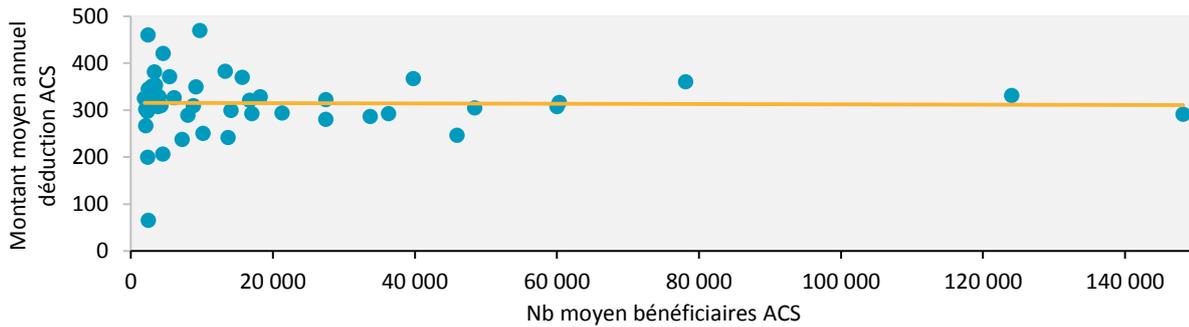
Ce dernier subit le reste à charge sur le prix de son contrat qui représente 38 % environ de ce même prix¹⁴. Au-delà, le bénéficiaire supporte un reste à charge sur prestations non négligeable comme le démontre la dernière enquête annuelle sur l'ACS.

Le montant de 550 €, attribué aux 60 ans et plus, dépasse le montant de la dépense moyenne de CMU-C. Toutefois, cette dépense est loin de couvrir le montant de la part complémentaire pour cette tranche de la population.

¹⁴ Ce résultat est présenté dans le rapport annuel du Fonds CMU-C sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé : Bénéficiaires, prix et contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide (novembre 2016)

On constate une certaine dispersion du montant moyen de déduction par OC autour de la moyenne (313 €) comme en atteste la figure ci-dessous reprenant la situation des 50 OC couvrant le plus grand nombre de bénéficiaires. Toutefois, plus le nombre de personnes couvertes est important, plus la moyenne de l'OC converge vers la moyenne générale.

Figure 19 – Déductions moyennes ACS en 2016 par OC (50 OC protégeant le plus grand nombre de bénéficiaires)



Source : déclarations à la TSA déposées par les OC auprès de l'URSSAF Île-de-France

4. L'évaluation de l'incidence des réformes

4.1. L'EFFET DE LA REVALORISATION DU PLAFOND DE RESSOURCES DE 2013

Le Fonds CMU-C suit l'impact de la mesure de revalorisation des plafonds d'attribution CMU-C et ACS au 1^{er} juillet 2013, mise en place dans le cadre du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Le plein effet de la mesure était attendu pour la fin 2014 pour la CMU-C, avec 300 000 attributions et pour la fin du premier semestre 2016 pour l'ACS, avec 370 000 attestations, soit 300 000 utilisations d'attestation.

Le suivi a été assuré avec la participation du régime général, et plus particulièrement douze caisses, ainsi qu'avec le RSI et la CCMSA.

Fin 2014, l'objectif pour la CMU-C était atteint, avec plus de 309 000 attributions¹⁵ cumulées depuis le mois de juillet 2013. Le suivi 2015 a permis d'évaluer à près de 240 000 et celui de 2016 à plus de 274 000 les attributions sur l'année, soit un total de plus de 833 000 attributions depuis le début de la mesure.

Tableau 31 – Suivi des attributions de CMU-C liées à la mesure de revalorisation du plafond, de juillet 2013 à fin 2016

	CMU-C		
	Tous régimes	Prévisions	Atteinte prévisions
2013	101 715	106 000	96,0%
2014	207 518	200 000	103,8%
2015	249 750	200 000	124,9%
2016	274 257	200 000	137,1%
Total	833 239	706 000	118,0%

Source : CPAM, Tous régimes

Pour l'ACS, l'objectif des 370 000 personnes bénéficiaires d'attestation et de 300 000 utilisations de l'aide pour souscrire un contrat, anticipé pour la fin du premier semestre 2016, a été atteint dès le mois de juillet 2015. En 2015, plus de 224 000 personnes ont reçu un chèque ACS, pour 173 000 utilisations. En 2016, près de 247 000 personnes ont reçu une attestation en lien avec la mesure de relevement, pour 190 000 utilisations. Entre juillet 2013 et la fin 2016, 725 500 personnes ont reçu une attestation, pour 386 000 utilisations.

¹⁵ Une attribution peut être soit une primo-attribution (la personne ne bénéficiait pas de la prestation avant la décision d'attribution) soit un renouvellement (la personne bénéficie déjà de la même prestation au jour de la décision d'attribution). Il n'y a renouvellement qu'à partir du moment où il y a continuité dans le bénéfice de la prestation. S'il y a eu une interruption dans le bénéfice de la prestation, il s'agit d'une nouvelle attribution.

Tableau 32 – Suivi des attributions d'ACS et des utilisations liées à la mesure de revalorisation du plafond, de juillet 2013 à fin 2016

	ACS Attestations			77%	ACS Utilisations		
	Tous régimes	Prévisions	Atteinte prévisions		Tous régimes	Prévisions	Atteinte prévisions
2013	80 068	75 000	106,8%	2013	61 652	57 750	106,8%
2014	174 558	162 500	107,4%	2014	134 410	125 125	107,4%
2015	224 170	172 000	130,3%	2015	172 611	132 440	130,3%
2016	246 735	172 000	143,5%	2016	189 986	132 440	143,5%
Total	725 530	581 500	124,8%	Total	386 048	315 315	122,4%

Nota : par rapport aux chiffres publiés dans le rapport d'activité 2015, le nombre d'utilisations a été révisé. En effet, le taux d'utilisation observé s'établit à 77 % versus 80 % lors de l'élaboration du rapport d'activité 2015

Source : CPAM, Tous régimes

Ainsi, la mesure de revalorisation des plafonds a terminé sa montée en charge pour les deux prestations CMU-C et ACS, mais elle a toujours une incidence sur l'évolution des effectifs. En 2016, pour le total des trois principaux régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA), 5,2 % des attributions de CMU-C et 16,6 % des attributions de l'ACS concernent des personnes dont les revenus se situent dans les tranches de revenus se rapportant au relèvement du plafond.

4.1.1. Bilan pour les douze caisses primaires d'assurance maladie impliquées dans le suivi

Les douze caisses primaires d'assurance maladie impliquées dans le suivi représentent, fin 2016, 32 % des effectifs de la CMU-C et 28 % du cumul annuel des attributions d'attestations ACS. La répartition géographique des caisses permet de comparer et de valider les tendances. Il y a ainsi peu de variations locales pour la CMU-C : en métropole, autour de 5 % des attributions sont liées à la mesure et 3,5 % dans les Dom.

Pour l'ACS, les répartitions se situent autour de 17 % pour les attestations délivrées en métropole et autour de 10 % dans les départements d'outre-mer.

Tableau 33 – Suivi des attributions de CMU-C liées à la mesure de revalorisation du plafond, de juillet 2013 à fin 2016 pour les caisses primaires d'assurance maladie impliquées dans le suivi

Attributions mesure relèvement							Total Attributions	
Num CPAM	Nom CPAM	2013	2014	2015	2016	Total 2014-2016	Total 2014-2016	Attributions mesure / Total Attributions
131	MARSEILLE	4 285	8 327	9 603	10 681	28 611	638 561	4,5%
291	FINISTERE	674	1 532	1 894	2 001	5 427	102 004	5,3%
331	BORDEAUX	-	3 530	4 297	4 059	11 886	250 070	4,8%
595	LILLE-DOUAI	1 916	3 402	4 328	4 750	12 480	277 230	4,5%
599	HAINAUT	-	4 272	4 912	4 857	14 041	318 117	4,4%
691	RHONE	2 707	7 099	7 363	8 185	22 647	397 623	5,7%
751	PARIS	3 480	7 027	7 807	7 341	22 175	447 124	5,0%
921	NANTERRE	1 603	4 014	4 246	4 388	12 648	225 746	5,6%
931	BOBIGNY	3 879	9 140	9 945	11 694	30 779	674 149	4,6%
951	CERGY PONTOISE	2 167	4 111	5 299	5 415	14 825	290 906	5,1%
972	MARTINIQUE	1 892	2 933	2 448	3 613	8 994	258 425	3,5%
974	RÉUNION	5 191	10 074	12 832	13 449	36 355	925 347	3,9%
	Total	-	65 461	74 974	80 433	220 868	4 805 302	4,6%

Source : 12 CPAM participant au suivi de la mesure de revalorisation des plafonds CMU-C et ACS

Tableau 34 – Suivi des attributions d'ACS liées à la mesure de revalorisation du plafond, de juillet 2013 à fin 2016 pour les caisses primaires d'assurance maladie impliquées dans le suivi

Attributions mesure relèvement							Total Attributions	
Num CPAM	Nom CPAM	2013	2014	2015	2016	Total 2014-2016	Total 2014-2016	Attributions mesure / Total Attributions
131	MARSEILLE	3 402	6 621	8 380	9 639	24 640	148 559	16,6%
291	FINISTERE	665	1 619	1 954	2 194	5 767	35 266	16,4%
331	BORDEAUX	-	3 292	4 519	4 788	12 599	67 660	18,6%
595	LILLE-DOUAI	1 377	2 603	3 808	4 360	10 771	61 635	17,5%
599	HAINAUT	-	3 561	5 139	4 971	13 671	70 604	19,4%
691	RHONE	1 925	5 350	5 965	6 983	18 298	106 183	17,2%
751	PARIS	2 614	4 984	6 289	7 293	18 566	95 032	19,5%
921	NANTERRE	1 355	2 929	3 377	3 414	9 720	61 684	15,8%
931	BOBIGNY	2 438	5 149	6 252	7 089	18 490	119 723	15,4%
951	CERGY PONTOISE	1 564	2 523	3 637	3 976	10 136	61 219	16,6%
972	MARTINIQUE	589	803	956	1 656	3 415	40 956	8,3%
974	RÉUNION	2 154	5 402	7 047	7 580	20 029	183 781	10,9%
	Total	-	44 836	57 323	63 943	166 102	1 052 302	15,8%

Source : 12 CPAM participant au suivi de la mesure de revalorisation des plafonds CMU-C et ACS

En métropole¹⁶, les attributions liées à la mesure de revalorisation des plafonds sont plus dynamiques entre 2014 et 2015 qu’entre 2015 et 2016, du fait du prolongement du pic de montée en charge de la mesure en 2015. Parallèlement, entre 2015 et 2016, les évolutions des attributions liées à la mesure de revalorisation restent plus soutenues que celles qui se rapportent à des personnes non concernées par la mesure.

Tableau 35 – Évolutions des attributions liées à la mesure de revalorisation du plafond et du total des attributions, pour les caisses primaires d’assurance maladie de métropole impliquées dans le suivi, de 2014 à 2016

		2014 – 2015	2015 – 2016
CMU-C	Mesure	13,8%	6,2%
	Hors mesure	5,3%	-0,1%
ACS	Mesure	27,7%	10,9%
	Hors mesure	17,7%	8,3%

Source : 12 CPAM participant au suivi de la mesure de revalorisation des plafonds CMU-C et ACS

¹⁶ Le calcul n’est pas effectué pour les Dom, du fait de quelques mois au cours desquels il a été effectué des attributions automatiques de la CMU-C, suite à des difficultés techniques ayant entraîné des temps de traitements supérieurs à deux mois, à compter du dépôt des dossiers de demandes.

4.2. LE BILAN DE LA RÉFORME DE L’ACS DE JUILLET 2015

Cette partie reprend les résultats présentés dans le rapport annuel du Fonds CMU-C sur l’ACS paru en novembre 2016.

4.2.1. Un dispositif réformé depuis le 1^{er} juillet 2015 avec des avantages désormais proches de ceux de la CMU-C

Le dispositif ACS, créé en 2005, a été réformé le 1^{er} juillet 2015 en application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014 et 2015. Désormais, seuls les contrats sélectionnés par l’État pour leur bon rapport qualité / prix peuvent bénéficier de l’ACS.

Cette réforme s’est appuyée sur les constats récurrents formulés dans le rapport annuel du Fonds CMU-C sur le prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à l’ACS :

- une forte diversité des contrats rendant quasi impossible un choix éclairé par les bénéficiaires ;
- des contrats proposant des niveaux de garantie nettement inférieurs au reste du marché ;
- au-delà du reste à charge sur le prix des contrats, l’existence de restes à charge sur les prestations.

La réforme engagée par le Gouvernement a eu pour but de faciliter l’accès du dispositif au plus grand nombre par un processus de mise en concurrence, de manière à offrir une plus grande lisibilité des offres, de meilleures garanties à des prix plus bas.

Les contrats doivent proposer au minimum la prise en charge à hauteur de 100 % du ticket modérateur (exceptés pour les cures thermales et les médicaments remboursés à 15 %) et la prise en charge du forfait journalier de façon illimitée à l’hôpital et en psychiatrie.

À ces garanties socle, s’ajoutent trois niveaux de garanties allant de la couverture la plus simple à une couverture plus complète pour l’optique, les audioprothèses et les prothèses dentaires :

- le contrat A, contrat d’entrée de gamme, prend en charge le ticket modérateur pour l’optique et 125 % du tarif de la sécurité sociale pour les prothèses dentaires ;
- le contrat B, contrat intermédiaire, prend en charge 100 € pour une paire de lunettes à verres simples, 200 € pour des lunettes à verres complexes et 225 % du tarif de la sécurité sociale pour les prothèses dentaires ;
- le contrat C, contrat de niveau supérieur, prend en charge 150 € pour des lunettes à verres simples, 350 € pour des lunettes à verres complexes, 300 % du tarif de la sécurité sociale pour les prothèses dentaires et 450 € pour les audioprothèses.

Les organismes complémentaires ont été invités à proposer des offres attractives pour ces trois niveaux de contrat, par un appel à la concurrence lancé le 17 décembre 2014. Onze offres ont été sélectionnées. Principalement proposées par des groupements d’organismes, elles ont été publiées dans les arrêtés du 10 avril et du 25 juin 2015, fixant la liste des contrats de complémentaire santé ouvrant droit à la déduction ACS.

Par ailleurs, en plus de l’opposabilité des tarifs, déjà en vigueur avant la réforme, l’ACS présente de nouveaux avantages depuis le 1^{er} juillet 2015 :

- le bénéfice du tiers payant intégral. Concrètement, les bénéficiaires de l’aide ayant souscrit un contrat sélectionné n’ont plus à faire l’avance des frais lors de leurs consultations chez les professionnels de santé ;
- la suppression des franchises médicales et de la participation de 1 € par consultation.

Enfin, l’ACS donne toujours droit aux tarifs sociaux de gaz et d’électricité.

Le dispositif de l’ACS offre ainsi désormais des avantages proches de ceux proposés dans le cadre de la CMU-C.

4.2.2. Une progression des effectifs soutenue, malgré le basculement sur l’ACS rénovée

Depuis le 1^{er} juillet 2015, l’évolution des effectifs des personnes protégées s’est poursuivie à un rythme satisfaisant en dépit du changement occasionné par la mise en œuvre effective de la réforme sur le terrain.

Avant réforme, au 31 mai 2015, environ 958 500 personnes utilisaient leur attestation ACS pour bénéficier d'un contrat de complémentaire santé. Dans le contexte délicat de basculement sur un dispositif dont les règles ont été nettement modifiées, aucune rupture n'a été constatée. Au contraire, les effectifs ont augmenté de 12,4 % en quatorze mois. C'est ainsi près d'1,1 million de personnes qui sont protégées par un contrat ACS au 31 août 2016.

4.2.3. Un dispositif davantage utilisé par les plus âgés

L'âge moyen des utilisateurs de l'aide sur les nouveaux contrats ACS est de 44 ans. Ils sont plus âgés que la population française dont l'âge moyen atteint 41 ans en 2015 (estimation INSEE).

Les personnes de plus de 60 ans sont surreprésentées au détriment en particulier des « 16 – 39 ans ». À l'inverse, la part des « 0 – 15 ans » et des « 50 – 59 ans » est comparable dans les deux populations.

► **Tableau 36 - Structure par âge : population couverte par un nouveau contrat ACS au 31 janvier 2016 / population française**

	Utilisateurs ACS au 31 janvier 2016 (80 % du total des utilisateurs)	Population française en 2016	Écarts en points
0 - 15 ans	19,3%	19,8%	-0,5
16 - 29 ans	11,6%	16,4%	-4,8
30 - 39 ans	9,4%	12,3%	-3,0
40 - 49 ans	11,5%	13,5%	-2,0
50 - 59 ans	13,2%	13,1%	0,0
60 - 69 ans	17,0%	12,0%	5,0
70 ans et plus	18,1%	12,9%	5,2
Total	100,0%	100,0%	

Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS - Enquête annuelle sur l'ACS, INSEE

Le niveau de garantie souscrit augmente avec l'âge. L'âge moyen est de 42 ans sur le contrat A, 43 ans sur le contrat B et passe à 47 ans sur le contrat C. L'âge moyen relativement élevé constaté sur le contrat C résulte d'une surreprésentation des « 60 – 69 ans », et d'une sous-représentation des « 0 – 15 ans ». Les familles avec des enfants en bas âge auraient tendance à se tourner vers les contrats d'entrée de gamme. Les plus âgés (70 ans et plus), quant à eux, se répartissent équitablement entre les trois niveaux de garantie.

En comparant la répartition par tranche d'âges de la population protégée par un contrat ACS par rapport à la population ayant obtenu une attestation, le poids des personnes âgées est plus important au sein de la population ayant souscrit un contrat. Le taux d'utilisation des attestations augmente progressivement avec l'âge.

Tableau 37 – Structure par âge : nouveaux contrats ACS (31/01/16) / délivrance d'ACS (1^{er} semestre 2016)

	Utilisateurs ACS au 31 janvier 2016 (79 % du total des utilisateurs)	Personnes avec une attestation ACS délivrée au cours du 1 ^{er} semestre 2016	Écarts en points
0 - 15 ans	19,3%	22,9%	-3,6
16 - 29 ans	11,6%	13,5%	-1,9
30 - 39 ans	9,4%	11,1%	-1,7
40 - 49 ans	11,5%	12,1%	-0,7
50 - 59 ans	13,2%	12,3%	0,9
60 - 69 ans	17,0%	14,1%	2,8
70 ans et plus	18,1%	13,9%	4,2
Total	100,0%	100,0%	

Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS – Enquête annuelle sur l'ACS, CNAMTS, CCMISA, RSI

4.2.4. Une amélioration des niveaux de garantie due au choix des contrats par les bénéficiaires

Les garanties des contrats ACS étant plus faibles que celles d'un contrat de complémentaire santé individuel moyen, les contrats ACS sont classés dans les trois catégories de contrats qui présentent les moins bons niveaux de garantie (selon la classification utilisée par la DREES pour comparer l'ensemble des contrats individuels du marché). Le contrat ACS d'entrée de gamme (contrat A) est classé dans la catégorie des contrats individuels les moins couvrants (en E), le contrat de gamme intermédiaire (contrat B) équivaut à un contrat individuel de classe D et le contrat de niveau supérieur (contrat C) à un contrat de classe C.

Toutefois, à la suite de la mise en place de la réforme, les bénéficiaires des contrats ACS ayant très majoritairement choisi des contrats C et B, la qualité de leur couverture s'est améliorée d'une classe en moyenne. Ainsi, seules 22,8 % des personnes ont opté pour le contrat A d'entrée de gamme ; ils étaient 43,1 % à choisir ce type de contrat avant réforme.

Tableau 38 – Comparaison du classement des contrats ACS (classification DREES) / avant et après réforme

Classe contrat (classification DREES)	Avant réforme	Après réforme
	Contrat ACS au 30 11 15 (enquête annuelle)	Contrat ACS au 31 07 16 (source : 11 groupements gestionnaires)
A	0,4%	0,0%
B	3,9%	0,0%
C	8,6%	40,4%
D	44,0%	36,8%
E	43,1%	22,8%
Total	100,0%	100,0%

Source : DREES, Enquête annuelle de l'ACS 2014, 11 groupements gestionnaires de l'ACS – Suivi statistique mensuel

Nota : La situation après réforme est appréciée sur la base de statistiques remontées mensuellement par les 11 groupements gestionnaires de l'aide auprès du Fonds CMU-C. La référence au 31 juillet 2016 permet d'appréhender tous les contrats ACS puisque depuis le 1^{er} juillet, seuls les nouveaux contrats sont en vigueur.

4.2.5. Une baisse significative du prix des contrats et corrélativement du taux d'effort

Au 31 janvier 2016, après 7 mois de mise en œuvre de la réforme, sur la base des chiffres issus de l'enquête auprès des organismes complémentaires, le prix moyen d'acquisition d'un contrat ACS s'établit à 824 € pour 1,57 personne couverte en moyenne, soit 525 € par personne. Il était de 916 € en 2015 (1,59 personne couverte en moyenne), soit 576 € par personne. Le prix moyen d'un contrat a ainsi significativement baissé, de 10 %. Par rapport à l'ancien dispositif, les prix des nouveaux contrats ACS sont plus bas, quelle que soit la tranche d'âge, y compris pour le contrat C. Cette amélioration intervient alors même que le niveau de garantie des contrats s'est amélioré.

Le taux d'effort moyen pour acquérir une complémentaire santé s'établit désormais à 2,8 % des revenus alors qu'il s'élevait à 3,9 % dans l'ancien dispositif. Le taux d'effort a fortement baissé, de près de 30 %.

Toutefois, l'analyse des grilles tarifaires montre qu'il existe des écarts entre les 11 offres, qui ont de surcroît tendance à s'accroître avec l'âge. Les tarifs et les restes à charge des 11 offres sont plus élevés et plus dispersés pour les personnes les plus âgées.

4.2.6. Les analyses à poursuivre pour compléter l'évaluation de la réforme de l'ACS

Plusieurs données transmises par les OC dans le cadre de la réforme ont fait l'objet d'une première analyse par le Fonds CMU-C mais nécessitent un peu plus de recul pour une étude approfondie.

Pour les données de dépenses de santé enregistrées par les OC, le Fonds CMU-C s'est principalement intéressé à la répartition des dépenses entre l'assurance maladie obligatoire, les OC et les bénéficiaires.

Les parts de dépenses prises en charge par les OC sont cohérentes avec les niveaux de garanties définis pour les contrats A, B et C. Les taux de couverture¹⁷ sont similaires, quel que soit le type de contrat, pour les soins courants, la pharmacie et l'hospitalisation car les niveaux de prise en charge sont identiques. Pour les prestations où les niveaux de remboursement augmentent selon le type de contrat, les taux de couverture s'accroissent.

Quant aux restes à charge, la part des dépenses des bénéficiaires est principalement plus importante pour les postes de soins dentaires, les équipements d'optique et les audioprothèses.

Enfin, concernant l'équilibre financier des contrats ACS pour les organismes complémentaires, les comptes de résultat doivent être interprétés avec prudence dans la mesure où les données des cotisations et charges ne concernent que le second semestre 2015. Le Fonds CMU-C a donc fait le choix de s'intéresser uniquement aux premières tendances sur l'équilibre des contrats à travers l'indicateur $P/C = \text{Charges de prestations} / \text{Cotisations nettes}$. Pour les sinistres survenus en 2015, l'indicateur P/C est inférieur à 100 % pour les 3 types de contrat. Cela signifie que le montant des cotisations (hors frais de gestion et taxe) est supérieur à celui des prestations. Cependant, le recul d'une année complète s'avère nécessaire pour conclure à une tendance concernant l'équilibre technique des contrats.

¹⁷ Taux de couverture = Somme des remboursements de l'assurance maladie obligatoire et de l'OC / Dépenses totales

Encadré 2 – Le bilan qualitatif de la réforme ACS par l’EN3S

La 55^e promotion de l’EN3S a établi, dans le cadre de son programme de recherches-actions, un bilan qualitatif de la mise en œuvre de la réforme ACS à travers la perception des CPAM, CARSAT et des OC.

Les différents acteurs d’organismes de sécurité sociale interrogés reconnaissent en très grande majorité que la réforme de l’ACS apporte dans son ensemble des évolutions positives.

Concernant la procédure de mise en concurrence, les OC estiment que le critère prix a eu un poids trop important lors de l’appel d’offres (80 %). Les groupements retenus ont chacun adopté des logiques de tarifications qui leur sont propres : solidarité intergénérationnelle, tarifs plus favorables à une classe d’âge, etc. La question de l’équilibre financier des comptes des OC reste posée ; un recul d’un à deux ans est nécessaire.

Le bilan des actions de communication destinées à améliorer la visibilité et l’appropriation du dispositif est positif avec plus de 80 % de satisfaction parmi les CPAM et les CARSAT interrogées. Les actions de communication nationales ont été relayées et complétées au niveau local (réunions collectives de sensibilisation, action de ciblage des bénéficiaires potentiels, relance des personnes qui n’utilisent pas leur chèque après un certain délai). Le rapport de l’EN3S montre toutefois que les actions de communication conduites par les OC apparaissent hétérogènes, certains acteurs semblant plus actifs que d’autres.

Les démarches relatives à l’ACS restent complexes pour les populations concernées, l’accompagnement par les professionnels est indispensable. Pour les caisses, l’enjeu est de trouver l’équilibre entre le respect du droit à la libre concurrence et l’accompagnement effectif des assurés dans leurs démarches.

À la suite de ces constats, la plupart des propositions émises par les étudiants de l’EN3S visent à consolider les acquis de la réforme actuelle et poursuivre le travail de simplification et d’accès aux droits pour les usagers. Une autre proposition, plus en rupture, suggère la refonte de l’ACS sur le modèle de la CMU C avec une participation forfaitaire des bénéficiaires.

4.3. L’AVANTAGE PROCURÉ PAR L’OPPOSABILITÉ DES TARIFS POUR LES BÉNÉFICIAIRES DE L’ACS

L’interdiction de dépassements d’honoraires est applicable aux bénéficiaires de l’ACS depuis 2013. Une nouvelle méthode de la DREES permet aujourd’hui de prendre en compte l’avantage de l’opposabilité des tarifs des médecins dans l’appréciation du niveau de garantie.

4.3.1. La mesure de l’avantage de l’opposabilité des tarifs via un score bâti par la DREES

Depuis février 2013, plus de deux ans avant la réforme, le principe d’opposabilité des tarifs est applicable aux bénéficiaires de l’ACS qui ne peuvent se voir facturer de dépassements d’honoraires pour toutes les consultations de médecins en ville ou à l’hôpital.

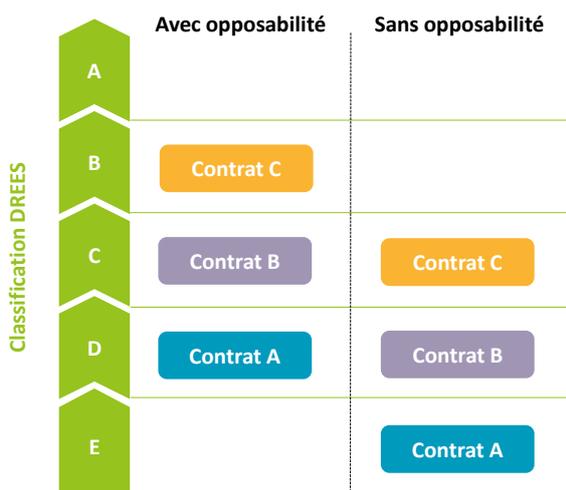
De fait, les nouveaux contrats ACS ne prévoient aucun remboursement associé à ces dépassements. Or, avec la méthodologie usuelle de classement des contrats dans la typologie de la DREES, cela aboutit à classer ces contrats dans les catégories aux niveaux de garanties les plus faibles. Cela conduit en effet à sous-estimer la prise en charge réelle des frais de santé des bénéficiaires de l’ACS.

Pour prendre en compte l’opposabilité des tarifs, une nouvelle méthode de classement a été spécialement mobilisée par la DREES. Elle repose sur un score, calculé pour chaque contrat, qui reflète le niveau de prise en charge du reste à charge après intervention du régime obligatoire, sur chacune des garanties classantes retenues par la typologie de la DREES¹⁸.

La classification des contrats ACS intègre l’ensemble de ces garanties à l’exception du remboursement de la chambre particulière en hospitalisation. En effet, au moment de la réforme, les garanties des nouveaux contrats ACS ont été établies sans tenir compte de ce poste, l’objectif étant d’aboutir à des contrats au meilleur prix, couvrant l’essentiel des dépenses de soins des bénéficiaires.

Avec l’application du score, les contrats ACS de type A sont classés en D dans la classification de la DREES, ceux de type B en C, et enfin les contrats ACS de type C se retrouvent dans la classe B. Ainsi, en tenant compte de l’avantage procuré par l’opposabilité des tarifs, le niveau de garantie des contrats ACS grimpe mécaniquement d’un niveau dans la classification de la DREES. L’opposabilité des tarifs des médecins influence donc significativement le niveau de garantie des contrats ACS

Figure 20 - Classement des contrats ACS selon la prise en compte ou non de la mesure d’opposabilité des tarifs



Source : DREES, traitement Fonds CMU-C

Nota : La DREES ne tient pas compte de la chambre particulière dans le score

¹⁸ Les six prestations retenues par la dernière typologie DREES sont celles pour lesquelles les prises en charge des contrats se distinguent le plus : dépassement d’honoraires pour une consultation chez un spécialiste, dépassement d’honoraires pour un acte chirurgical, prothèse dentaire, audioprothèse, optique complexe et chambre particulière en médecine (MCO).

Tableau 39 – Répartition comparative selon la prise en compte ou non de la mesure d'opposabilité des tarifs des médecins

Classe contrat (classification DREES)	Contrats ACS : Personnes protégées / application de l'opposabilité	Contrats ACS : Personnes protégées / absence d'application de l'opposabilité
A	0,0%	0,0%
B	40,4%	0,0%
C	36,8%	40,4%
D	22,8%	36,8%
E	0,0%	22,8%
Total	100,0%	100,0%

Source : DREES, 11 groupements gestionnaires de l'ACS – Suivi statistique mensuel

Nota : les personnes protégées sont celles couvertes par un nouveau contrat ACS au 31 07 2016. La DREES ne tient pas compte de la chambre particulière dans le score

4.3.2. Des niveaux de garantie ACS supérieurs à la moyenne des contrats individuels, lorsque l'avantage procuré par l'opposabilité des tarifs est pris en compte

En comparant le niveau actuel de garantie des personnes couvertes par l'ACS (y compris le bénéfice de l'opposabilité des tarifs) avec celui rencontré sur l'ensemble du marché individuel, on constate pour les contrats ACS une surreprésentation en classe B et à l'inverse une sous-représentation en classe E. Les personnes bénéficieraient alors en moyenne de niveaux de couverture supérieurs à ceux offerts sur le marché individuel.

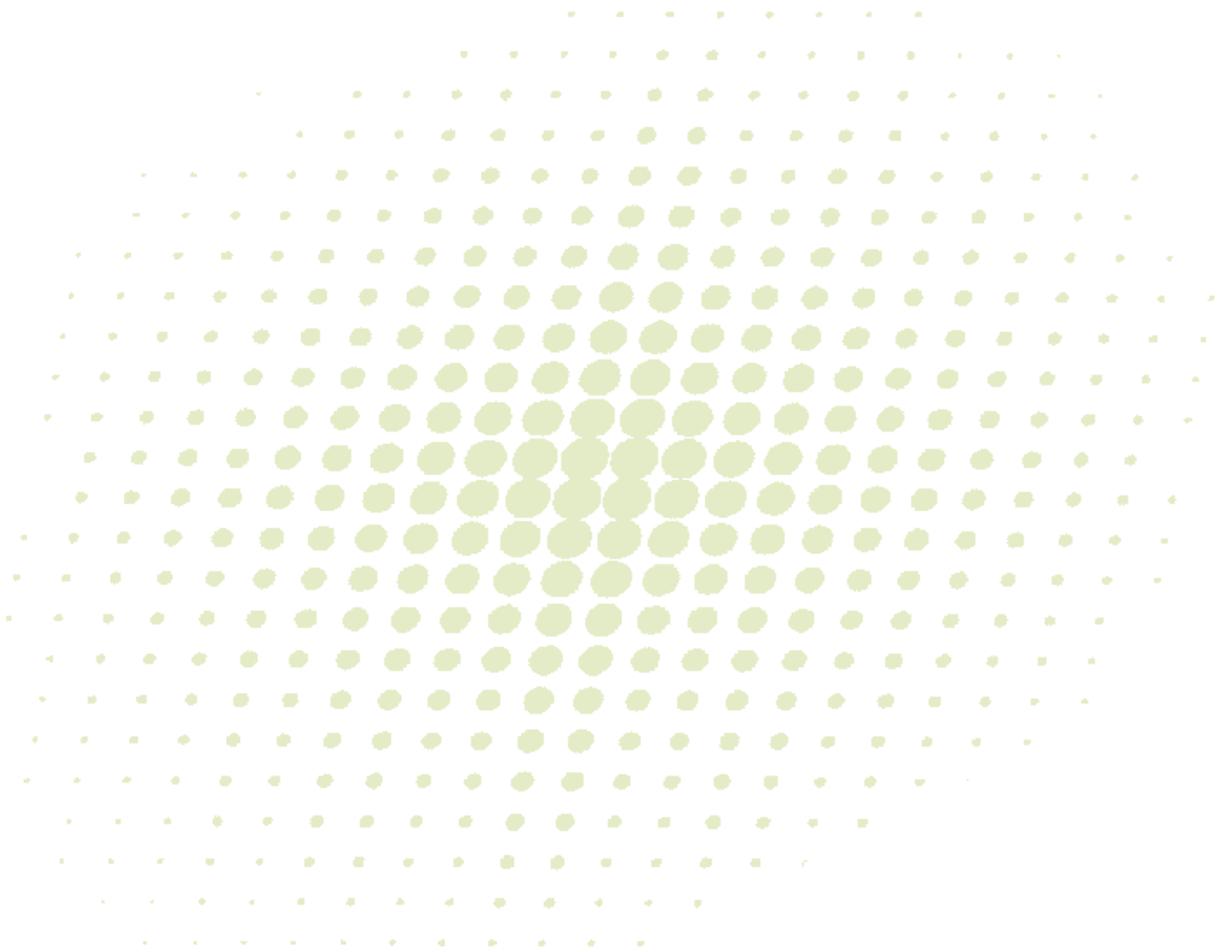
Tableau 40 – Répartition comparative selon le niveau de garantie des contrats entre ACS (avec opposabilité des tarifs) et marché individuel

Classe contrat (classification DREES)	Personnes protégées / application de l'opposabilité	Contrat individuels DREES 2014 (*)	Écarts en points
A	0,0%	2,6%	-2,6
B	40,4%	6,8%	33,6
C	36,8%	48,3%	-11,5
D	22,8%	25,4%	-2,6
E	0,0%	16,9%	-16,9
Total	100,0%	100,0%	

(*) Situation des contrats individuels sur le marché en 2014 appréciée sur la base de l'enquête annuelle de la DREES sur les contrats les plus sous-crits. Les chiffres de 2014 sont encore provisoires à ce stade.

Source : DREES, 11 groupements gestionnaires de l'ACS – Suivi statistique mensuel

III. La mission d’analyse des dispositifs



1. Les modalités d'analyse

1.1. LES DIFFÉRENTS RAPPORTS DU FONDS CMU-C

Dans le cadre de sa mission d'analyse des dispositifs le Fonds CMU-C produit plusieurs rapports.

1.1.1. Les rapports d'évaluation

En application de l'article 34 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, le Gouvernement présente, tous les deux ans, au Parlement un rapport d'évaluation de la loi CMU. L'élaboration des six derniers rapports d'évaluation a été confiée au Fonds CMU-C.

Ce document dresse un état des lieux des dispositifs et contient un ensemble de propositions et de pistes de travail dans la perspective d'améliorer le fonctionnement et l'accès à la CMU-C et à l'ACS.

Les partenaires du Fonds CMU-C (associations, caisses nationales, fédérations, organismes complémentaires...) sont sollicités pour contribuer à la réalisation de ce rapport.

1.1.2. Les rapports annuels d'activité

Le rapport d'activité du Fonds CMU-C reprend les éléments quantitatifs et qualitatifs relatifs aux dispositifs. Il présente l'activité du Fonds CMU-C ainsi que les éléments budgétaires et financiers de l'exercice.

Les rapports annuels d'activité sont approuvés par le conseil d'administration et présentés au conseil de surveillance pour avis.

1.1.3. Les rapports annuels sur l'ACS

Prévu par l'article L.863-5 du Code de la sécurité sociale, ce rapport présente chaque année une analyse des caractéristiques des contrats ACS : prix des contrats, niveau de garanties, nombre de bénéficiaires par contrat, structure de la population des bénéficiaires et restes à charge sur prestations.

Le dispositif, créé en 2005, a été profondément réformé le 1^{er} juillet 2015. Désormais, seuls les contrats sélectionnés par l'État pour leur bon rapport qualité / prix peuvent bénéficier de l'ACS. Le rapport 2015-2016 a donc permis de dresser un premier bilan de la réforme.

Ce rapport est remis au Parlement par le Gouvernement.

1.1.4. Les rapports sur la dépense moyenne des bénéficiaires de la CMU-C

Prévu par l'article L.862-7 du code de la sécurité sociale, ce rapport présente chaque année la dépense moyenne de la dépense de santé par bénéficiaire, au titre de la CMU-C. L'analyse est faite pour les régimes obligatoires et les organismes complémentaires.

Ce rapport est remis au Parlement par le Gouvernement.

1.1.5. Les rapports d'études et de recherche

Le Fonds CMU-C publie également les résultats des études réalisées en collaboration avec différents partenaires (DREES, IRDES, EN3S, ODÉNORE, Défenseur des Droits, organismes complémentaires, caisses d'assurance maladie, etc.).

1.2. LE PILOTAGE DE TRAVAUX DE FOND

Dans le cadre de ses missions d’analyse des dispositifs d’aide à la complémentaire santé, le Fonds CMU-C commande chaque année des travaux d’étude et/ou de recherche destinés à faire progresser la connaissance des dispositifs, de leur fonctionnement, des raisons du non recours, de l’accès aux soins des personnes en situation de précarité, etc.

Ces travaux éclairent la mise en œuvre des dispositifs de la CMU-C et de l’ACS dans leurs aspects financier, sanitaire et social ; ils permettent d’alimenter une réflexion prospective. Le Fonds CMU-C s’appuie ainsi pour partie sur les conclusions de ces études pour formuler des préconisations en vue d’améliorer les dispositifs. L’ensemble de ces travaux est présenté au conseil de surveillance du Fonds CMU-C et mis à disposition du grand public sur le site du Fonds CMU-C.

En termes de méthodologie, les travaux de fond pilotés par le Fonds CMU-C couvrent une palette large : il s’agit à la fois d’enquêtes quantitatives pour disposer d’informations statistiques fiables, d’enquêtes qualitatives approfondies pour comprendre en profondeur un phénomène (non-recours), de testings (dans le domaine du refus de soins), de travaux de recherche sociologiques, de recherche-action (EN3S), etc.

En 2016, le Fonds CMU-C a fait aboutir cinq études : une enquête quantitative sur le non recours à la CMU-C (ODENORE), une enquête qualitative sur le non recours à l’ACS (CREDOC), un rapport de recherche sur le refus de soins (C. DESPRES), un rapport sur l’accès à la santé et à la CMU-C des enfants pris en charge au titre de la protection de l’enfance et une recherche action de l’EN3S sur la mise en œuvre de la réforme de l’ACS.

1.3. EN 2016, L’ÉLABORATION DU VIIÈME RAPPORT D’ÉVALUATION

La loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle prévoit que le Gouvernement présente tous les deux ans au Parlement un rapport d’évaluation sur l’application des dispositions de cette loi. En 2016, l’élaboration du VII^{ème} rapport a été, à l’instar des précédents, confiée au Fonds CMU-C compte tenu de sa position centrale au cœur des dispositifs d’aide à la complémentaire santé (par lettre de mission du directeur de la sécurité sociale du 4 mai 2016).

Ce rapport permet, conformément à l’objectif prévu par la loi, d’informer le Parlement sur les dispositifs de la CMU-C et de l’ACS, sur les bénéficiaires de ces dispositifs et sur les dépenses correspondantes. Il dresse également le bilan des freins à l’accès aux soins (non recours au droit, renoncement aux soins, refus de soins,...) et des solutions apportées pour limiter ces freins. Les actions mises en œuvre pour développer le recours à la CMU-C et à l’ACS sont évaluées, qu’il s’agisse de mesures favorables prises par les pouvoirs publics (revalorisation des plafonds CMU-C de 2013, sélection des contrats ouvrant droit à l’ACS, etc.) ou d’actions nationales ou locales de communication et d’accompagnement des bénéficiaires.

Dans le contexte de la préparation de l’avenant 4 à la convention tarifaire des chirurgiens-dentistes, et alors que le panier de soins dentaires applicable aux bénéficiaires de la CMU-C n’avait pas été revu depuis 2006, il a été demandé au Fonds CMU-C une analyse particulière de l’adéquation du panier de soins dentaires débouchant sur la formulation de préconisations. Ces premiers éléments ont été transmis à la demande de la DSS à la fin du premier semestre 2016. L’ensemble du rapport d’évaluation a quant à lui été transmis fin 2016.

L’élaboration de ce rapport d’évaluation a été l’occasion de solliciter l’ensemble des partenaires du Fonds CMU-C pour recueillir leur analyse et leur point de vue sur les dispositifs d’accès à la complémentaire santé destinés aux plus démunis : les caisses nationales maladie, les associations représentantes des usagers, les observatoires de la pauvreté, les mutuelles, institutions de prévoyance et entreprises d’assurance intervenant dans le champ de la santé, les directions statistiques de l’administration centrale, les instituts d’études ou de recherche travaillant sur l’accès aux soins, etc.

A l’heure où nous rédigeons ce rapport d’activité, le rapport d’évaluation est en cours d’échanges et de relecture entre le Fonds CMU-C et la DSS.

2. Suivre et analyser le non-recours au droit

2.1. UN TAUX DE NON RECOURS IMPORTANT ESTIMÉ À 30% POUR LA CMU-C ET À PLUS DE 60% POUR L’ACS

Trois personnes sur dix susceptibles de prétendre à l’attribution de la CMU-C et six personnes sur dix pouvant prétendre à l’ACS n’en font pas la demande.

La DREES évalue chaque année la population éligible à la CMU-C et à l’ACS en métropole.

En 2015, la population éligible à la CMU-C est comprise entre 6,1 et 7,4 millions de personnes. Avec une moyenne de 4,69 millions de bénéficiaires en 2015, le taux de recours au dispositif demeure stable, situé entre 64 % et 76 %.

Pour l’ACS, le nombre de personnes éligibles est estimé entre 3,3 et 4,8 millions de personnes en 2015, tandis que 1,26 million de personnes ont bénéficié d’une attestation ACS : le taux de recours à l’ACS s’établit entre 31 % et 45 %.

Tableau 41 – Evolution des taux de recours à la CMU-C et à l’ACS depuis 2013*

Effectifs en millions	CMU-C			ACS		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Effectifs éligibles, borne inf	5,32	5,83	6,14	3,11	3,23	3,35
Effectifs éligibles, borne sup	6,37	6,98	7,36	4,48	4,65	4,82
Effectifs réels	4,12	4,48	4,69	1,06	1,12	1,26
Taux de recours Inf	65%	64%	64%	28%	29%	31%
Taux de recours Sup	77%	77%	76%	41%	41%	45%

Source : DREES

* : Pour l’ACS, le nombre de personnes éligibles mentionné dans le tableau correspond au nombre de personnes qui ont des ressources inférieures au plafond d’éligibilité. Elles peuvent cependant ne pas avoir droit à l’ACS lorsqu’elles sont couvertes par un contrat collectif obligatoire d’entreprise, non éligible à l’ACS. Cette part est estimée par la DREES à 16 %. Les effectifs éligibles à l’ACS seraient ainsi compris entre 2,8 et 4 millions. Le taux de recours tient compte de cette correction. Depuis le 1^{er} janvier 2016, les bénéficiaires de l’ACS disposent désormais d’une dispense d’adhésion au contrat collectif obligatoire de plein droit (article D.911-2 du code de la sécurité sociale).

Les évolutions de la population éligible et des taux de recours sont pour partie attribuables aux mesures prises pour améliorer l’accès aux soins. Entre 2013 et 2014, la population éligible à la CMU-C avait fortement progressé sous l’effet du relèvement exceptionnel des plafonds d’attribution de 7 % au 1^{er} juillet 2013 (effet sur un seul semestre en 2013 et en année pleine en 2014), le taux de recours était toutefois resté stable.

En 2015, la réforme du dispositif de l’ACS semble avoir eu un effet sur le taux de recours qui s’est amélioré.

Néanmoins, malgré les campagnes de communication et les mesures d’accompagnement, le non-recours aux dispositifs concerne toujours une part non négligeable des bénéficiaires potentiels. Bien que le taux de non-recours à la CMU-C soit plus faible que celui de l’ACS, le phénomène est comparable en valeur absolue compte tenu du nombre de personnes concernées.

Le Fonds CMU-C, ainsi que l’ensemble des acteurs de la protection sociale, pointent la complexité des démarches administratives comme le facteur essentiel du non recours aux dispositifs.

Deux études commandées par le Fonds CMU-C, l’une auprès de l’ODENORE (publiée en 2016) et l’autre auprès du CREDOC (publiée en 2017), réexaminent les raisons du non recours.

2.2. LE RÉEXAMEN DU NON-RECOURS À LA CMU-C

À la demande du Fonds CMU-C, l’observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE) a mené une étude permettant d’actualiser les explications du non-recours à la CMU-C.

Le principal objectif de l’étude est d’expliquer le phénomène en interrogeant des bénéficiaires potentiels détectés au sein de populations socialement et économiquement précaires. La démarche consiste à repérer les non-recourants au sein de structures locales qui accompagnent au quotidien des personnes en situation de précarité : les centres de distribution alimentaire et d’accueil de jour de la Croix Rouge et les structures d’insertion par le travail et la formation continue partenaires de l’Agence nationale de lutte contre l’illettrisme. Cette approche permet ainsi d’interroger des personnes qui n’auraient sans doute pas été identifiées si l’analyse avait reposé sur la méthode classique de détection dans les fichiers d’assurés sociaux.

L’enquête a été conduite en deux temps sur la période de décembre 2015 à avril 2016, avec une phase quantitative reposant sur l’interrogation par questionnaire puis une phase qualitative basée sur des entretiens téléphoniques. Au total, 181 questionnaires ont pu être exploités. 23 entretiens ont ensuite été menés par les chercheurs de l’ODENORE pour approfondir les explications du non-recours à la CMU-C.

L’analyse concerne essentiellement des personnes vivant dans des situations socio-économiques précaires et peu autonomes dans les démarches administratives. Les résultats ne peuvent donc pas être généralisés.

2.2.1. Un non-recours à la CMU-C qui concerne principalement des personnes jeunes ou des personnes isolées

■ Une majorité des répondants plutôt jeunes ou vivant seuls, sans enfant à charge

L’analyse des caractéristiques des personnes interrogées permet de déterminer les profils possibles de non-recourants à la CMU-C. Cependant, les résultats sont à interpréter au regard de la spécificité de l’échantillon interrogé par rapport à l’ensemble des bénéficiaires de la CMU-C.

Les répondants à l’enquête sont un peu plus souvent des hommes. Ils représentent 56,5 % des effectifs alors que les femmes en représentent 43,5 %. Cette structure est différente de celles des bénéficiaires de la CMU-C et de la population générale où les femmes sont majoritaires et représentent respectivement 57 % et 52 %.

Un quart des répondants a entre 18 et 25 ans et un quart entre 26 et 35 ans. Alors que les personnes de moins de 35 ans constituent la moitié de l’échantillon, elles représentent 40 % des bénéficiaires de la CMU-C et 20 % dans la population générale.

Tableau 42 – Structure de l’échantillon par âge et par sexe – Comparaison avec les bénéficiaires de la CMU-C et la population générale, fin 2015

	Enquête	Bénéficiaires CMU-C	Population
Tranche d’âge			
18 – 25 ans	24,0%	10,6%	7,5%
26 – 35 ans	25,1%	29,0%	16,0%
36 – 45 ans	17,9%	24,5%	17,0%
46 – 55 ans	22,3%	20,0%	17,8%
56 – 60 ans	9,5%	7,6%	8,5%
> 60 ans	1,1%	8,3%	33,2%
Sexe			
Femme	43,5%	57,0%	52,4%
Homme	56,2%	43,0%	47,6%

Source : ODENORE, CNAMTS pour les bénéficiaires de la CMU-C, INSEE pour la population

79 % des répondants déclarent vivre seuls et 68 % n’ont pas d’enfant à charge. Le fait de vivre seul, souvent sans enfant à charge, a son importance puisque cela renvoie à des « facteurs d’activation » du non-recours que les travaux de recherche sur le phénomène ont déjà mis en avant.

■ **L’absence de complémentaire santé justifiée par des ressources insuffisantes, le manque d’autonomie ou l’incapacité à utiliser l’information disponible**

Les enquêtés n’ont pas de complémentaires santé. Pour 48 % des répondants, l’absence de complémentaire santé est liée à un manque d’autonomie ou de capacité à utiliser l’information disponible et pour 46 %, elle résulte d’un manque de moyens financiers.

Ces résultats sont à mettre en relation avec la composition d’un échantillon plutôt jeune. La stratification sur les 18-35 ans accentue la proportion de répondants qui n’ont pas eu de complémentaire santé dans le passé : ils sont près de la moitié dans ce groupe d’âge contre plus d’un tiers pour l’ensemble des répondants. Ceci tend à confirmer l’hypothèse du passage à « l’âge adulte » comme moment d’exposition au risque de non-recours.

2.2.2. Des non-recourants qui connaissent en majorité la CMU-C et qui ont parfois pu en bénéficier dans le passé

■ **La CMU-C méconnue par un tiers des non-recourants**

Alors que 20 % des répondants ignorent ce qu’est une complémentaire santé, ils sont un tiers à ne pas savoir ce qu’est la CMU-C, voire à ne pas connaître son existence. Selon la typologie du non-recours développée par l’ODENORE, il s’agit du non-recours par non-connaissance.

D’après les entretiens qualitatifs qui ont permis de mieux comprendre cette forme de non-recours, la méconnaissance de la CMU-C découle souvent d’une méconnaissance globale du système de protection sociale : confusion entre assurance maladie obligatoire, assurance maladie complémentaire, carte vitale, etc.

■ **La CMU-C non demandée ou non renouvelée par la majorité des non-recourants qui connaissent le dispositif**

Parmi les répondants qui déclarent savoir ce qu’est la CMU-C, les deux tiers pensent pouvoir en bénéficier et autant l’ont demandée dans le passé. Selon la typologie du non-recours développée par l’ODENORE, ces personnes présentent un non-recours par non-demande.

Parmi ceux qui ont pu demander la CMU-C dans le passé, deux tiers ont eu un droit ouvert à la CMU-C. Les autres ont abandonné du fait de demandes de pièces administratives et quelques-uns n’ont pas obtenu la CMU-C en raison de revenus trop élevés.

Le fait que les personnes auparavant couvertes par la CMU-C se retrouvent sans complémentaire santé s’explique majoritairement par un non renouvellement volontaire.

2.2.3. Plusieurs motifs pouvant expliquer la non-demande, forme principale du non-recours à la CMU-C

■ **La complexité des démarches principalement évoquée**

Les répondants qui déclarent savoir ce qu’est la CMU-C mais qui ne l’ont pas pour autant demandée, justifient principalement le non-recours par la complexité des démarches. Ce motif de non-recours a déjà été mis en évidence dans d’autres enquêtes de l’ODENORE, notamment les baromètres du renoncement aux soins dans le Gard et en Languedoc-Roussillon.

■ **Le risque de non-demande aggravé par l’illettrisme, en dépit d’un niveau de connaissance identique**

Les personnes en situation d’illettrisme avéré représentent 22 % du total de l’échantillon.

Il apparaît que les explications de l’absence de complémentaire santé et de non-recours par non-connaissance à la CMU-C sont comparables que les personnes soient ou non en situation d’illettrisme. Le dispositif de la CMU-C ne paraît pas plus difficile à comprendre pour une personne en situation d’illettrisme que pour les autres répondants. En revanche, l’illettrisme entre en ligne de compte dans l’explication du non-recours par non-demande lorsque les personnes connaissent la CMU-C. En effet, les personnes en situation d’illettrisme sont plus nombreuses à mettre en avant la complexité des démarches pour demander la CMU-C. L’illettrisme pèse sur la non-demande mais peu sur la non-connaissance.

■ D’autres raisons « volontaires » ou « involontaires »

D’après les entretiens, outre la complexité des démarches, la non-demande renvoie à plusieurs raisons « volontaires » ou « involontaires ». Les raisons volontaires relèvent du choix personnel : ne pas accorder d’importance à la complémentaire santé, éviter une complémentaire perçue comme de moindre qualité, se suffire d’une prise en charge à 100 % du fait d’une ALD. Les raisons sont considérées comme involontaires quand elles sont liées à des contraintes : ne pas pouvoir se lancer dans une démarche du fait d’un état psychologique ou de priorités autres.

L’intervention de services ou d’acteurs sociaux, administratifs ou médicaux pour informer, orienter, accompagner, mais aussi pour responsabiliser les personnes et les rendre actives par rapport à leur situation, paraît donc essentielle.

2.2.4. Des rencontres avec les travailleurs sociaux qui ne préservent pas nécessairement du non-recours

Une majorité déclare rencontrer parfois un travailleur social. Cela concerne deux tiers des personnes interrogées. L’étude soulève la question de la nécessité d’une recherche généralisée sinon systématique des droits potentiels par les travailleurs sociaux ainsi que celle de l’accompagnement lors du renouvellement des droits.

L’ODENORE aboutit ainsi à la conclusion qu’il conviendrait de mener une réflexion sur les possibilités pour parvenir à un engagement effectif et significatif des acteurs opérationnels, publics ou privés, dans la détection des situations de non-recours, à la CMU-C.

2.3. LA CARACTÉRISATION DE LA POPULATION ÉLIGIBLE À L’ACS ET LES MOTIFS DE NON-RECOURS

Afin de mieux comprendre les raisons du non-recours à l’ACS, le Fonds CMU-C a confié au CRÉDOC un projet de recherche visant à caractériser la population éligible à l’ACS et l’incidence du parcours de vie sur les conditions d’accès au dispositif.

Compte tenu de l’insuffisance de connaissance des raisons du non-recours, l’approche retenue est qualitative. Seule une telle approche permet en effet de comprendre *via* des entretiens qualitatifs approfondis le phénomène de non-recours dans toute son ampleur et sa complexité. Elle permet de dégager des pistes nouvelles pour réduire le phénomène. En revanche, les résultats obtenus ne sont pas généralisables à l’ensemble des recourants.

L’analyse repose sur une démarche centrée sur le récit de vie menée auprès d’un échantillon de 35 non-recourants et de 25 recourants à l’ACS. Il s’agit de cerner les motifs de non-recours tout en ayant la possibilité de les situer dans une compréhension plus globale de chaque individu, de ses besoins, de ses difficultés, de ses expériences passées et de ses représentations.

Le recrutement des personnes interrogées a été effectué en population générale et permet de tendre vers une diversité des situations. L’éligibilité des répondants, recourants ou non-recourants, est approchée par les revenus : le niveau total des ressources nettes mensuelles hors RSA et PAJE, la nature des ressources (revenus salariés, revenus non-salariés, allocations-chômage, ASS, pension d’invalidité, AAH, ALD, retraites) et la prise en compte éventuelle du forfait logement.

Les entretiens ont été réalisés par téléphone de novembre à décembre 2016 pour une durée moyenne d’une heure (45 minutes à 75 minutes).

2.3.1. La population éligible à l’ACS : des différences entre non-recourants et recourants

2.3.1.1. Des non-recourants à l’ACS déjà couverts par une complémentaire santé et qui disposent de budgets restreints

■ De faibles marges de manœuvre budgétaires

Les non-recourants interrogés sont éligibles à l’ACS : ils disposent de ressources peu élevées, en dessous du seuil de pauvreté. Pour la moitié d’entre eux, les ressources varient d’un mois sur l’autre en raison notamment d’une situation professionnelle précaire. Elles ont un reste à vivre¹⁹ faible et se livrent régulièrement à des restrictions budgétaires.

Plus de la moitié des bénéficiaires potentiels déclarent atteindre l’équilibre budgétaire. Toutefois, parmi eux, un quart indique avoir des retards dans le paiement de leurs factures et n’atteindre un équilibre artificiel que par l’accumulation de dettes ou le recours à des crédits à la consommation.

■ De forts niveaux de renoncement ou de report des soins

Par rapport à la population générale, les non-recourants interrogés ont davantage tendance à considérer leur état de santé comme moyen. Afin de faire entrer le poste santé dans leur budget, ils développent certaines stratégies en matière de soins : consultations de généralistes de secteur 1, consultations de spécialistes en milieu hospitalier, automédication.

Trois quarts des bénéficiaires potentiels de l’ACS interrogés diffèrent ou renoncent à des soins. Les médicaments et les consultations de spécialistes non ou peu remboursés font l’objet des premiers renoncements.

■ L’importance de la couverture complémentaire santé

La quasi-totalité des non-recourants interrogés accordent de l’importance à la couverture complémentaire santé. La plupart des non-recourants bénéficient d’une complémentaire santé. Plus de la moitié des personnes interrogées sont couvertes par une mutuelle d’entreprise et un quart le sont à titre individuel. Les personnes sans couverture, en bonne santé, estiment qu’une complémentaire santé ne serait pas rentable par rapport à leurs dépenses actuelles et espèrent ne pas devoir faire face à un imprévu.

■ Une invisibilité sociale et de rares relations avec les institutions publiques

Les personnes interrogées dans le cadre de ces entretiens ne se considèrent pas comme une cible potentielle de politiques publiques. Certaines, en activité et propriétaires, pensent qu’aucune aide n’existe pour les actifs disposant d’une situation relativement stable. D’autres, en plus grande difficulté, déclarent être encore trop peu pauvres pour être aidées.

De manière générale, les non-recourants potentiels à l’ACS entretiennent peu de relations avec les administrations publiques. La moitié des bénéficiaires potentiels déclare ne recevoir aucune aide. Les APL (qui concernent environ un tiers des bénéficiaires) et les allocations familiales sont les deux principales aides citées, suivies de la prime d’activité et de la PAJE.

■ Une méconnaissance de l’ACS

Moins de la moitié des personnes potentiellement concernées ont déjà entendu parler de l’ACS. Après les explications données sur le principe et la cible de l’ACS, la quasi-totalité de l’échantillon se considère potentiellement éligible et souhaite se renseigner sur le sujet.

¹⁹ Le reste à vivre est défini par l’article 87 de la Loi d’orientation 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions comme « la part des ressources nécessaires aux dépenses courantes d’un ménage » qu’un créancier ne peut saisir.

2.3.1.2. Des recourants à l’ACS plus âgés ayant davantage de difficultés financières

■ Des caractéristiques socio-économiques qui diffèrent des non-recourants

Les recourants à l’ACS interrogés sont moins jeunes, moins actifs que les non-recourants. Ils sont plus fréquemment seuls (célibataires ou séparés). Les trois quarts des recourants sont locataires, majoritairement en parc social alors que la moitié des non-recourants sont propriétaires.

Tableau 43- Profils socio-économiques des recourants et non-recourants

Recourants	Non recourants
Âgés de 40 ans et plus	Âgés de moins de 40 ans.
Séparés, célibataires, veufs	Couples sans enfants
Familles en couple ou monoparentales, plus souvent avec trois enfants et plus	Familles en couple ou monoparentales, plus souvent avec un ou deux enfants
Plus d’inactifs	Plus de personnes en activité et occupées
Situation du conjoint [le cas échéant] : Actif occupé (autoentrepreneur)	Situation du conjoint [le cas échéant] : inactif (retraite, foyer)
Dans la situation d’activité actuelle depuis moins de 5 ans	Dans la situation d’activité actuelle depuis 5 ans ou plus
Des montants de ressources moins élevés	Des montants de ressources un peu plus élevés
Plus de locataires	Plus de propriétaires

Source : CRÉDOC, entretiens auprès de personnes éligibles à l’ACS

■ Des contraintes et arbitrages budgétaires plus forts

Les recourants à l’ACS déclarent plus souvent que les non-recourants que le montant de leurs ressources est suffisant pour couvrir leurs besoins quotidiens. Néanmoins, cette affirmation est à nuancer car les recourants à l’ACS sont un peu plus nombreux à éprouver des difficultés à quantifier leur niveau de reste à vivre. Ils déclarent davantage être en découvert systématique à la fin du mois et la moyenne globale de leur reste à vivre est inférieure à celle des non-recourants à l’ACS.

■ Une mauvaise santé, des consultations ciblées et des renoncements aux soins

Les recourants à l’ACS se considèrent de manière générale en plus mauvaise santé que les non-recourants. Ceci peut pour partie s’expliquer par leur moyenne d’âge plus élevée. Ils évoquent un éventail moins large de spécialistes consultés mais sont plus nombreux à indiquer se rendre auprès de spécialistes.

Le renoncement aux soins parmi les recourants est élevé même s’il est moins important que parmi les non-recourants. Plus de la moitié des recourants déclarent avoir dû renoncer à des soins pour des raisons budgétaires. Ces soins concernent en majeure partie des soins dentaires (implants, couronnes) et parfois le remplacement de lunettes.

■ Une opinion favorable de l’ACS

Le principal motif d’accès à l’ACS est le refus d’attribution de la CMU-C. Plus d’un tiers des recourants à l’ACS interrogés avaient constitué un dossier pour percevoir la CMU-C et se sont vus proposer l’ACS.

Les recourants à l’ACS apprécient le fait d’avoir une réduction de tarif pour bénéficier d’une complémentaire santé. Beaucoup mettent en avant son rapport coût/garantie avantageux. La dispense d’avance de frais et l’absence de dépassement d’honoraires et de franchises permettent également une meilleure stabilité de la trésorerie. Par rapport à la CMU-C, l’ACS apparaît également comme moins stigmatisante.

La principale source d’insatisfaction concernent les démarches de changement d’organisme complémentaire pour souscrire un contrat sélectionné.

2.3.2. Les trois idéaux-types des bénéficiaires potentiels de l’ACS

2.3.2.1. Trois profils de non-recourants en fonction du parcours de vie et du niveau de fragilité sociale

Les entretiens auprès des non-recourants ont permis de caractériser trois profils-types sur la base des informations socioéconomiques communiquées et des éléments d’histoire de vie relatifs à la stabilité de la situation professionnelle et personnelle.

■ **Les personnes en situation stable**

Un tiers des non-recourants interrogés entrent dans cette catégorie. Ces personnes ne s’identifient pas au public concerné par les aides et se sentent moins pauvres qu’elles ne le sont en termes monétaires.

Cette classe se caractérise par une certaine stabilité sociale : elles sont installées professionnellement, en couple et légèrement plus propriétaire ou en accession. Elles doivent surveiller leur budget et parviennent à épargner de temps à autre.

Elles n’ont pas de contacts fréquents avec les administrations et ne perçoivent pas d’aides. Elles sont plus âgées que les autres répondants.

■ **Les personnes dans une situation de rupture récente**

Cela concerne un tiers des entretiens de non-recourants. Ces personnes sont les plus démunies de l’échantillon sur le plan financier. Elles espèrent leur situation temporaire et n’envisagent pas de recourir à des aides à ce stade ou d’entreprendre des démarches spécifiques.

Elles ont été confrontées à une rupture dans leur parcours de vie moins de cinq ans avant l’entretien : séparation, chômage, faillite de leur entreprise, etc. Elles puisent dans leur épargne et se restreignent dans leurs dépenses pour faire face à leur situation de précarité.

■ **Les personnes dans une situation de fragilité**

Il s’agit du tiers restant des non-recourants interrogés. Ces personnes sont à la recherche d’un soutien mais peinent à s’identifier à une catégorie dans le besoin et estiment que leurs ressources, même faibles, sont au-dessus des plafonds donnant le droit à des aides.

Elles font face depuis plus de cinq ans à des difficultés (licenciement, maladie) qui se poursuivent et dégradent fortement leurs conditions de vie. Ces personnes sont à la fois fragilisées économiquement et psychologiquement.

Figure 21 - Récapitulatif des profils des bénéficiaires potentiels de l'ACS



Source : CRÉDOC, entretiens auprès de personnes éligibles à l'ACS

Nota : Le montant des ressources correspond aux ressources mensuelles par foyer.

2.3.2.2. Une perception différenciée des avantages de l'ACS ainsi que des leviers et des freins pour l'obtenir

La sensibilité à l'ACS et à ses avantages varie en fonction du profil des personnes interrogées (stabilité, rupture récente ou fragilisation). Les personnes fragilisées ou en situation de rupture récente déclarent être intéressées par la réduction du coût de la complémentaire santé ainsi que les tarifs sociaux pour l'énergie. Tandis que les personnes en situation stable sont davantage attirées par le fait de pouvoir consulter n'importe quel médecin sans dépassement d'honoraires, sans franchise et sans avance de frais.

Les leviers et les freins du recours à l'ACS diffèrent également selon le profil. Les personnes fragilisées souhaitent être accompagnées dans les démarches et redoutent les incertitudes liées au changement de situation. Les personnes en situation de rupture récente ont besoin d'une meilleure information sur l'ACS. Les personnes en situation plus stable veulent une prise de contact plus personnalisée et souhaitent vérifier que le rapport coût / garantie est à leur avantage.

Tableau 44 – Leviers et freins du recours à l’ACS selon le profil

Profils	Leviers	Freins
Stabilité	Une prise de contact personnalisée	Un rapport coût-garantie-qualité de soins désavantageux
Rupture récente	Une meilleure information	Un manque de compréhension de l’ACS
Fragilisation	Un accompagnement dans les démarches	L’incertitude sur les démarches, les avantages et le devenir en cas de perte l’éligibilité

Source : CRÉDOC, entretiens auprès de personnes éligibles à l’ACS

2.3.2.3. La surreprésentation des personnes fragilisées ou en situation de rupture récente parmi les recourants à l’ACS

Les personnes fragilisées et les personnes en situation de rupture récente sont surreprésentées parmi les recourants à l’ACS. Elles sont plus enclines à se déclarer dans une situation financière difficile. Le nombre de demandes de CMU-C ayant été fait par les recourants à l’ACS en témoigne.

Le recours à l’ACS pourrait être lié à l’âge : les répondants plus âgés et plus souvent en retraite, sont moins nombreux à estimer leur situation susceptible de s’améliorer d’elle-même, le montant de leurs ressources étant peu amenés à évoluer dans le futur. De même, le fait de ne pas être propriétaire pourrait faciliter l’identification à un public ciblé par les politiques sociales. Le nombre de personnes propriétaires et de profil stable au sein de l’échantillon de recourants à l’ACS est faible.

2.3.3. Synthèse des enseignements et pistes de réflexion pour améliorer le recours à l’ACS

2.3.3.1. Les déterminants du non-recours

■ Ne pas se sentir concerné : principal facteur de non-recours

Éprouvant un sentiment d’invisibilité sociale, les non-recourants ont des difficultés à se reconnaître dans les catégories éligibles. La non identification en tant que destinataire de l’offre est un frein à la recherche d’informations sur les aides.

■ L’espoir du « rétablissement » économique et la faible disponibilité psychologique

Les personnes confrontées à une dégradation subite ont tendance à concentrer leurs efforts dans des démarches de stabilisation économique, de recherche d’activité, etc. L’engagement dans des démarches de demandes d’aides spécifiques n’est pas envisagé. La sensibilité à l’ACS est plus importante lorsque les difficultés se prolongent.

■ La réticence du changement par rapport à un bénéfice non assuré

La complexité de l’environnement administratif accentue les craintes de personnes en situation de stabilité sociale précaire à engager des démarches complexes, coûteuses en charge mentale pour un bénéfice non assuré.

■ L’obligation perçue de la complémentaire santé d’entreprise

L’idée de ne pas pouvoir s’affranchir de la complémentaire proposée par l’employeur est un motif de non-recours. Les personnes interrogées ignorent qu’il est possible d’obtenir une dispense d’adhésion au contrat collectif lorsque l’on est bénéficiaire de l’ACS.

2.3.3.2. Les pistes d’amélioration du recours à l’ACS

■ **Mettre en place une communication multi-cibles /personnalisée/ non stigmatisante**

Le CRÉDOC propose de personnaliser davantage la communication en adaptant les messages selon les profils de non-recourants afin de lever le doute sur l’éligibilité. La présentation de cas types facilitant l’identification semble nécessaire. Vis-à-vis des personnes fragiles, les travailleurs sociaux ont un rôle important à jouer pour informer et accompagner cette cible en grande difficulté.

■ **Montrer les avantages concrets à souscrire à l’ACS**

Pour capter l’attention des populations éligibles, il est essentiel de communiquer sur la plus-value de la démarche et les avantages associés à l’ACS : dispense d’avance de frais, absence de dépassement d’honoraires, tarifs avantageux pour l’énergie, etc.

Cela nécessite aussi de mieux informer les travailleurs sociaux pour améliorer l’efficacité de leur accompagnement.

■ **Réduire le caractère proactif de la démarche**

Pour faciliter l’accès à l’ACS, il conviendrait de faciliter les démarches des demandeurs. Certains répondants souhaitent l’envoi d’un courrier personnalisé les informant sur leurs droits à l’ACS et le gain qu’ils pourraient envisager. D’autres voudraient une meilleure coordination entre les services publics, les dispensant de fournir toutes les pièces justificatives.

3. Suivre et analyser les conditions de santé et d’accès aux soins

3.1. L’ANALYSE DE L’ÉTAT DE SANTÉ DES BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU-C ET DE L’ACS

3.1.1. Modalités d’analyse

3.1.1.1. Les indicateurs du CETAF²⁰ sur l’état de santé des bénéficiaires de la CMU-C en 2015

- La perception de l’état de santé des bénéficiaires de la CMU-C continue de s’améliorer, dans un contexte de précarité persistant.

En 2015, la note de santé perçue²¹ des consultants des centres d’exams de santé (CES) bénéficiaires de la CMU-C est la meilleure obtenue sur les 10 dernières années : 6,93 / 10, score qui se rapproche du cap de 7, palier à partir duquel une personne s’estime en bonne santé. La proportion de bénéficiaires de CMU-C ayant une perception négative de leur santé (note inférieure à 7) diminue corrélativement : elle s’établit à 40,1 % en 2015, en baisse de 1,9 point par rapport à 2014 et de 5,6 points en 10 ans.

L’amélioration de la santé perçue s’inscrit pourtant dans un contexte de précarité constant sur les quatre dernières années et nettement plus accentué pour les bénéficiaires de la CMU-C. Le score EPICES²² rend compte du degré de précarité et de vulnérabilité sociale. Pour les bénéficiaires de la CMU-C, il est de 43,58 / 100 en 2015, avec une progression de 0,44 point en un an. Les consultants bénéficiaires de la CMU-C rencontrent de plus grandes difficultés que les consultants non bénéficiaires, pour qui le score est de 26,73 / 100.

²⁰ CETAF : Centre technique d’appui et de formation des centres d’examen de santé

²¹ Note de santé perçue : La santé ressentie est mesurée par une note de 0 à 10, auto-attribuée par chaque personne, en réponse à la question : « Compte tenu de votre âge, veuillez indiquer par une note comprise entre 0 et 10 votre état de santé tel que vous le ressentez ». Cette donnée est recueillie systématiquement lors des examens périodiques de santé.

²² EPICES : Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d’Examens de Santé, est un score individuel qui prend en compte le caractère multifactoriel de la précarité. Il est déterminé à partir 11 questions binaires qui résument à 90 % la situation de précarité d’un sujet. La réponse à chaque question est affectée d’un coefficient, la somme des 11 réponses donne le score EPICES. Le score est continu, il varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité). Les questions se rapportent à 7 thèmes : l’emploi, les ressources, la famille, le logement, l’éducation et la culture, la protection sociale et la santé.

Tableau 45 – Suivi de la note de santé perçue, de la prévalence de la note de santé perçue <7 et du score EPICES pour les bénéficiaires de la CMU-C dans les centres d’examens de santé (CES), de 2006 à 2015, données redressées

Année	Note de santé perçue / 10	Prévalence Note de santé perçue < 7	Score EPICES / 100
2006	6,61	45,7%	43,65
2007	6,57	45,5%	43,56
2008	6,73	44,2%	41,78
2009	6,80	43,6%	40,23
2010	6,89	42,1%	37,53
2011	6,92	42,2%	38,50
2012	6,86	42,7%	43,29
2013	6,86	42,6%	44,18
2014	6,91	42,0%	43,14
2015	6,93	40,1%	43,58
2014 - 2015	0,02	-1,90	0,44
2006 - 2015	0,32	-5,60	-0,07

Lire : en 2015, la note de santé perçue des consultants bénéficiaires de la CMU-C est de 6,93 / 10. 40,1 % ont une note de santé perçue < 7. Le score EPICES des consultants bénéficiaires de la CMU-C est de 43,58 / 100

Source : CETAF

■ Sur dix ans, le non-recours aux soins dentaires progresse plus modérément pour les bénéficiaires de la CMU-C que pour la population générale

Entre 2006 et 2015, la proportion de consultants des CES qui n’ont pas eu recours au médecin ou au dentiste depuis deux ans a augmenté pour les bénéficiaires de la CMU-C et pour les non bénéficiaires. Mais ces évolutions sont moins sensibles chez les bénéficiaires de la CMU-C pour les soins dentaires (évolution 2006 – 2015 : 1,40 point CMU-C vs 2,10 points non CMU-C).

En 2015, le non-recours aux soins dentaires reste toutefois trois fois plus élevé que le non-recours au médecin, tant pour les bénéficiaires de la CMU-C (dentiste : 30,90 % vs médecin : 10,70 %) que pour les non bénéficiaires (dentiste : 21,70 % vs médecin : 6,20 %).

La part de 31 % de non-recours aux soins dentaires depuis deux ans chez les consultants bénéficiaires de la CMU-C est cohérente avec la part de 38 % de personnes aux revenus inférieurs à 1 000 € par mois ayant déclaré avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois en 2015, dans la cohorte CONSTANCES (Cohorte des consultants des centres d’examens de santé).

Tableau 46 – Suivi de la proportion de non recours pour les médecins et pour les dentistes, pour les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMU-C dans les centres d’examens de santé (CES), de 2006 à 2015, données redressées

Année	Médecin		Dentiste	
	CMUC	Non_CMUC	CMUC	Non_CMUC
2006	9,72%	5,17%	29,50%	19,60%
2007	9,60%	5,30%	29,30%	19,80%
2008	9,10%	5,40%	29,20%	20,00%
2009	8,76%	4,98%	29,60%	20,50%
2010	8,83%	5,15%	28,47%	20,33%
2011	9,30%	5,40%	28,90%	20,80%
2012	9,90%	5,30%	29,60%	20,90%
2013	10,00%	5,70%	30,10%	21,30%
2014	9,70%	5,70%	30,20%	22,50%
2015	10,70%	6,20%	30,90%	21,70%
2014 - 2015	1,00	0,50	0,70	-0,80
2006 - 2015	0,98	1,03	1,40	2,10

Lire : en 2015 10,70 % des consultants bénéficiaires de la CMU-C n’ont pas eu recours à un médecin depuis 2 ans.

Source : CETAF

■ **Les consultants des centres de santé bénéficiaires de la CMU-C du CETAF constituent le panel le plus important d’attributaires, depuis la création du dispositif.**

Les 92 400 consultants bénéficiaires de la CMU-C en 2015 constituent l’échantillon le plus important de bénéficiaires étudiés, bien qu’ils ne représentent qu’une partie minime des effectifs des bénéficiaires du régime général en métropole, 2,2 %.

Toutefois la comparaison avec les non bénéficiaires doit rester prudente, même si depuis 2006 le Fonds CMU-C suit des données redressées²³. D’une part les bénéficiaires de la CMU-C sont sur représentés dans les centres d’examen de santé (21 % des consultants vs 6,5 % de la population²⁴), d’autre part le recrutement des centres d’examens de santé a évolué dans le temps, avec des politiques volontaristes d’accueil des personnes fragiles. Ainsi, le public des non bénéficiaires de la CMU-C peut comprendre des personnes non couvertes par aucune complémentaire santé dans de plus grandes proportions qu’aux débuts de la CMU-C, ou couvertes par des complémentaires santé d’entrée de gamme, qui ne couvrent notamment que très partiellement les dépassements sur les soins prothétiques dentaires.

²³ Pour les années 2006 à 2015, les indicateurs sont calculés après redressement de la population des CES sur le sexe, l’âge, le niveau d’étude, le statut actif/chômeur/inactif et le taux de bénéficiaires de la CMU-C. Pour l’année 2015, le redressement des données a été réalisé à partir des données Insee-enquête Emploi 2014 et des données Fonds CMU-C au 31 décembre 2014.

²⁴ Rapport entre les bénéficiaires de la CMU-C au régime général et la population en métropole en 2015

3.2. LA POURSUITE DES TRAVAUX SUR LES REFUS DE SOINS : UNE ANALYSE DES DISCOURS DES MÉDECINS ET DES DENTISTES

Le terme « refus de soins » désigne le comportement par lequel le professionnel de santé refuse d'offrir au bénéficiaire de la CMU-C ou de l'ACS, les prestations de santé dans des conditions de délai et de qualité identiques à celles proposées à tout autre assuré et dans le respect des principes de dispense d'avance de frais et d'opposabilité des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale.

Afin de mieux appréhender les raisons des refus de soins, le Fonds CMU-C et le Défenseur des droits ont lancé à l'automne 2014, un appel à projet de recherche visant à recueillir le point de vue des professionnels de santé concernant la prise en charge de patients vivant dans des conditions de vie précaires, notamment ceux qui sont au-dessous du seuil de pauvreté, c'est-à-dire éligibles à la CMU-C ou à l'ACS.

Cette recherche est portée par l'Université Paris 13 et le laboratoire LEPS « Éducatifs et pratiques en santé ». Elle a été réalisée par Caroline Desprès, docteur en médecine, en anthropologie et ethnologie, qui a mené de nombreuses recherches relatives à la pratique des refus de soins et à l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Elle a notamment étudié la pratique des refus de soins au travers de trois études par testing en 2006, 2009 et 2012²⁵.

Au-delà de leur point de vue sur les différentes questions posées par la précarité économique et sociale des patients, l'enquête a eu pour objectif d'obtenir des professionnels de santé un état de leurs pratiques à l'égard des patients précaires et les logiques de ces conduites, qui ne sont pas nécessairement formulées et conscientes.

Cette étude permet de mieux comprendre les logiques psychosociales du refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C (et d'éventuelles autres catégories de patients).

L'approche de cette recherche est socio-anthropologique, elle tend à déterminer dans quelle mesure les personnes en situation de précarité font l'objet d'un traitement différencié et dans quelle mesure cela relève d'une discrimination.

3.2.1. La méthodologie

Cette nouvelle recherche s'appuie sur la réalisation d'entretiens semi-directifs menés entre mars et juin 2016 auprès de praticiens (10 dentistes, 18 médecins généralistes, 20 médecins spécialistes). La recherche a été centrée sur la médecine de ville et quelques médecins du secteur public.

La sélection des professionnels de santé s'est déroulée selon une méthode « boule de neige » : en mobilisant un réseau de professionnels de santé, chacun d'entre eux proposant un ou plusieurs noms de confrères.

Une dizaine d'entretiens issus de recherches antérieures, réalisés entre 2009 et 2011, ont également été mobilisés (trois des praticiens ont été revus afin de savoir si leurs pratiques avaient changé, deux d'entre eux, des dentistes, pratiquaient des refus de soins).

Cette approche qualitative présente des limites inhérentes à ce type de recherche. La recherche ne permet pas de mesurer la fréquence des refus de soins, compte tenu du nombre restreint des praticiens interrogés. La seconde limite est celle liée à toute étude portant sur la discrimination, qui est difficile à appréhender lors des recherches.

²⁵ *Les refus de soins en milieu rural – 2012 / Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire à Paris – 2009 / Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle. Une étude par testing dans six villes du Val-de-Marne – 2006*

3.2.2. Les raisons des comportements discriminatoires

3.2.2.1. Les représentations de la précarité (et des bénéficiaires de la CMU-C) : une certaine méconnaissance de la situation de précarité par les professionnels

Le rapport met en lumière la façon dont les stéréotypes et les préjugés qui entouraient les situations de précarité sont désormais dirigés vers les bénéficiaires de la CMU-C, stigmatisés par le bénéfice de cette protection.

Les représentations qui ressortent des entretiens sont celles déjà évoquées lors des précédentes études : patients moins rigoureux, rendez-vous non honorés, demande de soins abusive, fraude.

Ce discours dominant cohabite avec d'autres représentations de la précarité et des bénéficiaires de la CMU-C qui étaient moins connues jusqu'à présent : les professionnels de santé sont de mieux en mieux informés sur les problématiques liées à la situation de précarité de ces patients : renoncements aux soins, retards dans la réalisation des soins, difficultés des conditions de vie en lien avec des « pertes de repères » et une priorisation des besoins (la santé apparaissant comme non prioritaire).

D'après les entretiens menés, deux tendances ressortent donc, certains professionnels font preuve d'une moindre tolérance vis-à-vis de ces patients estimant que la difficulté liée à la prise en charge d'un patient précaire n'est pas compensée (tiers-payant obligatoire, opposabilité des tarifs), d'autres au contraire, sont plus tolérants, compte tenu des situations complexes dans lesquelles se trouvent ces patients.

3.2.2.2. La cristallisation d'une opposition entre profession médicale et assurance maladie / pouvoirs publics

Des professionnels de santé déclarent devoir faire face à des injonctions contradictoires : nécessité de réduction des coûts et de l'activité d'une part ; sollicitations des patients d'autre part.

Certains évoquent une inadéquation du parcours de soins requis par l'assurance maladie avec la patientèle en situation de précarité. L'exemple régulièrement avancé est celui de la prise en charge de l'urgence dentaire. Faute d'une cotation spécifique pour les consultations d'urgence, visant à soulager la douleur dans un premier temps, le praticien tarifie une consultation « plan de soins ». Mais cette dernière n'est pas toujours suivie d'un traitement, si la personne ne revient pas par la suite. Or les patients bénéficiaires de la CMU-C auraient plus tendance que les autres à interrompre le traitement. Pour éviter des poursuites administratives, liées à une consultation « plan de soins » non suivie d'un traitement, certains praticiens ont parfois préféré pratiquer un acte gratuit.

Pour certains praticiens, le refus de tiers-payant marque le refus d'un lien de dépendance avec l'assurance maladie.

3.2.2.3. La lourdeur administrative

Elle apparaît comme étant le pendant de l'opposition entre les professionnels de santé et l'assurance maladie. Les difficultés de recouvrement des consultations sont évoquées comme étant des démarches chronophages et coûteuses pour les professionnels de santé. Selon Caroline Desprès, cette question administrative autour de la notion de tiers-payant aurait une signification plus large car elle constituerait un lien symbolique entre praticien et caisses d'assurance maladie.

3.2.2.4. Des logiques économiques différenciées en fonction des professionnels

Les facteurs économiques sont les principaux facteurs énoncés lorsqu’on évoque les raisons des refus de soins.

Le refus de la patientèle bénéficiaire de la CMU-C se retrouve peu chez les médecins généralistes de secteur 1 pour lesquels recevoir ces patients est sans impact financier. En revanche, ils sont plus fréquents chez les médecins exerçant en secteur 2 ou chez les dentistes pour les soins de prothèses dentaires. Pour ces praticiens, qui sont soumis au respect des tarifs opposables le « manque à gagner » est réel. Les médecins interrogés invoquent la mise en danger de l’équilibre financier de leur cabinet. Les dentistes évoquent quasiment tous qu’ils travaillent à perte lorsqu’ils réalisent des prothèses dentaires pour les bénéficiaires de la CMU-C et au mieux qu’ils ne font aucun bénéfice²⁶. Or, le niveau des honoraires des chirurgiens-dentistes dépend essentiellement des prothèses dentaires (2/3 de leurs revenus). Ainsi un trop grand nombre de « prothèses CMU-C » au tarif plafonné pourrait générer des difficultés de rentabilité. Cette situation expliquerait un refus de soins plus fréquent pour les soins prothétiques que pour les soins conservateurs, même si les chirurgiens-dentistes dénoncent également la faiblesse de la prise en charge de ces derniers.

Les facteurs financiers n’ont pas le même poids selon que le praticien sera amené à revoir souvent un patient et non occasionnellement comme dans certaines spécialités (par exemple, un suivi psychiatrique régulier). Alors qu’une consultation unique est plus facilement acceptée, négociée avec le praticien spécialiste. L’impact sur les revenus n’est pas le même pour tous, non plus selon le nombre de bénéficiaires de la CMU-C dans la patientèle.

3.2.3. Les modes de différenciation

3.2.3.1. Les difficultés liées aux représentations de ce qu’est un refus de soins : l’absence d’une définition partagée

Pour une partie des praticiens, le refus de soins est le refus stricto sensu de recevoir un patient dans le cadre d’une urgence. Ainsi, le refus de recevoir hors cas d’urgence, le refus d’appliquer le tiers-payant et l’opposabilité des tarifs ne sont pas perçus comme des refus de soins répréhensibles par la loi.

3.2.3.2. Les modes d’éviction des patients en situation de précarité

Plusieurs formes de discrimination ont été relevées lors de l’étude.

Certaines pratiques de sélection des patients sont conscientes, assumées, d’autres sont indirectes :

- éviction de la consultation : refus direct de recevoir, délais de rendez-vous allongés, temps de consultation réduits, conditions d’accueil différentes ;
- discrimination indirecte par les modes d’organisation du cabinet (modalités de prise de rendez-vous, modes de paiement, tarifs pratiqués).

3.2.3.3. La différenciation lors de la prise en charge

Les analyses des entretiens évoquent les mécanismes de différenciation appliqués par les professionnels de santé.

Certains professionnels ne recueillent aucun élément sur la situation économique du patient. Si cela les « préserve » d’une discrimination directe, cela n’agit pas en direction d’une réduction des inégalités de santé car les éléments susceptibles de faire obstacle à une bonne réalisation des soins ne sont pas pris en compte : coût du traitement, bonne compréhension etc.

²⁶ Sur ce point, il semble que la situation est cependant différente en fonction des actes du panier de soins prothétiques CMU-C concernés (cf. partie 3.3.2)

Au contraire, il apparaît que, chez d'autres professionnels, les prises en charge peuvent être différentes en fonction du statut social du patient :

- ajustement des tarifs ;
- accompagnement dans le parcours de soins ;
- adaptation du discours ;
- adaptation de la prise en charge.

S'agissant de l'adaptation de la prise en charge, Caroline Desprès soulève les conséquences qui peuvent en résulter, notamment un abaissement des normes de prises en charge.

Selon Caroline Desprès, ce comportement a plusieurs causes :

- le professionnel de santé anticipe un refus du patient, en lien avec les représentations de la santé et de la maladie ;
- certains soins ne sont pas proposés, considérés comme inadaptés (ressources intellectuelles, linguistiques, par exemple mais aussi conditions de vie) ;
- l'inadaptation du cadre de la consultation (demande en urgence ou dans l'immédiateté) ;
- la peur de stigmatiser le patient qui amène à éviter d'aborder certains sujets (problème d'obésité par exemple).

Cette étude est novatrice en ce sens qu'elle s'appuie sur de longs entretiens avec les professionnels et permet une approche sociologique des pratiques discriminatoires qui restent difficilement appréhendables. Elle permet de mieux comprendre le mécanisme de catégorisation des patients. Elle donnera lieu à des développements ultérieurs en sciences de l'éducation, notamment sur les moyens à mettre en œuvre pour lutter contre les discriminations.

L'étude confirme les constats précédents selon lesquels la pratique du refus de soins est « facilitée » du fait d'un contour incertain de sa définition. Elle confirme également la nécessité de poursuivre l'information et la sensibilisation des professionnels de santé.

3.3. L'ACCÈS AUX DISPOSITIFS DES ENFANTS PROTÉGÉS PAR L'AIDE SOCIALE

En application de l'article L.160-2 du Code de la sécurité sociale : « Les enfants mineurs pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance peuvent, sur demande des personnes ou des établissements qui en assurent l'accueil ou la garde, être identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré social. Ces personnes ou établissements bénéficient, pour le compte de l'assuré, de la prise en charge des frais de santé de ce dernier en cas de maladie ou de maternité. »

S'agissant de la couverture complémentaire, les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance (ASE), ou à la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) ont un accès de plein droit, à titre personnel, à la CMU-C. C'est le président du Conseil départemental, lorsque l'enfant est confié au service de l'ASE ou le directeur de l'établissement gardien de l'enfant lorsque ce dernier est confié à la PJJ, qui effectue la demande pour le compte de l'enfant.

En 2013, le Fonds CMU-C et le Défenseur des Droits ont lancé un appel à projet de recherche relatif à l'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance. L'objectif de la recherche était notamment de mieux appréhender les circuits permettant l'affiliation à l'assurance maladie de base et à la CMU-C des enfants confiés aux services de l'ASE et de la PJJ.

L’étude a démontré qu’il n’existait pas de difficultés majeures liées à l’affiliation à l’assurance maladie et à la CMU-C des enfants placés. Les principales difficultés apparaissent à la fin du placement ou lors du passage à la majorité. Les CPAM évoquent un défaut de communication avec les institutions gardiennes qui leur permettrait de connaître le devenir de l’enfant et pouvoir disposer des coordonnées du mineur. Certains départements ont formalisé un partenariat par le biais d’une convention ; dans d’autres territoires le partenariat relève plutôt d’une coopération informelle²⁷.

²⁷ « L’accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l’enfance : accès aux soins et sens du soin » – Mars 2016 – Recherche réalisée par Séverine Euillet, Juliette Halifax, Pierre Moisset et Nadège Séverac (www.cmu.fr/etudes-du-fonds.php)

IV. La mission de financement des dispositifs

1. Le financement de la CMU-C et de l'ACS

1.1. LES RESSOURCES ET CHARGES DU FONDS CMU-C

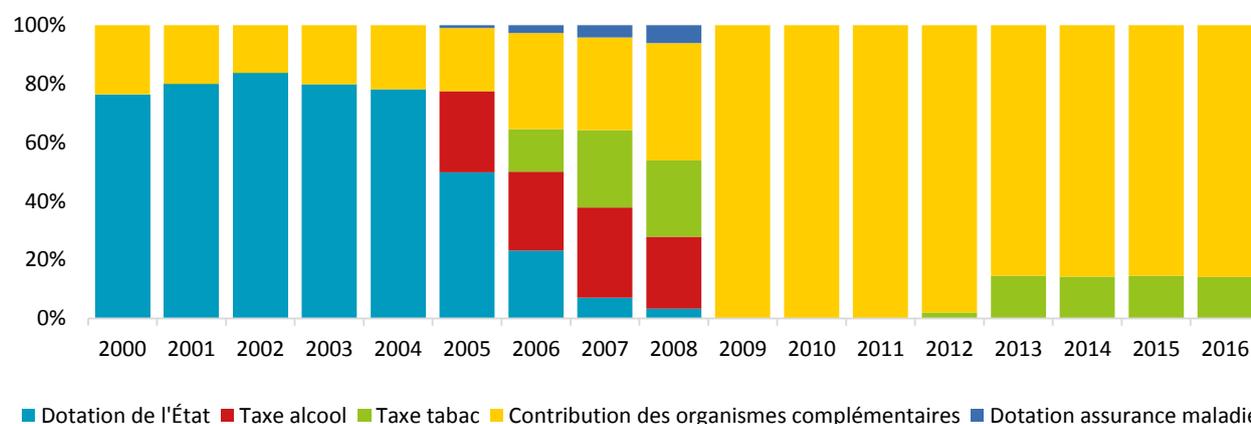
1.1.1. La taxe de solidarité additionnelle, principale ressource

En 2016, la principale recette qui finance les dispositifs de la CMU-C et de l'ACS est la taxe de solidarité additionnelle versée par les organismes complémentaires, assise sur les cotisations des contrats de santé. Cette taxe, dont le taux est variable selon le type de contrat (de 6,27 % à 20,27 %) est attribuée en 2016 pour une part de 6,27 % au Fonds CMU-C²⁸. Elle représente 86 % des recettes du Fonds (2,167 Md€ en 2016).

En complément, le Fonds CMU-C a perçu 354 M€ de droits de consommation sur les tabacs au titre de l'exercice 2016, correspondant à la fraction de 3,15 % qui lui est attribuée. À compter de 2017, les recettes affectées au Fonds sont modifiées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, avec la suppression de l'attribution de droits tabac et l'accroissement de la part de TSA affectée au Fonds CMU-C qui deviendra l'unique source de financement des dispositifs.

En 2016, les recettes du Fonds CMU-C ont atteint un total de 2,52 Md€²⁹, en progression de 0,9 % par rapport à 2015, dont +1,3 % pour les recettes de TSA et -1,8 % pour les droits tabac.

Figure 22 – Évolution de la structure des recettes du Fonds CMU-C depuis sa création



Source : Fonds CMU-C

1.1.2. Les dépenses

Les dépenses du Fonds CMU-C sont majoritairement composées de la prise en charge des dépenses de santé au titre de la CMU-C³⁰ engagées par les organismes gestionnaires du dispositif (régimes d'assurance maladie de base ou organismes complémentaires). Ces dépenses représentent 88 % du total des charges techniques du Fonds CMU-C ; les 12 % restants correspondent au coût des déductions de TSA accordées aux organismes complémentaires qui proposent des contrats ACS.

²⁸ Hors contrats assurant le versement de garanties IJ et contrats couvrant les personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime d'assurance maladie français obligatoire.

²⁹ Hors reprises sur provisions, évaluées à 20 M€.

³⁰ Correspondant à la seule part complémentaire des dépenses d'assurance maladie des bénéficiaires de la CMU-C.

En 2016, les dépenses du Fonds CMU-C se sont établies à 2,53 Md€, dont 2,22 Md€ au titre de la CMU-C et 313 M€ au titre de l’ACS.

Depuis le 1^{er} janvier 2013, les dépenses de CMU-C sont financées à leur coût réel (article 22 de la loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012). Le Fonds CMU-C rembourse les dépenses de CMU-C prises en charge par les organismes qui en ont la gestion sur la base des dépenses réellement engagées, dans la limite d’un montant forfaitaire annuel par bénéficiaire.

Le forfait est déterminé chaque année par arrêté et revalorisé en fonction de l’inflation. Il a été fixé à 412 € pour l’année 2016 (408 € en 2015). Avant 2013, le remboursement s’effectuait sur une seule base forfaitaire sans prise en compte des dépenses réelles ; les organismes gestionnaires prenaient en charge un éventuel surcoût ou bénéficiaient d’un gain lorsque leurs dépenses étaient inférieures au forfait.

L’article 22 de la LFSS pour 2013 a par ailleurs prévu, compte tenu du niveau important des dépenses de CMU-C de la branche maladie du régime général, un remboursement complémentaire au-delà du plafond de remboursement forfaitaire. La totalité des dépenses engagées par la CNAMTS au titre de la CMU-C est ainsi remboursée. Cependant, ce versement complémentaire est effectué dans la limite du fonds de roulement disponible. Lorsque le montant est supérieur au résultat annuel du Fonds CMU-C, les capitaux propres sont mobilisés mais ce versement ne peut avoir pour effet de rendre négatif le résultat cumulé du Fonds CMU-C. Dans ce cas, le versement à la CNAMTS est écarté à due concurrence.

1.2. LE CIRCUIT DE FINANCEMENT DES DISPOSITIFS

Le circuit et les modalités de financement varient en fonction du dispositif (CMU-C ou ACS) et de l’organisme qui gère la dépense (régime d’assurance maladie ou organisme privé de complémentaire santé). Le circuit de financement des dispositifs (perception des recettes et prise en charge des dépenses) est régi selon un calendrier et des règles établies par des conventions financières, conformément aux dispositions du Code de la sécurité sociale.

Le produit de la TSA est versé chaque trimestre par l’ACOSS au Fonds CMU-C. Les droits tabac sont versés chaque mois directement par l’ACOSS à la CNAMTS, ces versements constituant des acomptes sur les remboursements par le Fonds CMU-C des dépenses de CMU-C à la CNAMTS.

Concernant les dépenses, lorsque la CMU-C est gérée par un régime d’assurance maladie, le Fonds CMU-C rembourse directement les dépenses au régime. Celles engagées par un organisme privé (mutuelle, institution de prévoyance, société d’assurance) au titre de la CMU-C et de l’ACS donnent, quant à elles, droit à des crédits d’impôt sur les montants de taxe de solidarité additionnelle dus.

1.2.1. Le circuit des recettes

Les modalités de versement des recettes de TSA au Fonds CMU-C ont été définies par une convention financière entre le Fonds CMU-C et l’ACOSS en date du 12 décembre 2012. À chaque fin d’exercice N, un échéancier prévisionnel des versements trimestriels est établi par le Fonds CMU-C pour l’année N+1 ; il donne lieu à un avenant à la convention financière soumis au conseil d’administration du Fonds. Le Fonds CMU-C perçoit le montant de ces acomptes chaque trimestre (le 15 février, le 15 mai, le 15 août, le 15 novembre), ajustés par l’ACOSS en fonction des encaissements réels de TSA observés.

Les flux financiers relatifs à la recette de droits tabac ont été définis par une convention signée entre l’ACOSS, la CNAMTS et le Fonds CMU-C en date du 14 novembre 2013. La fraction de 3,15 % des droits tabac affectée au Fonds CMU-C n’est pas perçue par le Fonds : elle fait l’objet d’un flux financier direct de l’ACOSS vers la CNAMTS tous les mois. Les encaissements de droits tabacs sont notifiés par l’ACOSS au Fonds CMU-C, qui déduit ces sommes de ses remboursements à la CNAMTS au titre des dépenses de prestations CMU-C.

En 2017, les flux financiers entre l’ACOSS et ses partenaires seront modifiés : le Fonds CMU-C ne sera plus attributaire de droits tabac (article 34 de la loi de financement pour la sécurité sociale de 2017).

Enfin, en application des dispositions de l’article D. 225-2 du Code de la sécurité sociale, l’arrêté du 20 décembre 2016 dispose que le Fonds CMU-C devra ouvrir un compte de suivi des opérations financières au sein de la comptabilité de l’ACOSS et ce, au plus tard le 30 juin 2017. Ce compte devrait permettre de simplifier et d’optimiser les flux de trésorerie entre le Fonds CMU-C et ses partenaires. Les modalités de fonctionnement, le périmètre des flux concernés et la date de mise en œuvre seront définis par convention bilatérale entre le Fonds et l’ACOSS.

1.2.2. Les modalités de prise en charge par le Fonds des dépenses

Lorsque les dépenses de CMU-C sont engagées par les régimes de base d’assurance maladie, la prise en charge par le Fonds de ces dépenses s’effectue au moyen du versement d’acomptes.

Pour les trois plus grands régimes (régime général, RSI, CCMSA), ces acomptes sont versés trimestriellement. Le montant de l’acompte est calculé sur la base des effectifs estimés transmis par ces régimes et des 9/10^{ème} du quart du forfait annuel de 412 € (soit 92,70 € par bénéficiaire en 2016). Il fait ensuite l’objet de régularisations, afin de tenir compte des effectifs définitifs (facturation encore provisoire au 31 janvier de l’année suivante et définitive au 30 juin).

Pour les autres régimes de base (régime des mines, régime des marins, SNCF, RATP, CRPCEN, etc.), l’acompte est versé annuellement et fait également l’objet de deux régularisations l’année suivante.

En ce qui concerne les organismes complémentaires, la prise en charge des prestations au titre de la CMU-C ne donne concrètement pas lieu à un versement par le Fonds CMU-C, les charges correspondantes sont déduites par les organismes complémentaires des montants dus au titre de la TSA chaque trimestre. La « déduction » au titre de la CMU-C est calculée comme pour les régimes sur la base des 9/10^{ème} du quart du forfait annuel.

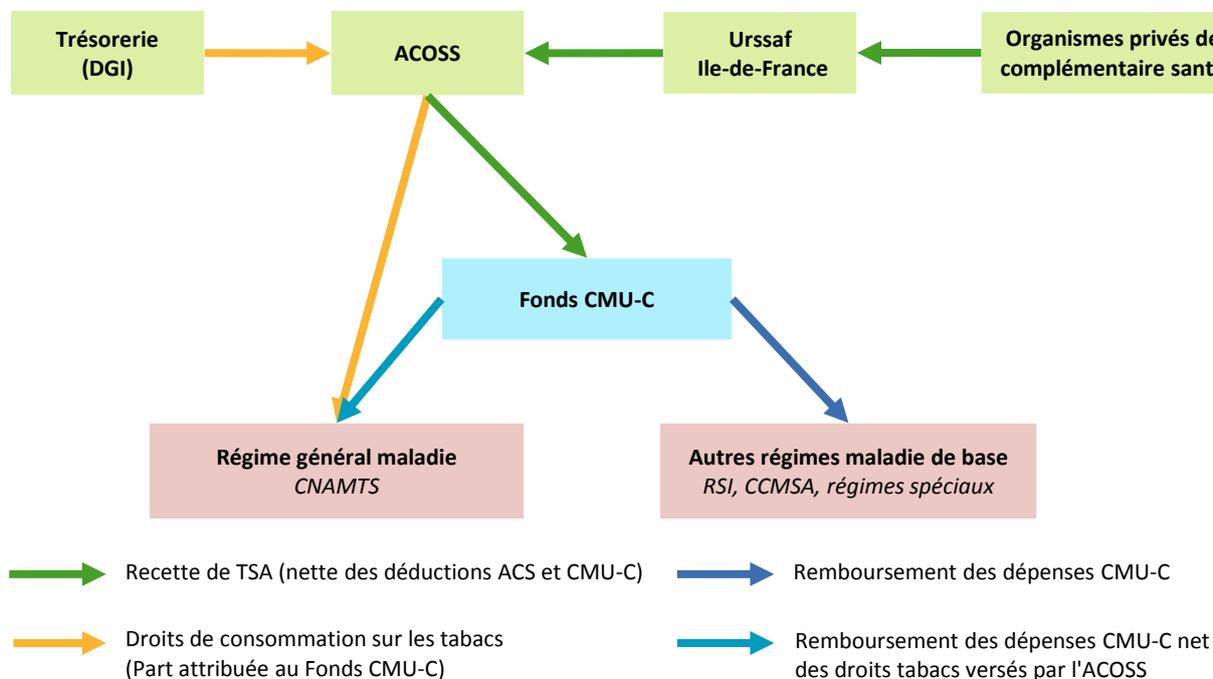
Pour l’ACS, l’organisme complémentaire qui propose un contrat de complémentaire santé à un bénéficiaire de l’ACS déduit le montant de l’aide de la TSA due.

Dans les cas où le montant des déductions est supérieur au montant de la TSA, les mutuelles, institutions de prévoyance et société d’assurance concernées sont remboursées. Jusqu’en 2015, le Fonds effectuait ces remboursements. À compter de 2016, ces remboursements sont effectués par l’URSSAF d’Île-de-France.

En effet, l’article 22 de la loi n°2014-1554 de financement de la sécurité sociale a simplifié les modalités de déclarations de TSA à compter de l’échéance déclarative du premier trimestre 2016. Les organismes complémentaires ne sont plus tenus d’effectuer une double déclaration papier auprès de l’URSSAF d’Île-de-France et du Fonds CMU-C. Ils effectuent leur déclaration en ligne sur un portail dématérialisé.

À compter de cette échéance, l’intégralité des opérations de déclaration, de recouvrement et de remboursement sont désormais effectuées par l’URSSAF d’Île-de-France, qui devient l’interlocuteur unique des OC pour ces opérations. Toutefois, le Fonds CMU-C intervient toujours dans le cadre des contrôles liés à sa mission, en particulier pour les contrôles des organismes en situation créditrice, en appui à l’URSSAF d’Île-de-France(cf. partie 3).

Figure 23 – Schéma des flux financiers du Fonds CMU-C en 2016



1.3. LES COMPTES DE 2016

En 2016, après versement complémentaire à la CNAMTS au titre des dépenses de CMU-C (21 M€), le résultat annuel du Fonds CMU-C s'établit à + 28,4 M€. Le résultat cumulé atteint quant à lui 285 M€.

Les produits du Fonds s'élèvent au total à 2 558 M€ (dont recettes annexes et reprises sur provisions), soit une évolution de + 2,4 % par rapport à l'exercice 2015. Le produit de la TSA atteint 2 205 M€ (dont 20 M€ de reprises sur provisions), montant en hausse de 3,1 % par rapport à l'exercice 2015. Le produit de la taxe sur les tabacs est de 354 M€ en 2016, en recul de 1,8 %.

La dépense totale CMU-C atteint 2 214 M€, soit une évolution de + 2,4 %. Cette somme se décompose en 1 960 M€ de versements aux régimes de base, 21 M€ de versement complémentaire à la CNAMTS pour prendre en charge son niveau plus important de dépenses et 233 M€³¹ de déductions CMU-C accordées aux organismes complémentaires.

Sur la base d'un montant moyen annuel de 313 € par bénéficiaire, les déductions ACS atteignent 313 M€, soit une évolution deux fois plus dynamique qu'en 2015 : +9,1 % après + 4,4 % en 2015.

Au total, les dépenses au profit des organismes complémentaires s'élèvent donc à 546 M€ (233 M€ de déductions CMU-C et 313 M€ de déductions ACS).

³¹ Ce chiffre est inférieur à la dépense totale au titre de la CMU-C de 237 M€ (cf. figure 13) : il correspond à la seule partie financée par le Fonds CMU-C en deçà du plafond forfaitaire de 412 €.

Tableau 47 – Récapitulatif des comptes du Fonds CMU-C depuis 2005

	en millions d'euros											
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Produits												
Dotation de l'État	695	346	109	47	0	0	0	0	-	-	-	-
Taxe alcool	386	404	480	349	0	0	0	0	0	0	0	0
Taxe tabac		217	411	372	0	0	0	42	352	354	360	354
Contribution ACS	13	40	65	87	0	0	0	0	0	0	0	0
Contribution des organismes	302	492	494	569	1 791	1 856	1 930	2 031	2 066	2 130	2 119	2 185
Reprises sur provisions	22	25	35	28	79	93	10	11	16	9	20	20
Total Produits	1 418	1 524	1 595	1 452	1 870	1 949	1 940	2 084	2 434	2 493	2 499	2 558
Charges												
Paiement aux régimes de base	1 270	1 438	1 442	1 263	1 429	1 444	1 369	1 403	1 581	1 895	1 925	1 981
Organismes complémentaires	78	81	88	80	323	464	431	458	498	553	521	546
Annulation Produits												
Dotation aux provisions	25	35	28	79	98	12	11	17	17	19	6	2
Gestion administrative	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Total charges	1 374	1 555	1 559	1 423	1 851	1 921	1 814	1 879	2 097	2 468	2 453	2 530
Résultat de l'année (1)	44	-31	36	29	19	28	126	205	0	25	46	28
Résultat cumulé	48	17	53	83	101	129	153	205	205	210	257	285

(1) À compter de 2013, les excédents dégagés en N sont reversés à la CNAMTS, dans la limite des dépenses CMU-C réellement engagées, et sont comptabilisés en charge au titre de l'exercice N

(2) Un changement dans la méthode d'estimation des provisions par l'ACOSS a conduit le Fonds CMU-C à diminuer son report à nouveau 2014 de 20 M€ en 2015

Source : Fonds CMU-C

Encadré 3 – La réforme sur la gestion budgétaire et comptable publique (GBCP)

La réforme GBCP porte sur une révision en profondeur du cadre général qui structure la gestion budgétaire et comptable de l'État et de ses opérateurs. Elle repose sur le décret 2012-246 du 7 novembre 2012 relatif à la Gestion Budgétaire et Comptable Publique. C'est au 1^{er} janvier 2016 que s'appliquent les dispositions ayant le plus lourd impact sur le cadre budgétaire et comptable des établissements.

La GBCP entraîne un bouleversement de l'organisation interne des finances des établissements publics.

Depuis la fin de l'exercice 2014, le Fonds CMU-C a mis tout en œuvre pour être prêt au 1^{er} janvier 2016, ce qui l'a mené à changer d'éditeur pour le système d'information utilisé pour le budget et la comptabilité.

Une première version du logiciel a été livrée à la fin de l'année 2015. Des évolutions sont en cours pour permettre de répondre aux demandes du Fonds CMU-C.

Les nouveaux états GBCP ont été présentés une première fois au conseil d'administration du 30 novembre 2015 dans le cadre de l'approbation du budget initial pour 2016. L'ensemble du budget et des comptes a été présenté en mode GBCP complet lors de l'approbation du budget initial 2017 lors du CA du 25 novembre 2016.

1.4. LES PERSPECTIVES FINANCIÈRES

1.4.1. Les exercices de projection

Depuis sa création, à l'exception de trois exercices (2001, 2003 et 2006), le Fonds CMU-C a dégagé des résultats excédentaires, grâce notamment au dynamisme de la principale ressource qui lui est affectée : la contribution des organismes complémentaires, transformée en 2011 en une taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie (TSA), versée par ces mêmes organismes et à la charge des assurés.

Le Fonds CMU-C réalise chaque trimestre un exercice technique de prévision pluriannuelle à un horizon de cinq ans. Cet exercice s'inscrit dans le cadre des grandes échéances du pilotage des comptes de la sécurité sociale que sont les commissions des comptes de la sécurité sociale de juin et septembre et le projet de loi de financement de la sécurité sociale. L'exercice est également réalisé en vue de l'établissement du budget initial N+1 du Fonds CMU-C en novembre de chaque année N. Ainsi, quatre exercices de prévisions sont réalisés chaque année, en janvier, mai, septembre et novembre de chaque année.

Les prévisions intègrent les dernières données disponibles relatives à l'évolution de l'assiette de la TSA, aux effectifs et au coût moyen de la CMU-C et de l'ACS. Elles tiennent compte de l'incidence des mesures nouvelles inscrites dans les lois de financement de la sécurité sociale et les lois de finances antérieures et qui impactent le budget du Fonds CMU-C. Elles sont réalisées à législation constante.

En 2016, ces exercices ont permis de mettre en évidence la fragilité de l'équilibre financier du Fonds, déjà pointée en 2015 par la Cour des comptes dans son rapport sur le Fonds CMU-C. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a ainsi prévu un apport supplémentaire de recettes pour le Fonds CMU-C de 140 M€ (*cf. infra*).

Selon les prévisions les plus récentes, cette mesure permettrait d'assurer l'équilibre financier jusqu'à l'horizon 2019-2020, à législation inchangée et sans tenir compte du coût à venir des mesures prévues dans les conventions avec les professionnels de santé (convention des médecins, des chirurgiens-dentistes, etc.).

1.4.2. Perspectives 2017 : incidence de la LFSS

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 procède à une rationalisation de l'affectation d'un certain nombre de recettes entre branches du régime général de la sécurité sociale, qui contribuent au financement de la sécurité sociale. Dans ce cadre, la taxe de solidarité additionnelle sur les contrats d'assurance maladie complémentaire, auparavant partagée entre la branche maladie du régime général, la branche famille et le Fonds CMU-C est réorientée vers la CNAMTS et le Fonds CMU-C, en cohérence avec l'assiette de cette contribution. Cette rationalisation s'accompagne de la suppression de l'affectation de droits tabac au Fonds CMU-C (dont le rendement est réaffecté à la CNAMTS). En net, ces deux mesures se traduiront par un gain de recettes pour le Fonds CMU-C estimé à environ 140 M€ en 2017.

En pratique, le montant de la taxe de solidarité additionnelle sur les contrats complémentaires que le Fonds reçoit sera majoré : au-delà de la part correspondant au taux de 6,27 % déjà perçue par le Fonds CMU-C, une fraction du solde (20,18 %) sera attribuée au Fonds, afin à la fois de compenser la perte des droits de consommation tabac et d'assurer l'équilibre financier du Fonds en 2017³².

³² Article 34 de la LFSS pour 2017 : « IV. - Le produit de la taxe perçue au titre des contrats mentionnés au II et au 2° du II bis, pour une part correspondant à un taux de 6,27 % ainsi qu'au 1° du même II bis, est affecté au Fonds mentionné à l'article L. 862-1. Le solde du produit de la taxe est affecté à ce même fonds pour une fraction fixée à 20,18% et à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 pour une fraction fixée à 79,82%.

Dans ce cadre, l'assiette de la taxe attribuée au Fonds CMU-C est élargie à trois types de contrats :

- les contrats dits « au 1^{er} euro », qui couvrent les frais de santé des personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français (contrats au 1^{er} euro, travailleurs frontaliers affiliés à un régime de base à l'étranger) ;
- les contrats qui proposent des garanties de versement d'indemnités journalières en complément des indemnités versées par la sécurité sociale (contrats responsables et non responsables).

Tableau 48 – Part de la taxe de solidarité additionnelle affectée au Fonds CMU-C avant et après mesures de la LFSS pour 2017

Contrats	Taux de la nouvelle TSA	Part affectée au Fonds (1)	Part restante (2)	Part supplémentaire affectée au Fonds CMU (20,18%*(2)) (3)	Part totale affectée au Fonds après mesure (1) +(3)
Contrats classiques responsables	13,27%	6,27%	7%	1,41%	7,68%
Contrats classiques non responsables	20,27%	6,27%	14%	2,83%	9,10%
Contrats 1° art.998 CGI	6,27%	6,27%	0%	0,00%	6,27%
Contrats agriculteurs responsables	6,27%	6,27%	0%	0,00%	6,27%
Contrats agriculteurs non responsables	20,27%	6,27%	14%	2,83%	9,10%
Contrats au 1er euro	14,00%	0,00%	14%	2,83%	2,83%
Contrats IJ responsables*	7,00%	0,00%	7%	1,41%	1,41%
Contrats IJ non responsables*	14,00%	0,00%	14%	2,83%	2,83%

* les contrats IJ rattachés à des "contrats 1° art. 998 CGI" ou à des "contrats agriculteurs" sont exonérés de TSA – Source : organismes complémentaires

Outre qu'elle constitue un apport de recettes, cette mesure rationalise les missions du Fonds : elle permet d'harmoniser pour partie le périmètre des recettes qui financent le Fonds avec celui du contrôle.

Comme on l'a vu précédemment, la fusion de la TSA et de la TSCA au 1^{er} janvier 2016 s'est traduite par un élargissement du champ de contrôle du Fonds CMU-C correspondant à un rendement de 2,55 Md€ pour l'année 2016, alors même que ces montants financent des organismes tiers. Au global, cette extension conduit à plus que doubler l'enjeu financier des contrôles du Fonds CMU-C. Les missions du Fonds ont notamment été élargies au contrôle de l'assiette déclarée des contrats au 1^{er} euro et des garanties de versement d'indemnités journalières qui relevait auparavant de la compétence de la DGFIP et dont le rendement est partagé entre la CNAF et la CNAMTS en 2016.

À compter de 2017, le Fonds CMU-C sera attributaire d'une fraction du rendement de la TSA de l'ensemble des contrats (IJ et contrats au 1^{er} euro compris), qui entrent d'ores et déjà tous dans le champ de ses missions de contrôle. En termes de masses financières, une partie du contrôle continuera à être effectuée pour le compte de tiers (la CNAMTS).

2. Le suivi et le contrôle des recettes

2.1. LE SUIVI ET L'ANALYSE DE L'ÉVOLUTION DE L'ASSIETTE DE LA TSA

2.1.1. L'inflexion constatée en 2015 se confirme en 2016 quant à l'évolution de l'assiette de la TSA

En 2016, l'assiette brute de la TSA déclarée par les OC s'élève à 34,9 Md€. Elle progresse de + 1,3 % par rapport à l'assiette déclarée en 2015 (34,4 Md€).

Il s'agit de la plus faible augmentation depuis 2000, date de mise en place de la CMU-C.

Après une hausse de + 3,0 % en 2014, une rupture s'est dessinée en 2015 avec une progression de + 1,5%.

Tableau 49 – Assiette de la TSA en 2015 et 2016 (en milliers d'euros)

	T1 2015	T2 2015	T3 2015	T4 2015	Total 2015
Assiette TSA	10 319 031	7 896 059	8 110 319	8 072 838	34 398 247
	T1 2016	T2 2016	T3 2016	T4 2016	Total 2016
Assiette TSA	10 010 797	8 187 787	8 297 430	8 362 858	34 858 872
Évolution 2015 _2016	-3,0%	3,7%	2,3%	3,6%	1,3%

Source : déclarations des OC auprès de l'URSSAF d'Île-de-France et du Fonds CMU-C en 2015, télédéclarations des OC auprès de l'URSSAF d'Île-de-France en 2016

L'évolution constatée au global sur l'assiette est toujours fortement concentrée sur un faible nombre d'OC, qu'il s'agisse des évolutions à la hausse ou à la baisse. Cela rend compte de la concentration du marché lui-même.

Hors fusions/absorptions, parmi les OC enregistrant les évolutions les plus importantes en montants, on citera :

- les assiettes de deux OC qui augmentent respectivement de 175 M€ et 145 M€ ;
- à l'inverse, l'assiette d'un OC qui diminue de 126 M€.

Pour rappel, une variation de 100 M€ se traduit par une évolution globale de l'assiette de 0,3 point environ.

À ce stade, l'analyse détaillée des évolutions de l'assiette en 2016 est en cours de finalisation sur la base des échanges avec les OC dans le cadre des contrôles de vraisemblance diligentés par le Fonds.

Pour expliquer les évolutions, l'ANI³³ est citée par certains OC questionnés. La situation généralement évoquée dans ce cadre est celle de résiliations de contrats individuels pour rejoindre des contrats collectifs commercialisés par un autre OC.

Toutefois, au regard des éléments dont on dispose, on ne peut parler d'un effet significatif, d'autant que si certains acteurs y perdent, d'autres y gagnent.

³³ On rappellera que la DREES avait estimé entre 400 000 et 600 000 personnes le nombre de salariés non couverts censés basculer sur un contrat collectif. Entre 4,3 millions et 5,2 millions de salariés du privé étaient également susceptibles de basculer de l'individuel vers le collectif du fait de l'ANI.

La presse spécialisée évoque couramment le fait que les portefeuilles individuels auraient mieux résisté que prévu en termes de résiliations. Si on se base sur les chiffres des déclarations, on ne peut que confirmer ce constat à travers l’absence de transfert significatif des mutuelles - dont les portefeuilles sont majoritairement constitués de contrats individuels – vers les institutions de prévoyance entre 2015 et 2016. Ainsi, la part des mutuelles n’a que très légèrement diminué sur la période (- 0,4 point), prolongeant une légère baisse régulière observée de longue date. La part des institutions de prévoyance est quant à elle restée stable.

De plus, les deux situations d’OC correspondant aux plus importantes hausses en 2016 ne découlent pas forcément d’un effet positif de l’ANI qui refléterait un accroissement du volume de contrats dû à l’adhésion de nouvelles entreprises non couvertes jusqu’alors.

La hausse de 145 M€ constatée sur une mutuelle s’explique par deux facteurs :

- une augmentation des taux de cotisations de ses adhérents ;
- le passage d’une offre unique de garanties à une offre modulaire par tranche d’âge à l’occasion duquel une partie des personnes protégées a migré vers une formule améliorée plus chère de 15 % par rapport à l’ancienne formule unique.

Dans cet exemple, clairement, l’ANI n’est pas en cause.

L’augmentation de 175 M€ constatée sur une institution de prévoyance s’explique par une hausse de l’activité sur le collectif (contrats collectifs nationaux ou de grandes entreprises) sans qu’il soit possible pour l’OC de mesurer quelle part découle de la mise en place de l’ANI.

La baisse de 126 M€ observée par une institution de prévoyance correspond à l’impact de la renégociation d’importants contrats collectifs. En ce cas, les contrats perdus par cet OC ont été gagnés par la concurrence par le simple jeu de la concurrence.

Dans les autres situations rencontrées en 2016, on peut notamment citer des OC investissant sur le courtage (assiette en hausse) ou s’en dégageant (assiette en baisse), des modifications d’apérateurs dans le cadre de la gestion de situations de coassurance, etc.

2.1.2. Un marché en constante évolution caractérisé par une forte concentration

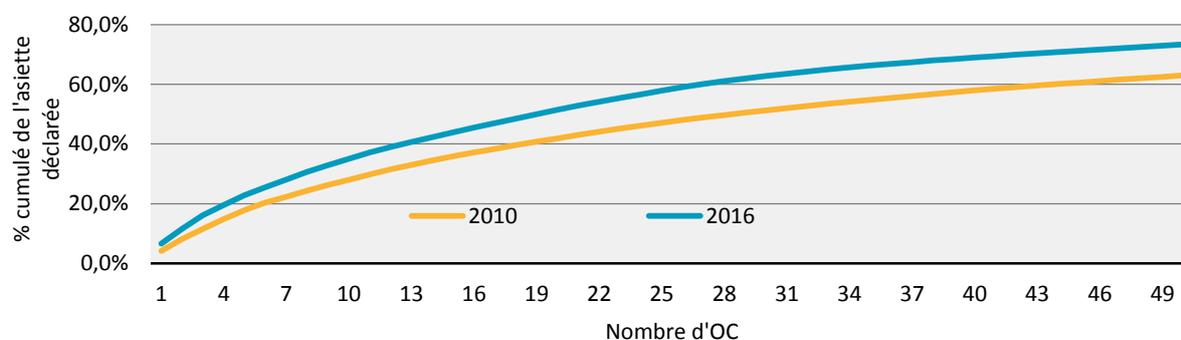
Le marché de la couverture complémentaire santé est caractérisé par une forte concentration traduite par les assiettes déclarées par les organismes complémentaires.

Sur la base des déclarations à la TSA effectuées en 2016, on constate que sur 485 OC ayant déclaré une assiette non nulle :

- les 10 premiers déclarent 35 % de l’assiette totale ;
- les 50 premiers déclarent 73 % de l’assiette totale ;
- enfin, les 100 premiers en déclarent 88 %.

Cette forte concentration oblige à une approche ciblée que ce soit en termes de contrôle ou d’observation des tendances de l’assiette. Elle augmente d’ailleurs progressivement dans le temps, au gré notamment des regroupements d’organismes dans le cadre de fusions ou absorptions.

Figure 24 – Courbe de concentration comparée de la déclaration de l'assiette de la TSA en 2016 par rapport à 2010



Source : déclarations à la TSA des OC en 2010 et en 2016

Grille de lecture de la figure : au sein des OC ayant déclaré une assiette en 2016 : 1 OC déclare 7 % de l'assiette totale déclarée par l'ensemble des OC, les 50 premiers OC en déclarent 73 %

2.1.3. L'approche par nature d'organismes montre des caractéristiques différenciées

L'appréciation des évolutions par nature d'OC s'avère délicate dans un contexte où les logiques de marché conduisent couramment à des imbrications entre organismes de nature différentes.

La caractérisation des OC selon leur nature et leur taille montre cependant des différenciations marquées.

En 2016, les institutions de prévoyance représentent 18 % de l'assiette déclarée alors qu'elles regroupent 5 % du nombre des organismes. Il s'agit, dans l'ensemble, de grandes institutions de complémentaire santé (21 des 23 institutions de prévoyance ont une assiette supérieure à 10 M€ dont 11 ont une assiette supérieure à 100 M€). Elles font partie de groupes de protection sociale intervenant sur d'autres champs de l'assurance (retraite, décès, incapacité, invalidité, etc.).

Les sociétés d'assurance, qui représentent 20 % des organismes, déclarent 30 % de l'assiette. Une différenciation plus grande existe au sein de ce type d'organismes. Sur 99 sociétés d'assurance recensées, 53 ont une assiette supérieure à 10 M€ (dont 24 à plus de 100 M€). Les autres ont en moyenne une assiette se situant autour de 2,5 M€. Il s'agit principalement de petites structures et, dans une moindre mesure, de sociétés de taille moyenne, dont l'activité santé apparaît marginale.

Quant aux mutuelles, elles regroupent 74 % des organismes et 52 % de l'assiette de la TSA déclarée. Le monde de la mutualité, malgré les mutations en cours, demeure encore très morcelé. Ce constat est renforcé par le fait que l'assiette déclarée par les mutuelles substituées, qui existent encore juridiquement, est généralement intégrée dans celle de la mutuelle substituante.

Il existe aussi quelques déclarants pour le compte d'OC étrangers intervenant en libre prestation de services (LPS). Ces derniers déclarent moins de 1 % de l'assiette totale.

Encadré 4 – Le rapport de la DREES sur la situation financière des organismes complémentaires

Le rapport 2016 présente les résultats pour 2015. Il couvre l'exhaustivité de l'assiette de la TSA déclarée auprès du Fonds CMU-C.

■ La santé est l'activité principale des mutuelles et des institutions de prévoyance mais une activité plus mineure pour les sociétés d'assurance

La santé représente 15 % de l'activité de l'ensemble des organismes d'assurance. Son poids dans l'ensemble de l'activité d'assurance a plutôt eu tendance à légèrement augmenter ces dernières années.

Elle représente 83 % des primes collectées par l'ensemble des mutuelles qui sont spécialisées sur ce risque. La santé est aussi l'activité principale des institutions de prévoyance (en moyenne 50 % des primes collectées). Elle est très minoritaire au sein des sociétés d'assurance où elle ne représente que 5 % de l'activité.

■ Les mutuelles sont plutôt positionnées sur l'individuel, les institutions de prévoyance spécialisées en collectif

L'individuel représente 56 % des primes collectées par les OC.

Les mutuelles proposent essentiellement des contrats individuels : 70 % des primes collectées (30 % pour le collectif). C'est l'inverse pour les institutions de prévoyance au sein desquelles l'individuel ne représente que 14 % des primes³⁴ (86 % pour le collectif). Les sociétés d'assurance se situent dans une position intermédiaire puisque l'individuel représente 54 % des primes (46 % pour le collectif).

■ Un résultat technique santé tiré à la baisse par la gestion des contrats collectifs

Le résultat technique en santé représente la différence entre les produits et les charges liées à l'activité santé pour une année donnée³⁵. Sur les dernières années, les contrats collectifs sont en moyenne déficitaires, alors que c'est l'inverse pour les contrats individuels. Le résultat technique santé est donc tiré à la baisse par les contrats collectifs.

Quel que soit le type d'OC, le ratio S/P (Sinistres³⁶ / Primes collectées) est supérieur au niveau des contrats collectifs. Ces contrats collectifs ont un retour sur primes plus important ce qui les rend plus avantageux pour les assurés et moins rentables pour les assureurs.

Au global, pour l'ensemble des organismes, le résultat technique santé est excédentaire en 2015 : + 121 M€ correspondant à 0,3 % des primes collectées (0,8 % en 2014, 0,7 % en 2013).

	Individuel	Collectif	Total
Mutuelles	2,0 (2,8)	-4,9 (-4,7)	0,0 (0,6)
IP	10,0 (10,1)	-4,5 (-5,2)	-2,5 (-2,9)
Assurances	5,7 (7,2)	-1,0 (-1,1)	2,7 (3,5)
Total	3,4 (4,4)	-3,5 (-3,8)	0,3 (0,8)

³⁴ Contrats destinés aux anciens salariés chômeurs ou retraités des entreprises affiliées et à leurs ayant-droit

³⁵ Les produits correspondent principalement aux primes collectées hors taxes. Les charges sont essentiellement constituées par les charges de prestations issues de l'activité d'indemnisation des assurés, dans une moindre mesure, des frais d'acquisition engagés pour attirer de nouveaux clients (frais de réseaux en particulier) et des frais d'administration liés à la gestion des contrats.

³⁶ Sinistres : sinistres payés aux assurés + frais de gestion des sinistres + autres charges de prestations

■ Une solidité financière confirmée des OC gérant le risque santé

La solidité financière d'un OC sur une année donnée peut s'apprécier à partir de son « résultat net » total, calculé sur l'ensemble de son activité (santé et autres). De ce point de vue, et lorsqu'elles exercent une activité santé, les trois familles d'OC ont dégagé en moyenne des résultats nets positifs ou nuls en 2015. Rapporté à l'ensemble des primes, ce résultat net s'élève à 4,5 % pour les sociétés d'assurance dans leur ensemble (3,7 % en 2014), à 1,2 % pour les mutuelles (1,3 % en 2014) et 0 % pour les IP (1,3 % en 2014).

La grande majorité des OC intervenant sur le champ de la couverture complémentaire santé respectent également les deux principaux ratios prudentiels qui leur sont imposés dans le cadre de solvabilité 1.

2.2. UN ENJEU FINANCIER RATTACHÉ À L'ASSIETTE QUI A PLUS QUE DOUBLÉ AVEC LA MISE EN PLACE DE LA TSA FUSIONNÉE

2.2.1. Le Fonds oriente le contrôle de l'assiette de la TSA, conduit par la branche du recouvrement du régime général

■ Un rôle qui s'inscrit dans un cadre juridique précis

L'article L.862-7 du Code de la sécurité sociale dispose que « *Le fonds est habilité à procéder à toute vérification relative à l'assiette de la taxe* ».

L'article L. 862-5 précise : « *Les orientations en matière de contrôle sont définies par le fonds, au vu notamment des vérifications opérées par celui-ci, en liaison avec les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général concernés* » (article L.862-5 du Code de la sécurité sociale).

Le contrôle des éléments déclaratifs, dont l'assiette de la TSA, est exercé par les URSSAF. Toutefois, le Fonds CMU-C intervient en amont sur la base de constats opérés lors de ses contrôles de vraisemblance menés à chaque échéance déclarative.

Son action de contrôle sur pièce permet ensuite d'orienter le contrôle sur place des URSSAF, effectués par des agents agréés et assermentés en situation de pouvoir procéder à des redressements.

■ La logique retenue

En application des procédures prévues par le contrôle interne, dès réception des déclarations, le Fonds CMU-C réalise une analyse statistique des données déclarées par les OC et interroge systématiquement les organismes en évolution anormale (négative ou positive). Au-delà, le Fonds s'attache à ce que les OC représentant les enjeux les plus importants soient régulièrement vérifiés. La très forte concentration de l'assiette est une donnée dont le contrôle doit tenir compte.

Le contrôle, s'il permet de mettre en évidence d'éventuelles erreurs ou des situations d'optimisations non autorisées par les textes, permet également de recueillir une information précieuse sur ce qui sous-tend les évolutions du marché de la complémentaire santé. C'est particulièrement le cas sur l'échéance du quatrième trimestre, qui permet d'établir un bilan de l'année écoulée. À cette occasion, les OC de taille importante sont interrogés, en dehors du constat d'évolutions anormales.

L'impact de l'ANI sur les évolutions à la baisse récemment constatées a déjà été évoqué. La question est de savoir si au-delà de situations particulières, des tendances de fond émergent du marché. Leur prise en compte est alors indispensable à la fiabilité des prévisions.

Le contrôle porte également sur la recherche de l’exhaustivité de la liste des redevables, réalisé sur la base de deux sources :

- l’exploitation des informations contenues dans les journaux officiels (JO) : créations d’OC, transferts de portefeuilles, etc. ;
- le croisement des informations avec celles détenues par l’autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACP-R).

■ Le contrôle doit tenir compte du contexte d’évolution permanente du monde de la complémentaire santé

De nombreuses disparitions d’OC sont constatées chaque année, le plus souvent suite à des fusions/absorptions. Certains OC qui disparaissent sont de taille importante et représentent de fait un enjeu financier majeur. Après avoir identifié l’ensemble des OC disparus au cours d’une année, le contrôle consiste à identifier la destination des montants concernés et si l’évolution constatée sur l’organisme « absorbant » est cohérente avec cette intégration. Cette démarche s’applique également aux transferts de portefeuilles qui sont identifiés.

2.2.2. Des actions de contrôle qui tiennent compte de l’enjeu essentiel représenté par l’assiette de la TSA

■ Une présence efficiente au regard de la taille du Fonds, encore plus marquée en 2016

En 2016, 81 OC ont été interrogés au regard de l’évolution de leur assiette, dont 43 sur la dernière échéance du quatrième trimestre. Le nombre de contrôles s’était établi à 50 en 2015, 60 en 2014, 51 en 2013 et 50 en 2012.

Ce bilan illustre le rôle central joué par le Fonds dont la présence active permet non seulement de recouvrer la TSA due, mais aussi d’assurer un rôle préventif et de soutien envers les organismes complémentaires.

En 2016, un contrôle du Fonds a permis de récupérer 570 000 euros de taxe sur la part finançant le Fonds CMU-C.

À l’issue de l’année 2015, 45 OC ont disparu et les vérifications ont consisté à identifier la destination des montants concernés avec un enjeu financier représentant un montant de 64 millions d’euros de taxe .

Ces contrôles sont également l’occasion d’identifier des sujets posant des questions d’interprétation des textes. À cet égard, la circulaire DSS/SD5D/2015/380 du 28 décembre 2015 relative à la fusion de la TSA et la TSCA au 1^{er} janvier 2016 n’apparaît pas jusqu’à présent poser de problème particulier aux OC.

La circulaire apporte notamment des précisions sur :

- le champ d’application et la territorialité de la taxe ;
- son assiette, les contrats et garanties concernés ainsi que les taux applicables ;
- les modalités déclaratives et les règles de recouvrement et de contrôle.

Elle précise également les modalités déclaratives s’agissant des contrats collectifs et des gestions déléguées. Les contrôles avaient permis de mettre en évidence la nécessité d’une clarification sur ces points précis.

■ Une exhaustivité de la liste des redevables recherchée en lien avec l’autorité de contrôle prudentiel et de résolution

Une opération de rapprochement a été conduite en 2015 et s’est achevée en 2016. L’autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) a transmis au Fonds CMU-C la liste des OC agréés en branche 2 (agrément pour pouvoir intervenir dans le domaine de la santé) ainsi qu’une information sur les organismes substitués. Le Fonds a croisé ces informations avec sa propre base. Le but du rapprochement était d’identifier les OC susceptibles d’intervenir dans le domaine de la santé et qui ne déposent pas de déclaration auprès de l’URSSAF. Un courrier a été adressé à 78 OC. Cette opération a surtout eu un rôle de sensibilisation auprès des OC ayant reçu le courrier d’information.

■ Une présence relayée par les URSSAF sur le terrain

Les URSSAF ont effectué 24 contrôles en 2015 (procès-verbaux de contrôles déposés en 2015), qui ont conduit à 2,2 M€ de redressements positifs et 0,18 M€ de redressements négatifs : 2,05 M€ ont ainsi été récupérés en faveur du Fonds. 166 jours agents ont été mobilisés pour ces contrôles.

Le plan de contrôle des URSSAF sur la TSA a deux origines :

- les contrôles réalisés à la demande du Fonds CMU-C ;
- les contrôles menés dans le cadre des contrôles classiques d’assiette des cotisations sociales puisqu’en amont du lancement de chaque contrôle, les inspecteurs sont informés si l’OC concerné entre dans le champ de la TSA. Le contrôle d’assiette de la TSA est alors systématiquement lancé en parallèle de celui du champ d’intervention habituel des inspecteurs.

La coordination entre les deux organismes est assurée dans le cadre de réunions régulières dont une réunion annuelle au cours de laquelle les bilans respectifs sont présentés et la liste des contrôles proposés par le Fonds CMU-C à la branche du recouvrement est validée conjointement par les deux établissements.

Les résultats des contrôles URSSAF conduisent à deux constats :

- une forte concentration des enjeux sur un faible nombre d’OC. Il est toutefois important de maintenir une approche aléatoire dans la définition du plan de contrôle afin de couvrir l’ensemble du champ des organismes ;
- un enjeu qui porte principalement sur l’assiette : elle a représenté 66 % des motifs des redressements positifs sur les contrôles clôturés en 2015. Cet enjeu a toujours dépassé le seuil des 90 % sur les exercices précédents, ce qui est pris en considération dans la définition du ciblage.

Pour 2017, 6 contrôles ont été demandés par le Fonds aux URSSAF mais 23 contrôles restaient à lancer ou étaient en cours au titre des demandes sur les exercices précédents.

2.2.3. Un nouveau contexte qui consolide le rôle central du Fonds CMU-C sur le champ du contrôle de l’assiette de la TSA

■ La TSA fusionnée conduit à une rationalisation des circuits

Le traitement des échéances des deux premiers trimestres de l’année 2016 s’est avéré délicat dans le contexte de mise en œuvre de la TSA fusionnée et de la télé déclaration auprès de la branche du recouvrement. Depuis le 1^{er} janvier 2016, les organismes complémentaires télédeclarent leur assiette auprès de l’URSSAF d’Île-de-France alors qu’ils effectuaient auparavant cette déclaration au format papier auprès de deux interlocuteurs : l’URSSAF et le Fonds CMU-C. Les informations sont désormais transmises par l’URSSAF et l’ACOSS au Fonds CMU-C sous forme de flux dématérialisés afin de lui permettre d’assurer ses missions de suivi et de contrôle.

Le premier transfert d’informations a eu lieu le 31 août 2016. Il concernait à la fois les données relatives au premier et au deuxième trimestres 2016.

Malgré quelques difficultés inhérentes à la mutation en cours, les progrès induits par cette évolution sont sensibles : la double saisie des mêmes informations par deux entités distinctes impliquant ensuite des rapprochements coûteux en temps a été abandonnée au profit d’une saisie unique à la source par les OC. Les calculs sont effectués automatiquement par le système limitant ainsi les risques d’erreurs. Le système est beaucoup plus lisible pour le redevable qui ne dispose plus que d’un seul interlocuteur pour sa déclaration.

■ Un enjeu financier rattaché au contrôle plus que doublé

Avant 2016, le contrôle de la TSCA relevait de la compétence de la DGFIP. Suite à la mise en place de la TSA fusionnée qui regroupe les anciennes TSA et TSCA, la compétence du Fonds sur le contrôle de l’assiette s’étend désormais au champ de l’ancienne TSCA pour la fraction portant sur les contrats de complémentaire santé.

Sur la base des données déclaratives de l’ensemble de l’année 2016, on constate une augmentation de 116 % de l’enjeu financier du contrôle. On notera que cet élargissement porte sur des montants qui ne financent pas le Fonds CMU-C mais sont affectés à la CNAMTS et à la CNAF. Il s’agit donc d’une nouvelle responsabilité dévolue au Fonds dans la mesure où le contrôle est désormais réalisé pour partie pour le compte de tiers.

Cependant, cette extension conduit en réalité à une rationalisation du contrôle : 95 % de l'assiette de la TSA fusionnée entrait déjà dans le cadre du contrôle de vraisemblance conduit par le Fonds ainsi que dans le champ du contrôle des URSSAF. L'enjeu financier augmente mécaniquement par l'application de taux de taxe plus importants sur une assiette qui faisait déjà partie de la cible du contrôle : de 6,27 % à 13,27 % dans le cas des garanties santé responsables qui à elles seules représentent 90 % du rendement total de la taxe.

Dans le cadre de l'exercice de ses nouvelles attributions de contrôle des montants qui entraient auparavant dans le champ de la TSCA, le Fonds souhaitait pouvoir disposer d'un historique des déclarations déposées auprès de la DGFIP afin d'opérer un rapprochement des données déclarées à partir de 2016 avec les données de 2015. En effet, une analyse approfondie de l'évolution de l'assiette de l'ancienne TSCA, qui permet de repérer les situations atypiques, ne peut être conduite que sur la base des informations détaillées OC par OC. Cependant, les informations déclaratives de la TSCA de l'année 2015 n'ont pas été conservées dans le système d'information de la DGFIP (MEDOC).

Le rendement 2016 sur le champ de l'ancienne TSCA s'avère cependant cohérent avec celui qui avait été enregistré en 2015.

Tableau 50 – Assiette et rendement de la TSA fusionnée en 2016 : un enjeu financier majoré du contrôle pris en charge par le Fonds et les URSSAF (en milliers d'euros)

Assiette Intitulés	Assiette Montants	"Ancienne" TSA Rendement	Taux	"Ancienne" TSCA Rendement	Taux	Total Rendement	Part dans rendement
Garanties santé responsables	32 021 044	2 007 719	6,27%	2 241 473	7%	4 249 192	89,8%
Garanties santé non responsables	1 227 052	76 936	6,27%	171 787	14%	248 723	5,3%
Contrats 998 code général des impôts	470 262	29 485	6,27%	NC	NC	29 485	0,6%
Contrats agricoles responsables	1 128 921	70 783	6,27%	NC	NC	70 783	1,5%
Contrats agricoles non responsables	11 594	727	6,27%	1 623	14%	2 350	0,0%
Contrats 1 Euro	65 583	NC	NC	9 182	14%	9 182	0,2%
Garanties indemnités journalières responsables	744 253	NC	NC	52 098	7%	52 098	1,1%
Garanties indemnités journalières non responsables	499 172	NC	NC	69 884	14%	69 884	1,5%
Total	36 167 881	2 185 651		2 546 047		4 731 698	100,0%
Dont "ancienne" TSA	34 858 872						

Nota : NC=non concerné – Source : télédéclarations à la TSA effectuées par les OC en 2016

3. Le suivi et le contrôle des dépenses

3.1. LA MÉTHODE DE CONTRÔLE DES DÉDUCTIONS DONT BÉNÉFICIENT LES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES

L'article 22 de la LFSS N° 2014-1554 du 22 décembre 2014 fusionne la TSA et la TSCA en une seule taxe et introduit la simplification de la déclaration et du recouvrement de cette taxe à compter du 1^{er} janvier 2016. Le recouvrement de cette taxe est fait par l'URSSAF île de France et la déclaration est désormais dématérialisée et faite par les organismes complémentaires sur le portail URSSAF.

Du fait de la dématérialisation de la déclaration, le Fonds CMU-C n'est plus destinataire des bordereaux déclaratifs des organismes complémentaires, mais reçoit des flux émanant de la déclaration en ligne via l'ACOSS.

À compter de l'échéance du 1^{er} trimestre 2016, le Fonds ne procède plus au remboursement des bordereaux déclaratifs négatifs. Toutefois, le Fonds CMU-C reste un interlocuteur privilégié de l'URSSAF concernant les organismes complémentaires en situation de remboursement. Le Fonds ayant les compétences pour effectuer les vérifications des données déclaratives des déductions CMU-C et ACS, l'URSSAF demande l'accord au Fonds pour le règlement de ces dossiers. Dans ce cadre, l'URSSAF fait parvenir au Fonds après chaque échéance trimestrielle par mail, la liste des organismes complémentaires pour lesquels le Fonds doit procéder au contrôle des listes de bénéficiaire de la CMU et ACS.

Quant à l'échéance du tableau récapitulatif, la méthode de contrôle reste la même que pour l'échéance trimestrielle ; cependant un seuil a été établi, l'accord du Fonds est demandé pour tous remboursements supérieurs à 50 000 €.

La méthode de contrôle du Fonds des listes de bénéficiaires de la CMU-C et ACS consiste à vérifier :

- la cohérence des dates d'entrée et de sortie par rapport à la date de référence ;
- le nombre de bénéficiaires déclarés par rapport à la liste fournie (nombre identique, absence de doublons par contrôle des noms, prénoms et dates de naissance des bénéficiaires) ;
- la cohérence du montant de la déduction ACS en fonction de l'âge du bénéficiaire.

Lorsque des anomalies sont constatées, le Fonds demande aux organismes complémentaires de les justifier ; si l'OC n'est pas en mesure de les justifier il lui est demandé de faire une déclaration rectificative auprès de l'URSSAF.

3.2. LE BILAN DU CONTRÔLE

Au cours de l'année 2016, le Fonds a procédé à environ 40 contrôles a priori sur les déclarations des trois premiers trimestres 2016.

Les contrôles dans le cadre du TR consistent à vérifier les mêmes éléments contrôlés trimestriellement, ainsi qu'une vérification de la cohérence du montant inscrit sur l'état détaillé des dépenses et le montant inscrit sur le TR, le nombre moyen des bénéficiaires de la CMU-C par rapport aux listes transmises, ainsi que les reports du montant des déclaratifs de l'année. Les contrôles des listes CMU-C et ACS ont concerné les OC dont le montant du remboursement était supérieur à 50 000 €.

En plus des contrôles effectués pour le compte de l'URSSAF, le Fonds a également procédé au contrôle de 51 organismes complémentaires dans le cadre du TR soit

- 52 contrôles effectués concernent les listes de bénéficiaires de la CMU-C représentant 575 632 bénéficiaires le taux d'anomalies relevé est de 1,68 % ;
- 47 contrôles effectués concernent les listes de bénéficiaires de l'ACS représentant 557 268 bénéficiaires le taux d'anomalies relevé est de 0,04 % ;

- certains contrôles sont encore en attente de retour des organismes complémentaires suite à des demandes de régularisations.

Le contrôle approfondi consiste à examiner des copies d'attestations de droits demandées aux OC, il est réalisé de façon annuelle suite à un contrôle de liste des bénéficiaires.

Le Fonds a procédé au contrôle approfondi d'un organisme complémentaire pour l'exercice 2016, ce dernier est en cours de traitement.

4. Le dispositif de maîtrise des risques du Fonds CMU-C

4.1. LE CONTRÔLE INTERNE

L'article 47-2 de la Constitution a étendu à l'ensemble des administrations publiques les principes de régularité, de sincérité et d'image fidèle des comptes.

Pour répondre à cette exigence, le Fonds CMU-C mène une démarche de maîtrise des risques financiers et comptables, qui associe tous les acteurs de l'établissement aussi bien du côté ordonnateur que comptable.

Le Fonds a identifié et hiérarchisé les risques par processus, en s'appuyant sur une cartographie des risques. Cet outil de pilotage permet d'identifier les risques sur lesquels agir en priorité et de s'interroger sur les contrôles à effectuer, la documentation à mettre en place, en particulier les procédures, et les moyens pour assurer la traçabilité des opérations.

À partir de cette cartographie, un plan d'action est établi chaque année, comportant les travaux à mettre œuvre pour maîtriser les risques élevés. Il permet d'identifier les responsables des actions et précise les échéances.

La cartographie des risques et le plan d'action sont actualisés annuellement et sont adaptés en fonction des réformes ayant un impact sur les activités du Fonds CMU-C.

4.2. LES PRINCIPAUX RISQUES IDENTIFIÉS EN 2016

Parmi les risques identifiés par le Fonds CMU-C en 2016, les principaux étaient liés à la mise en place de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) rénovée et aux évolutions inattendues de l'assiette de la taxe.

4.2.1. La fusion de la TSA et de la TSCA et la mise en place de la télédéclaration

L'année 2016 a été principalement marquée par la réforme de la TSA. La TSA et la TSCA (taxe spéciale sur les conventions d'assurance) sont désormais fusionnées et les organismes complémentaires (OC) effectuent leurs déclarations en ligne auprès de l'URSSAF Île-de-France, qui devient l'interlocuteur unique pour le paiement et la déclaration de la taxe ainsi que pour la gestion des remboursements lorsque l'OC est créancier en raison de montants de déductions ACS et CMU-C supérieurs au montant de la TSA due. Le Fonds CMU-C n'est plus destinataire des déclarations des OC.

Tout au long de l'année, le Fonds CMU-C a dû s'adapter aux changements induits par la réforme. Les efforts ont notamment porté sur :

- l'information et l'accompagnement des OC sur les modalités de télédéclaration en partenariat avec l'URSSAF Île-de-France ;
- les modifications du système d'information du Fonds CMU-C afin d'intégrer les flux d'information transmis par l'ACOSS. Le premier transfert automatique de données concernant le T1 et le T2 a eu lieu fin août 2016 ;
- la mise en place du contrôle de la qualité des données issues de ces flux ;
- l'ajustement des procédures relatives aux contrôles des recettes et des dépenses.

En 2017, le Fonds CMU-C poursuivra l'analyse des risques liés à la réforme de la TSA, en particulier concernant les enjeux de qualité des données et leur incidence sur les notifications de produits de l'ACOSS. Le Fonds CMU-C devra également intégrer et analyser les données du tableau récapitulatif qui sera télédéclaré pour la première fois en juin 2017 (TR 2016).

4.2.2. Le ralentissement de la progression de l'assiette de la taxe

Depuis 2015, le Fonds CMU-C observe une décélération de l'évolution de l'assiette de la taxe. Afin de mieux comprendre ce phénomène et de mieux anticiper l'évolution de la taxe, le Fonds CMU-C renforce le contrôle de l'assiette effectuée à chaque échéance déclarative.

À chaque échéance déclarative trimestrielle, le Fonds identifie les OC présentant des évolutions atypiques et les interroge pour recueillir les explications permettant de justifier les évolutions inhabituelles. Après la déclaration du quatrième trimestre, les contrôles recouvrent l'ensemble des OC. Ils permettent d'établir un bilan de l'année sur l'évolution de l'assiette, en particulier dans les cas de disparitions d'organismes pour cause de fusion/absorption.

Même si aujourd'hui l'évolution de l'assiette est concentrée sur un faible nombre d'OC, ces contrôles permettent d'avoir une vision globale des tendances dans un contexte où le marché de la complémentaire connaît des transformations, notamment avec la mise en place des contrats responsables et de l'accord national interprofessionnel (ANI).

V. L'information et la communication

1. L'information aux usagers et aux partenaires

Le Fonds CMU-C a mis en place plusieurs vecteurs de communication adaptés à ses différents destinataires.

1.1. LES SITES INTERNET CMU.FR / INFO-ACS.FR ET L'ACCUEIL TÉLÉPHONIQUE

Depuis le 29 juin 2015, le Fonds CMU-C gère désormais deux sites d'information, suite à la mise en ligne d'un site dédié à l'ACS.

Le site www.info-acis.fr fournit des informations relatives à l'ACS ; il donne accès aux simulateurs de droits développés par les caisses d'assurance maladie ainsi qu'au détail des offres de complémentaire santé éligibles à l'ACS *via* un comparateur des offres.

En 2016, le site a enregistré 610 426 visites, contre 284 805 visites en 2015 après six mois de mise en ligne. Les pages les plus consultées sont celle du comparateur des offres et celle détaillant les prises en charge des trois contrats éligibles à l'ACS.

Le site www.cmu.fr donne accès à un grand nombre d'informations d'ordre pratique, juridique et statistique.

Il a été conçu comme une base documentaire, un site pratique à destination des usagers et un site répondant aux interrogations des professionnels.

Toutes les études menées par le Fonds, ainsi que certaines études provenant d'autres organismes y sont accessibles.

Le site www.cmu.fr est une base de renseignements pour les assurés qui peuvent, en outre, accéder aux différents formulaires, à la liste des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU-C (adresses des sièges sociaux et des points d'accueil).

Des espaces dédiés aux professionnels des organismes d'assurance maladie, des organismes d'assurance complémentaires et des associations sont disponibles, afin de répondre aux besoins des internautes en fonction de leur profil.

En 2016, on comptabilise 2 683 742 de visites, soit une augmentation de 4,37 % par rapport à 2015. Les pages les plus consultées sont celles concernant la liste des organismes complémentaires gestionnaires de la CMU-C et les démarches pour la demande de CMU-C/ACS.

Le Fonds CMU-C peut être saisi directement par courriel, *via* le site. Près de 200 messages sont traités chaque mois, ils proviennent pour l'essentiel d'assurés mais aussi d'organismes complémentaires, de caisses d'assurance maladie, d'associations, d'administrations, etc.

Enfin, le Fonds CMU-C assure un accueil et une réponse téléphonique aux assurés ainsi qu'aux organismes complémentaires.

Encadré 5 – Le site *info-acs.fr*, une aide précieuse dans les démarches relatives à l'ACS

En 2015, la réforme de l'ACS a été l'occasion de lancer une campagne de communication permettant de mieux faire connaître l'ACS aux personnes potentiellement éligibles et d'accompagner les personnes déjà bénéficiaires dans le nouveau dispositif. Dans cet objectif, un site internet : *info-acs.fr*, centralisant les informations de référence sur le nouveau dispositif a été mis en place.

Souhaitant mesurer la pertinence de ce site et le niveau de satisfaction des visiteurs, le Fonds CMU-C a réalisé une enquête en ligne de mars à mai 2016. L'étude repose sur les réponses recueillies auprès de 104 professionnels et de 625 particuliers, dont un tiers a plus de 60 ans.

Les visiteurs recherchent principalement des informations concernant la liste des organismes complémentaires retenus, le prix des contrats, la comparaison des offres ACS et les remboursements proposés dans le cadre de l'ACS. 7 particuliers sur 10 et 8 professionnels sur 10 ont facilement trouvé l'information qu'ils recherchaient. Plus de 8 visiteurs sur 10 sont satisfaits du site.

Les suggestions d'amélioration portent sur la comparaison des prix des contrats, la mise en place d'une aide pour choisir les garanties et la liste des organismes qui participent à l'ACS. Ces pistes permettent d'enrichir les réflexions du Fonds pour la mise en place d'une deuxième version plus opérationnelle du site.

De façon générale, le site constitue une aide utile pour les bénéficiaires et les professionnels qui les accompagnent. Il mériterait d'être davantage mis en avant, notamment dans les outils de communication des partenaires du Fonds CMU-C.

1.2. LA NOTE DE CONJONCTURE

À parution trimestrielle, cette note synthétise les dernières données statistiques connues, concernant le nombre de bénéficiaires, les dépenses et les données relatives à l'assiette de la TSA déclarée par les organismes complémentaires. Elle est adressée aux membres du conseil d'administration du Fonds CMU-C et aux ministères de tutelle. Elle est mise en ligne dans l'espace presse du site du Fonds CMU-C.

1.3. LA LETTRE RÉFÉRENCES CMU

Près de 3 500 exemplaires de cette publication sont diffusés chaque trimestre. Elle est adressée par voie dématérialisée à une centaine de personnes.

Ses destinataires sont les caisses d'assurance maladie, les caisses d'allocations familiales, les URSSAF, les organismes complémentaires, les associations, les centres communaux d'action sociale, les administrations, la presse, etc.

Chaque numéro reprend notamment les données relatives à l'assiette de la TSA, au nombre de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, au coût des dispositifs et à l'actualité juridique. Chaque parution est l'occasion de mettre en lumière les études ou les rapports ayant trait à la CMU-C ou à l'ACS.

1.4. L'ANNUAIRE STATISTIQUE

Ce document regroupe la plupart des données statistiques relatives à la CMU-C, à l'ACS (qui concernent les effectifs, les dépenses, avec leurs évolutions annuelles et mensuelles, les plafonds d'attribution, etc.) et à la CMU de base (évolutions des effectifs). Il est possible également de retrouver les principales données sur le budget du Fonds CMU-C. L'annuaire statistique est mis à jour deux fois par an et il est disponible sur le site du Fonds CMU-C.

2. La gestion de la liste des organismes gérant la CMU-C

Les prestations de la CMU-C sont servies, au choix du bénéficiaire, par son régime obligatoire d'assurance maladie, ou par un organisme complémentaire (mutuelle, institution de prévoyance, société d'assurance) inscrit sur la liste des organismes habilités à gérer la CMU-C.

Depuis 2012, le Fonds CMU-C est seul compétent pour l'élaboration et la diffusion de cette liste (décret n°2011-1386 du 27 octobre 2011).

Pour l'année 2016, le Fonds CMU-C a procédé à la mise à jour de la liste des organismes complémentaires participant au dispositif et en a assuré la diffusion auprès des caisses nationales d'assurance maladie, de la caisse nationale d'allocations familiales, des agences régionales de santé et des préfetures. La liste a été publiée au Bulletin officiel Santé-Protection sociale-Solidarité du 15 février 2016.

273 organismes gestionnaires de la CMU-C ont été comptabilisés (sur un total de 537 organismes cotisants).

Le taux du nombre d'organismes inscrits comparé à l'ensemble des organismes cotisants, atteint 54,7 % (60 % en 2015, 61 % en 2014, 67 % en 2013). 61 % des mutuelles sont inscrites, 65 % des institutions de prévoyance et 30 % des sociétés d'assurances.

Pour l'année 2016, ont été enregistrés :

- 17 retraits volontaires (essentiellement des mutuelles) ;
- 30 autres suppressions résultant d'opérations de fusions-absorptions.

Certains organismes ont mentionné les raisons de leur retrait volontaire. Sont évoquées la question des frais de gestion et les difficultés administratives liées aux attributions de droit rétroactives.

En dehors d'un organisme, les organismes complémentaires concernés ne géraient que de faibles effectifs. Par ailleurs, la plupart d'entre eux affichaient un coût moyen inférieur au montant du forfait CMU-C, ce qui explique sûrement leur désengagement mais qui « légitime » le bien-fondé de la réforme limitant le remboursement de ces organismes au montant réel des dépenses. Une seule mutuelle ayant évoqué le problème de l'absence de prise en compte des frais de gestion dépassait effectivement le forfait de prise en charge des dépenses de CMU-C en 2014.

Tableau 51 – Récapitulatif des mouvements enregistrés pour l'année 2016

	Mutuelles	Institutions de prévoyance	Assurances	Total
Organismes maintenus dans le dispositif	228	15	30	273
Organismes entrant dans le dispositif	0	0	0	0
Organismes sortant du dispositif en 2016	38	5	4	47
Dont retraits volontaires	11	3	3	17
À la suite d'une fusion-absorption	27	2	1	30
Total dans le dispositif	228	15	30	273
Hors dispositif	148	8	70	226
Total organismes complémentaires	376	23	100	499
Pourcentage d'organismes inscrits	61%	65%	30%	55%

Source : Fonds CMU-C

 **Tableau 52 – Nombre d'organismes complémentaires gestionnaires de la CMU-C**

Année	Mutuelle	Assurance	Institution de Prévoyance	Total
2005	248	26	10	284
2006	216	27	10	253
2007	204	23	8	235
2008	494	34	30	558
2009	471	34	29	534
2010	433	34	28	495
2011	413	37	25	475
2012	377	36	25	438
2013	346	35	23	404
2014	302	34	20	356
2015	268	34	19	321
2016	228	30	15	273

Source : Fonds CMU-C

VI. Annexes

Annexe 1. Glossaire

ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ACS	Aide pour une complémentaire santé
ALD	Affection de longue durée
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
ANI	Accord national interprofessionnel
BO	Bulletin officiel
CAF	Caisse d'allocations familiales
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CES	Centre d'examens de santé
CETAF	Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-B	Couverture maladie universelle de base
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
Dom	Département d'outre-mer
DREES	Direction de la recherche, des études et de l'évaluation des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
EN3S	Ecole nationale supérieure de sécurité sociale
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
JO	Journal officiel
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LOLF	Loi organique relative aux lois de finances
OC	Organisme complémentaire
ODENORE	Observatoire des non-recours aux droits et services
PLANIR	Plan local d'accompagnement du non recours, des incompréhensions, des ruptures
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse

PUMA	Protection universelle maladie
RAC	Reste à charge
RG	Régime général
RSA	Revenu de solidarité active
RSI	Régime social des indépendants
SLM	Section locale mutualiste
TR	Tableau récapitulatif
TSA	Taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance, « Taxe CMU »
TSCA	Taxe spéciale sur les conventions d'assurance
URSSAF	Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

Annexe 2. Présentation des dispositifs

Les lois des 27 juillet 1999 et 13 août 2004 ont créé quatre dispositifs d’accès aux soins :

- la CMU de base qui permet aux personnes qui résident en France de bénéficier d’une assurance maladie, si elles ne peuvent être affiliées à un autre titre ;
- la CMU complémentaire qui permet l’accès aux soins des personnes les plus démunies par l’attribution d’une complémentaire santé gratuite ;
- l’AME qui offre, aux personnes en situation irrégulière, ayant des ressources inférieures au plafond d’attribution de la CMU-C, une assurance maladie de base et/ou complémentaire. L’AME prend en charge les dépenses de santé jusqu’à 100 % des tarifs maximum fixés par l’assurance maladie (cette prestation ne fait pas l’objet d’un suivi par le Fonds CMU-C).
- l’aide au paiement d’une complémentaire santé (ACS), qui offre aux personnes ayant des ressources un peu supérieures au plafond de la CMU-C, une aide pour le financement d’un contrat de complémentaire santé.

La protection universelle maladie (PUMA,) entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016, garantit à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière le droit à la prise en charge de ses frais de santé³⁷.

De fait, la CMU de base, qui permettait à toute personne résidant en France de manière stable et régulière de bénéficier des prestations en nature du régime général dans les mêmes conditions que les autres assurés, disparaît.

LA PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE (PUMA)

Définition

La PUMA permet à toute personne ayant une activité professionnelle ou résidant en France de manière stable et régulière de bénéficier de la prise en charge de ses frais de santé (consultations médicales, médicaments, examens médicaux...) dans les conditions fixées par le code de la sécurité sociale.

La part complémentaire des soins, le forfait journalier, la participation forfaitaire et les franchises médicales restent à la charge de l’assuré.

Les conditions d’ouverture des droits

- Avoir une activité professionnelle³⁸

Sous réserve des traités et accords internationaux régulièrement ratifiés ou approuvés et des règlements européens, sont affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale, quel que soit leur lieu de résidence, toutes les personnes :

- qui exercent sur le territoire français :
 - une activité pour le compte d’un ou de plusieurs employeurs, ayant ou non un établissement en France ;
 - une activité professionnelle non salariée ;
- qui exercent une activité professionnelle à l’étranger et sont soumises à la législation française de sécurité sociale en application des règlements européens ou des conventions internationales.

- Résider en France de manière régulière et stable

La condition de la régularité de la résidence est remplie pour les personnes de nationalité française ou en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France³⁹. La régularité de la résidence est appréciée au jour de la demande⁴⁰.

³⁷ Article L.160-1 du code de la sécurité sociale.

³⁸ Article L.111-2-2 du code de la sécurité sociale

³⁹ Article L.111-2-3 du code de la sécurité sociale

⁴⁰ Article R.111-3 du code de la sécurité sociale

À l'occasion d'une première demande, la condition de stabilité est réputée acquise après trois mois de résidence ininterrompue en France. Toutefois, ce délai n'est pas opposable dans certains cas : personnes inscrites dans un établissement d'enseignement, personnes venant en France effectuer un stage dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique, bénéficiaires d'une ou plusieurs prestations familiales, personnes reconnues réfugiées, admises au titre de l'asile ou ayant demandé le statut de réfugié, personnes ayant accompli un volontariat international à l'étranger, bénéficiaire d'une aide à la réinsertion familiale et sociale des anciens migrants dans leur pays d'origine, membres de la famille qui rejoignent ou accompagnent pour s'installer en France un assuré y séjournant dans les conditions prévues à l'article L. 160-1⁴¹.

Un contrôle périodique de la stabilité et de la régularité de la résidence est effectué par les caisses d'assurance maladie. La condition de stabilité est alors réputée satisfaite lorsque la personne a, sur le territoire métropolitain ou dans les Dom, son foyer permanent (lieu où elle habite normalement) ou son lieu de séjour principal (présence effective pendant plus de six mois au cours de l'année civile de versement des prestations).

La cotisation⁴²

Sont redevables d'une cotisation, les personnes dont les revenus tirés d'une activité professionnelle sont inférieurs à 10 % du plafond annuel de la sécurité sociale (Pass) et dont les revenus du capital sont supérieurs à 25 % du Pass éventuellement majorés des moyens d'existence et éléments de train de vie.

Le taux de cotisation est de 8 %. Le calcul est différent selon que les revenus sont inférieurs à 5 % du Pass ou compris entre 5 et 10 % du Pass. Les éléments nécessaires à la détermination des revenus sont communiqués par l'administration fiscale aux organismes chargés du calcul et du recouvrement des cotisations.

Sont exonérées de cotisation les étudiants, les personnes qui ont reçu une pension de retraite, une rente, une allocation-chômage au cours de l'année considérée et les assurés ayant une activité professionnelle qui leur procure un revenu annuel supérieur ou égal à 10 % du Pass. Il en est de même lorsque ces personnes sont passées ou mariées à une personne remplissant ces conditions.

LA CMU COMPLÉMENTAIRE (CMU-C)

Définition de la CMU-C

La CMU-C offre la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (consultations, hospitalisations, médicaments, examens médicaux...) à hauteur de 100 % des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale. De plus, la CMU-C inclut des forfaits de prise en charge pour les prothèses dentaires, les lunettes, les prothèses auditives et d'autres dispositifs médicaux.

Pour faciliter leur accès aux soins, les bénéficiaires ont droit à la dispense d'avance des frais, les professionnels de santé sont payés directement par l'assurance maladie⁴³.

De plus, les professionnels de santé, quel que soit leur secteur de conventionnement, ne peuvent facturer aucun dépassement d'honoraires, sauf exigence particulière du patient⁴⁴.

Le bénéficiaire de la CMU-C est exonéré de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises médicales. Toutefois, en l'absence de dispositions réglementaires, les majorations pour non-respect du parcours de soins sont à la charge des organismes gestionnaires⁴⁵.

⁴¹ Article D.160-2 du code de la sécurité sociale

⁴² Décret n° 2016-979 du 19 juillet 2016 relatif aux modalités de calcul de la cotisation prévue à l'article L. 380-2 du code de la sécurité sociale

⁴³ Article L.861-3 du code de la sécurité sociale

Arrêté du 30 mai 2006 modifié par l'arrêté du 27 mars 2007
Arrêté du 31 décembre 1999 modifié par l'arrêté du 14 août 2002

⁴⁴ Article L.162-5-13 du code de la sécurité sociale

⁴⁵ Article L.322-4 du code de la sécurité sociale

Les conditions d'attribution

L'attribution de la CMU-C est soumise à plusieurs conditions :

- Résider de façon stable et régulière en France, dans les mêmes conditions que celles exigées pour le bénéfice de la PUMA
- Avoir des ressources inférieures à un plafond⁴⁶.

Les ressources perçues au cours des douze mois précédant la demande doivent être inférieures à un plafond, fixé annuellement par décret, et dont le montant varie en fonction de la composition du foyer⁴⁷.

Au 1^{er} avril 2016, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 8 653 €. Il est majoré de 11,3 % dans les départements d'Outre-mer depuis le 1^{er} juillet 2007 (10,8 % auparavant), soit 9 631 € pour une personne seule.⁴⁸

Pour le calcul du droit à la CMU-C, l'ensemble des ressources du foyer, imposables ou non imposables, perçues au cours des douze mois précédant la demande est pris en compte, y compris certaines prestations familiales, allocations diverses, et revenus de capitaux placés⁴⁹.

Les avantages procurés par un logement sont pris en compte de façon forfaitaire. Les personnes locataires percevant une aide au logement, les propriétaires, ou les personnes logées à titre gratuit, se voient appliquer un forfait logement qui est ajouté à leurs ressources. Ce forfait varie selon la composition du foyer (à fin 2016, le montant mensuel du forfait logement pour une personne seule est de 64,22 €)⁵⁰.

Le RSA, la prime d'accueil du jeune enfant, de l'allocation personnalisée d'autonomie, de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, de l'allocation de rentrée scolaire ne sont pas pris en compte⁵¹.

Les revenus d'activité perçus durant la période de référence, subissent un abattement de 30 % lorsque au moment de la demande, le demandeur est en situation d'interruption de travail supérieure à six mois pour longue maladie, de chômage indemnisé ou perçoit l'allocation temporaire d'attente, l'allocation de solidarité spécifique ou encore est sans emploi et perçoit une rémunération de stage de formation professionnelle légale, réglementaire ou conventionnelle⁵².

La CMU-C est gérée, soit par l'organisme d'assurance maladie qui est en charge de la protection obligatoire, soit par un organisme complémentaire agréé inscrit sur la liste nationale des organismes participant à la CMU complémentaire⁵³.

À l'expiration de leur droit à la CMU complémentaire, les bénéficiaires ayant fait le choix d'une gestion par un organisme complémentaire doivent se voir proposer un contrat de sortie d'un an. Il s'agit d'un contrat de complémentaire santé, dont le tarif est réglementé (370 € par an en 2016, pour une personne seule), qui offre un niveau de garantie identique à celui de la CMU complémentaire, à l'exception de la prise en charge des participations forfaitaires, des franchises et des majorations du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins⁵⁴.

La demande de CMU-C est étudiée par la caisse d'assurance maladie du demandeur. Le renouvellement de la CMU-C doit être demandé chaque année dans les mêmes formes que la demande initiale, deux mois avant la date d'échéance du droit⁵⁵.

Le bénéfice de la CMU-C peut ouvrir droit aux tarifs sociaux⁵⁶ de l'énergie et à des réductions sur les abonnements de transport.

⁴⁶ Article L.322-4 du code de la sécurité sociale.

⁴⁷ Article D.861-1 du code de la sécurité sociale.

Article R.861-3 du code de la sécurité sociale.

⁴⁸ Les dispositifs de la CMU-B, CMU-C et ACS ne sont pas applicables à Mayotte.

⁴⁹ Article L.861-2 du code de la sécurité sociale.

⁵⁰ Article R.861-5 du code de la sécurité sociale.

⁵¹ Article L.861-2 et R.861-10 du code de la sécurité sociale.

⁵² Article R.861-8 du code de la sécurité sociale.

⁵³ Article L.861-4 du code de la sécurité sociale.

⁵⁴ Article 6-1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989. Arrêté du 27 avril 2001 modifié par l'arrêté du 8 mars 2013, fixant le montant maximum du tarif de prolongation d'adhésion ou de contrat de protection complémentaire en matière de santé.

⁵⁵ Article R.861-18 du code de la sécurité sociale.

⁵⁶ Décret n° 2008-778 du 13 août 2008 relatif à la fourniture de gaz naturel au tarif spécial de solidarité et Décret 2004-325 du 8 avril 2004 relatif à la tarification spéciale de l'électricité comme produit de première nécessité.

L’AIDE AU PAIEMENT D’UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (ACS)

Définition de l’ACS

L’ACS vise à atténuer l’effet de seuil de la CMU complémentaire. Elle s’adresse aux personnes dont les ressources dépassent de moins de 35 % le plafond d’attribution de la CMU-C.

Elle consiste en une aide financière au paiement d’un contrat d’assurance maladie complémentaire de santé.

Depuis le 1^{er} juillet 2015, l’ACS est réservée à des contrats de complémentaire santé sélectionnés par l’État dans le cadre d’une procédure de mise en concurrence renouvelable tous les trois ans. Onze groupements d’organismes complémentaires proposent des contrats éligibles à l’ACS (cf. partie sur la réforme de l’ACS).

Le montant de l’aide varie en fonction de l’âge des personnes composant le foyer : 100 € pour les personnes âgées de moins de 16 ans, 200 € pour les personnes âgées de 16 à 49 ans, 350 € pour les personnes âgées de 50 à 59 ans, 550 € pour celles de 60 ans et plus.

L’aide est plafonnée au montant de la cotisation ou de la prime due pour l’acquisition du contrat. Cette aide réduit et dans certains cas, prend totalement en charge, le montant de la cotisation annuelle.

Les bénéficiaires ayant utilisé leur aide en souscrivant un contrat de complémentaire santé éligible à l’ACS, ont droit à la dispense intégrale d’avance des frais (tiers payant intégral).

Lorsque les bénéficiaires n’ont pas utilisé leur attestation en souscrivant un contrat sélectionné, cette dispense d’avance de frais est limitée à la partie prise en charge par l’assurance maladie obligatoire. Ce droit au tiers payant sur la part obligatoire est valable 18 mois à compter de l’attribution de l’ACS. On parle alors de tiers payant social.

Le tiers-payant doit être accordé systématiquement par le professionnel de santé aux bénéficiaires de l’ACS, soit sur présentation de l’attestation correspondante, soit sur la base de l’information mise à disposition *via* les téléservices de l’assurance maladie.

Le bénéficiaire de l’ACS ouvre droit aux tarifs sociaux de l’énergie⁵⁷.

Les conditions d’attribution

Pour bénéficier de l’ACS, il faut remplir plusieurs conditions :

- Résider de façon stable et régulière en France, dans les mêmes conditions que celles exigées pour le bénéficiaire de la PUMA.
- Avoir des ressources inférieures à un plafond (correspondant au plafond d’attribution de la CMU-C majoré de 35 %).

Les ressources perçues au cours des douze mois précédant la demande doivent être inférieures à un plafond, fixé annuellement par décret, et dont le montant varie en fonction de la composition du foyer.

Au 1^{er} avril 2016, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 11 682 €. Ce plafond est majoré de 11,3 % dans les Dom depuis le 1^{er} juillet 2007 (10,8 % auparavant), soit 13 002 € pour une personne seule.

Les ressources sont étudiées selon les mêmes modalités que pour l’octroi de la CMU-C.

L’ACS est accordée pour une année et est renouvelable dans les mêmes formes que la demande initiale, entre deux et quatre mois avant l’expiration du droit⁵⁸.

Les allocataires de l’ASPA ont droit au renouvellement automatique de leur ACS⁵⁹.

Pour récupérer le montant de l’ACS, déduit des cotisations chaque trimestre, l’organisme complémentaire défalque de sa contribution due au titre de taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d’assurance (TSA), un quart du montant de l’aide accordée à ses adhérents.

⁵⁷ Arrêté du 21 décembre 2012 portant modification de l’annexe au décret no 2004-325 du 8 avril 2004 modifié relatif à la tarification spéciale de l’électricité comme produit de première nécessité.

Décret n° 2008-778 du 13 août 2008 relatif à la fourniture de gaz naturel au tarif spécial de solidarité.

Décret n°2004-325 du 8 avril 2004 relatif à la tarification spéciale de l’électricité comme produit de première nécessité.

⁵⁸ Article R.863-1 du code de la sécurité sociale.

⁵⁹ Article L.863-3 du code de la sécurité sociale.

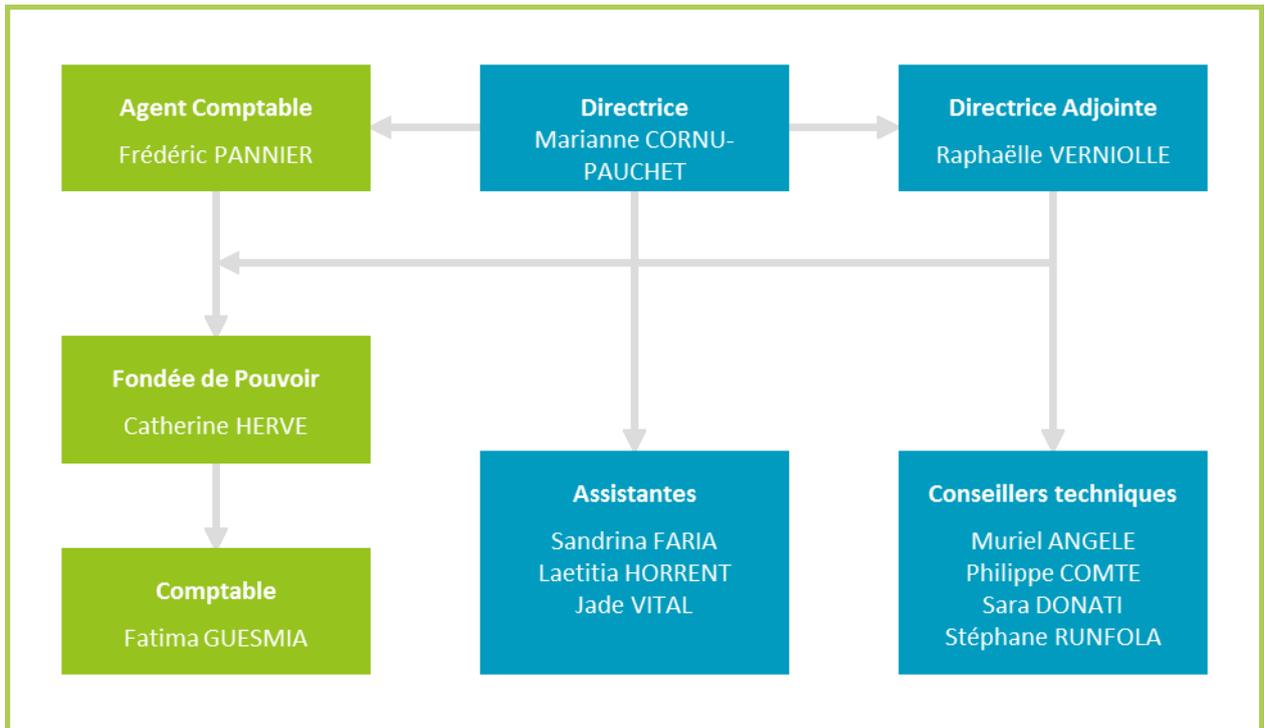
Annexe 3. Évolutions législatives et réglementaires 2016

Références – Libellé/Contenu	Date de signature	Date de publication	Date d'application	Publication	Organe émetteur
Arrêté	29/12/2016	06/01/2017	07/01/2017		
Désignant les associations d'usagers du système de santé participant aux commissions instituées à l'article D. 4122-4-2 du code de la santé publique				JORF n° 0005	Ministère des affaires sociales et de la santé
Arrêté	23/12/2016	24/12/2016	01/01/2017		
Fixant pour 2017 la part forfaitaire du remboursement aux organismes gestionnaires des dépenses au titre de la couverture universelle maladie complémentaire (fixé à 415 €)				JORF n° 0293	Ministère des affaires sociales et de la santé
Loi n°2016-1827	23/12/2016	24/12/2016	01/01/2017		
De financement de la sécurité sociale pour 2017 L'article 31 proroge la participation des organismes complémentaires au financement de rémunérations alternatives au paiement à l'acte. L'article 34 supprime, à compter du 1er janvier 2017, la fraction des droits tabac (3,5 %) affectée au Fonds CMU-C. La partie de la TSA antérieurement affectée à parts égales à la CNAF et à la CNAMTS est désormais affectée exclusivement au Fonds CMU-C et à la CNAMTS. 20,18 % sont affectés au Fonds CMU-C, le reste étant attribué à la CNAMTS. L'article 61 prévoit de préciser par décret en Conseil d'État les modalités spécifiques de prise en compte du patrimoine et des revenus tirés de celui-ci.				JORF n° 0299	Parlement
Arrêté	20/12/2016	28/12/2016	29/12/2017		
Fixant la liste des organismes ou fonds pour lesquels est ouvert un compte de suivi des opérations financières au sein de la comptabilité de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale				JORF n° 0301	Ministère de l'Economie et des Finances
Arrêté	14/12/2016	17/12/2016	01/01/2017		
Fixant pour 2017 la part forfaitaire du remboursement aux organismes gestionnaires des dépenses au titre de la couverture universelle maladie complémentaire (fixé à 415 €)				JORF n° 0293	Ministère des affaires sociales et de la santé
Arrêté	20/10/2016	23/10/2016	01/01/2017		
Portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016				JORF n° 0248	Ministère des affaires sociales et de la santé
Arrêté	10/11/2016	18/11/2016	19/11/2016		
Fixant le montant du versement complémentaire pour 2015 mentionné à l'article D. 862-6 du code de la sécurité sociale				JORF n° 0268	Ministère des affaires sociales et de la santé
Décret n°2016-1009	21/07/2016	23/07/2016	24/07/2016		
Relatif aux modalités d'évaluation des pratiques de refus de soins				JORF n° 0170	Ministère des affaires sociales et de la santé
Décret n°2016-979	19/07/2016	21/07/2016	22/07/2016		
Relatif aux modalités de calcul de la cotisation prévue à l'article L. 380-2 du code de la sécurité sociale				JORF n° 0168	Ministère des affaires sociales et de la santé
Décret n°2016-509	25/04/2016	27/04/2016	28/04/2016		

Références – Libellé/Contenu	Date de signature	Date de publication	Date d'application	Publication	Organe émetteur
Relatif à la couverture complémentaire santé des personnes de soixante-cinq ans et plus				JORF n°0099	Ministère des affaires sociales et de la santé
Arrêté	18/03/2016	24/03/2016	01/04/2016		
Fixant le plafond des ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé				JORF n°0071	Ministère des affaires sociales et de la santé
Décret n°2016-272	04/03/2016	06/03/2016	07/03/2016		
Relatif aux modalités de déclaration et de recouvrement applicables à la taxe de solidarité additionnelle				JORF n°0056	Ministère des affaires sociales et de la santé
Décret n°2016-7	05/01/2016	07/01/2016	08/01/2016		
Relatif aux exceptions à l'application du principe « silence vaut rejet » sur le fondement du 3° du I de l'article 21 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations				JORF n°0005	Ministère des affaires sociales et de la santé et des droits des femmes
Arrêté	05/02/2016	10/02/2016	01/01/2016		
Fixant pour 2016 le montant du forfait annuel défini au deuxième alinéa du a de l'article L. 862-2 du code de la sécurité sociale (412 €)				JORF n°0034	Ministère des affaires sociales et de la santé et des droits des femmes
Loi n°2016-41	26/01/2016	27/01/2016	28/01/2016		
De modernisation de notre système de santé L'article 85 confie aux ordres professionnels l'évaluation des refus de soins. L'article 86 prévoit l'encadrement des tarifs des prestations d'optique et de soins dentaires prothétiques et orthodontiques délivrés aux bénéficiaires de l'ACS.				JORF n°0022	Parlement
Décision	08/01/2016	15/02/2016	01/01/2016		
Portant établissement de la liste des organismes complémentaires participant à la couverture maladie universelle au titre de l'année 2016				BO Santé Protection sociale Solidarité Solidarités n°1	Fonds CMU-C
Décret n°2015-1883	30/12/2015	31/12/2015	01/01/2016		
Pris pour l'application de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016				JORF n°0303	Ministère des affaires sociales et de la santé et des droits des femmes
Loi n°2015-1776	28/12/2015	29/12/2015	01/01/2016		
Relative à l'adaptation de la société au vieillissement L'article 40 prévoit le renouvellement automatique de l'ACS pour les bénéficiaires de l'ASPA ou d'une des allocations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse.				JORF n°0301	Parlement
Loi n°2015-1702	21/12/2015	22/12/2015	01/01/2016		

Références – Libellé/Contenu	Date de signature	Date de publication	Date d'application	Publication	Organe émetteur
<p>De financement de la Sécurité sociale pour 2016</p> <p>L'article 27 prévoit le passage de 7 % à 14 % du taux de la TSA applicable aux contrats concernant les personnes non prises en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie.</p> <p>L'article 33 prévoit la labellisation de contrats de complémentaire santé pour les personnes âgées de 65 ans et plus.</p> <p>L'article 34 prévoit la création d'une aide individuelle versée par l'employeur aux salariés en CDD, en contrat de mission ou à temps partiel, destinée au financement d'une complémentaire santé.</p> <p>L'article 34 instaure également une dispense d'adhésion de plein droit à un contrat collectif obligatoire pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS.</p> <p>L'article 36 prolonge d'un an la contribution des organismes complémentaires au développement des nouveaux modes de rémunération des médecins.</p> <p>L'article 59 met en place la protection universelle maladie</p> <p>L'article 61 met en place des modalités de résiliation dérogatoires des contrats de complémentaire santé pour les bénéficiaires de l'ACS.</p> <p>L'article 89 fixe au 1er avril la date de revalorisation des plafonds d'attribution de la CMU-C et de l'ACS et met en place un bouclier garantissant le maintien des plafonds à leur niveau antérieur en cas d'inflation négative.</p>				JORF n°0296	Parlement

Annexe 4. Organigramme du Fonds CMU-C



Annexe 5. Les 50 premiers organismes complémentaires en 2016

Siren	Nom	Type	CP	Assiette TSA	Nbre moyen bénéficiaires	
					CMU-C	ACS
538 518 473	HARMONIE MUTUELLE	M	75 015	2 298 984 464 €	134 609	148 221
775 685 399	MGEN	M	75 748	1 709 351 471 €	11 264	13 711
310 499 959	AXA FRANCE VIE	A	92 000	1 601 034 626 €	13 332	16 747
333 232 270	AG2R REUNICA PREVOYANCE	IP	75 014	1 177 557 012 €	0	0
784 621 468	BTP PREVOYANCE	IP	75 006	1 149 285 256 €	8 148	0
410 005 110	HUMANIS PREVOYANCE	IP	41 260	954 405 594 €	1 278	0
322 215 021	SUISSE SANTE	A	92 682	881 888 075 €	0	1 281
775 685 340	MUTUELLE GENERALE DES PTT	M	75 013	870 461 474 €	10 219	48 439
775 691 181	MALAKOFF MEDERIC PREVOYANCE	IP	75 009	803 628 784 €	1 483	0
602 062 481	GENERALI VIE	A	75 009	747 158 088 €	0	6 110
317 442 176	EOVI MCD MUTUELLE	M	26 028	741 291 629 €	47 108	60 034
542 110 291	ALLIANZ I.A.R.D	A	75 113	637 510 876 €	20 599	2 104
311 799 878	ADREA MUTUELLE ALPES DAUPHI	M	14 028	573 073 328 €	25 171	36 329
503 380 081	MUTUELLE UNEO	M	92 120	569 223 893 €	2 843	0
775 606 361	MNH	M	45 200	564 807 952 €	6 762	0
340 234 962	ASSURANCES G.LES FRANCE VIE	A	75 002	539 185 440 €	0	0
777 927 120	VIASANTE	M	24 020	534 918 232 €	5 888	0
352 406 748	ASSURANCES CREDIT MUTUEL IARD	A	67 096	533 778 748 €	16 931	1 117
352 358 865	PACIFICA	A	75 724	511 798 243 €	26 171	60 358
340 427 616	GROUPAMA GAN VIE	A	75 008	498 993 237 €	331	168
412 367 724	QUATREM ASS. COLLECTIVES	A	75 009	477 596 007 €	0	0
775 678 584	MUTUELLE NALE TERRITORIALE	M	75 009	456 414 323 €	6 352	10 157
331 542 142	MAAF SANTE	M	79 036	435 691 913 €	46 186	0
784 718 256	MALAKOFF MEDERIC MUTUELLE	M	75 009	432 821 654 €	1 658	0
318 990 736	UNI PREVOYANCE	IP	94 300	427 614 903 €	0	91
440 048 882	MMA IARD	A	72 030	408 585 753 €	11 094	14 119
779 558 501	MACIF-MUTUALITE	M	79 037	369 704 574 €	16 466	124 064
304 217 904	APGIS	IP	94 300	337 254 819 €	733	21
775 627 391	MUTUELLE APREVA	M	59 306	298 829 880 €	15 108	27 498
397 498 783	KLESIA PREVOYANCE	IP	75 017	298 327 278 €	18	4
306 522 665	AVIVA ASSURANCES	A	92 270	283 135 298 €	5 133	9 197
302 927 553	MICILS	M	69 300	254 905 422 €	1 625	15 701

Siren	Nom	Type	CP	Assiette TSA	Nbre moyen bénéficiaires	
					CMU-C	ACS
775 709 710	APIVIA MUTUELLE	M	17 000	243 113 508 €	10 092	2 538
775 685 365	MUTUELLE INTERIALE	M	31 131	223 735 005 €	257	2 458
321 862 500	APICIL PREVOYANCE	IP	69 300	219 567 699 €	0	1
434 243 085	MUTUELLE OCIANE	M	33 054	207 690 690 €	16 488	33 707
383 844 693	GROUPAMA BRETAGNE CRAMA	A	35 012	191 112 102 €	4 769	3 489
499 982 098	MGEFI	M	75 010	190 919 381 €	263	0
391 851 557	GROUPAMA D'OC	A	31 131	173 955 522 €	3 597	4 582
339 358 681	MUTUELLE HUMANIS NATIONALE	M	41 260	170 346 576 €	456	0
779 838 366	GROUPAMA RH ALPES AUVERGNE	A	69 009	166 078 702 €	4 246	3 326
783 711 997	M COMME MUTUELLE	M	59 800	166 035 227 €	4 366	8 803
775 671 993	MUTUELLE BLEUE	M	75 008	160 135 531 €	10 091	17 078
784 669 954	SMI	M	75 374	156 208 462 €	3 857	4 505
353 457 245	AXA ASSURANCES VIE MUTUELLE	A	92 727	154 964 191 €	370	1 259
383 143 617	SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE	M	13 785	150 528 039 €	0	27 488
384 268 413	AUDIENS PREVOYANCE	IP	92 170	147 322 315 €	0	17
776 950 669	MUTUELLE PREVIFRANCE	M	47 000	141 096 662 €	2 692	667
572 084 697	EQUITE (GENERALI)	A	75 442	140 843 521 €	0	572
775 671 894	MUTUELLE GENERALE POLICE	M	94 027	139 581 431 €	190	22

M : mutuelle, A : assurance, IP : institution de prévoyance

Source : OC, Fonds CMU-C – Déclarations trimestrielles à la TSA reçues de la part des OC



Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie

Tour Onyx – 10, rue Vandrezanne – 75013 PARIS
Tél. : 01 58 10 11 90 / Fax. : 01 58 10 11 99
accueil@fonds-cmu.gouv.fr

www.cmu.fr