

# RAPPORT D'ACTIVITE 2005



Fonds de financement *de la protection  
complémentaire de la couverture  
universelle du risque maladie*

Tour ONYX – 10, rue Vandrezanne  
75013 PARIS

☎ 01.58.10.11.90    📠 01.58.10.11.99

[accueil@fonds-cmu.gouv.fr](mailto:accueil@fonds-cmu.gouv.fr)

[www.cmu.fr](http://www.cmu.fr)

# SOMMAIRE

<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>2</b>
<b>AVANT PROPOS .....</b>	<b>4</b>
<b>LES MISSIONS DU FONDS .....</b>	<b>6</b>
<b>LE FINANCEMENT DE LA CMU COMPLEMENTAIRE .....</b>	<b>7</b>
➤ <b>LES RECETTES DU FONDS .....</b>	<b>7</b>
LES DOTATIONS DE L'ETAT .....	7
LES TAXES AFFECTEES.....	7
LA DOTATION DE L'ASSURANCE MALADIE RELATIVE AU CREDIT D'IMPOT.....	8
LA CONTRIBUTION DES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES.....	8
➤ <b>LES DEPENSES DU FONDS.....</b>	<b>10</b>
LES VERSEMENTS AUX REGIMES OBLIGATOIRES .....	10
LES REMBOURSEMENTS AUX ORGANISMES COMPLEMENTAIRES .....	11
LE CONTROLE DES DEDUCTIONS OPEREES PAR LES OC.....	13
➤ <b>LA TRESORERIE DU FONDS .....</b>	<b>15</b>
➤ <b>PRESENTATION ECONOMIQUE DES COMPTES DU FONDS .....</b>	<b>16</b>
<b>LE SUIVI ET L'ANALYSE SOCIALE.....</b>	<b>17</b>
➤ <b>LE CONSEIL DE SURVEILLANCE DU FONDS.....</b>	<b>17</b>
➤ <b>APPRECIATION QUALITATIVE.....</b>	<b>18</b>
LA MISE EN ŒUVRE DE LA LOLF .....	18
L'ENTREE EN VIGUEUR DU « CREDIT D'IMPOT » .....	18
DES MODIFICATIONS LEGISLATIVES POUR 2006.....	20
PARCOURS DE SOINS ET CMU-C .....	21
LES REFUS DE SOINS .....	22
➤ <b>DONNEES QUANTITATIVES.....</b>	<b>25</b>
LES EFFECTIFS DES BENEFICIAIRES DE LA CMU COMPLEMENTAIRE .....	25
STRUCTURE ET NIVEAU DES DEPENSES DE CMU COMPLEMENTAIRE .....	36
LA MONTEE EN CHARGE DU CREDIT D'IMPOT .....	42
➤ <b>LA CONNAISSANCE DES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES.....</b>	<b>45</b>
LES EVOLUTIONS DU MONDE DES COMPLEMENTAIRES SANTE.....	45
LE CHIFFRE D'AFFAIRES DES COMPLEMENTAIRES SANTE.....	46
LES COMPLEMENTAIRES ET LE CREDIT D'IMPOT .....	48
LE NOMBRE DE BENEFICIAIRES DE LA CMU DECLARE PAR LES COMPLEMENTAIRES.....	50
L'ENGAGEMENT DES ORGANISMES DANS LA GESTION DE CONTRATS CMU .....	51
LA SITUATION DES MUTUELLES DE GUADELOUPE .....	53
<b>LES AUTRES ACTIVITES DU FONDS.....</b>	<b>54</b>
➤ <b>INFORMATION : REFERENCES CMU ET SITE INTERNET .....</b>	<b>54</b>
LE SITE INTERNET DU FONDS CMU.....	54
LES REPONSES AUX QUESTIONS DES ASSURES.....	55
LA LETTRE D'INFORMATION DU FONDS .....	56
➤ <b>LES ETUDES FINANCEES PAR LE FONDS .....</b>	<b>57</b>
➤ <b>LE REPERTOIRE NATIONAL DES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES .....</b>	<b>58</b>
➤ <b>DES MOUVEMENTS DANS L'EQUIPE DU FONDS.....</b>	<b>59</b>
<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>60</b>
<b>SYNTHESE DES EFFECTIFS DES BENEFICIAIRES AU 31 DECEMBRE 2005.....</b>	<b>61</b>
<b>HISTORIQUE DU NOMBRE DE BENEFICIAIRES .....</b>	<b>62</b>
<b>BENEFICIAIRES PAR DEPARTEMENTS .....</b>	<b>64</b>

<b>DEPENSES PAR DEPARTEMENT ET PAR NATURE DE SOINS .....</b>	<b>66</b>
<b>PRESENTATION SIMPLIFIEE DES RESULTATS COMPTABLES DU FONDS .....</b>	<b>68</b>
<b>SUIVI DE TRESORERIE 2005 .....</b>	<b>69</b>
<b>TEXTES RELATIFS A LA CMU ET AU CREDIT D'IMPOT PARUS AU COURS DE L'ANNEE 2005 .</b>	<b>72</b>
<b>PRINCIPALES DECISIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION .....</b>	<b>73</b>
<b>TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES REGISSANT LE FONDS AU 31/12/2005 .....</b>	<b>74</b>
<b>COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION .....</b>	<b>81</b>
<b>COMPOSITION DU CONSEIL DE SURVEILLANCE .....</b>	<b>82</b>
<b>PROGRAMME 183 DE LA LOI DE FINANCES POUR 2006 (EXTRAITS DE LA PRESENTATION « LOLF »).....</b>	<b>84</b>
<b>ORGANIGRAMME DU FONDS .....</b>	<b>90</b>
<b>RECAPITULATIF DU PARCOURS DE SOINS DANS LE CADRE DE LA CMU.....</b>	<b>91</b>
<b>LES 100 ORGANISMES D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE DECLARANT L'ASSIETTE DE LA CONTRIBUTION LA PLUS IMPORTANTE EN 2005 .....</b>	<b>93</b>
<b>LES 70 ORGANISMES D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE DECLARANT LE PLUS GRAND NOMBRE DE BENEFICIAIRES DE CMU-C ET DU CREDIT D'IMPOT EN 2005 .....</b>	<b>98</b>
<b>L'EXAMEN DES RESSOURCES POUR LES PROFESSIONS INDEPENDANTES ET LES EXPLOITANTS AGRICOLAS POUR L'OUVERTURE DU DROIT A LA CMU-C .....</b>	<b>101</b>

## AVANT PROPOS

Le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, appelé de façon plus prosaïque Fonds CMU, est un établissement administratif de l'Etat de petite taille, puisque son effectif est de 9,3 personnes. L'année 2005, comme ses devancières, a fait peser sur cette équipe réduite une lourde charge de travail. Le présent rapport d'activité retrace les grands éléments qui ont marqué la vie du Fonds en cette année 2005.

Le crédit d'impôt, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2005, est sans doute l'élément le plus marquant de cette année. Même s'il est financièrement neutre pour lui, le Fonds CMU est désigné par la loi pour en assurer la gestion. La première année d'application d'un nouveau dispositif représente toujours un travail important. Il a fallu assurer le suivi statistique et financier de cette mesure, dont la croissance a été exponentielle tout au long de 2005, pour finir au 30 novembre avec 178 335 personnes ayant effectivement utilisé leur attestation. Trois fois supérieur en nombre de bénéficiaires à l'ancien dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire, le crédit d'impôt, même s'il est loin de sa cible estimée, peut être considéré comme un relatif succès. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 publiée le 15 décembre 2005 a décidé d'en relever substantiellement les montants.

Il a fallu accompagner, par tous les moyens de communication dont dispose le Fonds, les organismes complémentaires qui ont posé de très nombreuses questions d'application pratique. Il a fallu également mettre en œuvre des procédures de contrôle adaptées, dans la ligne de celles en vigueur pour la CMU-C. Tout s'est donc passé comme si le Fonds avait une nouvelle population complète à traiter.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004, tous les organismes gestionnaires de bénéficiaires de la CMU-C, qu'il s'agisse de régimes de base de sécurité sociale ou d'organismes complémentaires, sont remboursés forfaitairement par le Fonds en fonction de leur nombre de bénéficiaires (304,52 € en 2005). Il en résulte que les comptes du Fonds ne sont plus tributaires que de l'évolution de ces effectifs. Or ceux-ci avec 4 840 000 à fin décembre 2005 connaissent une croissance très modérée (+ 1,1 % en 2005), en décalage avec l'évolution des bénéficiaires du RMI, qui constitue pourtant la moitié des effectifs de la CMU-C.

Equilibré par une dotation budgétaire de l'Etat, les comptes du Fonds oscillent autour du point d'équilibre. L'année 2005 se termine par un solde cumulé au 31 décembre de + 48,4 M€. L'année 2005 a vu la dotation budgétaire directe se réduire fortement, le Fonds ayant bénéficié en contrepartie de l'affectation de droits sur les alcools (387 M€). La loi de finances initiale pour 2006 va amplifier ce mouvement avec l'affectation au Fonds d'une fraction des droits sur les tabacs (178 M€).

La loi de finances initiale et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifient, de plus, la structure des comptes du Fonds, avec d'une part le relèvement de 1,75 % à 2,50 % de la contribution des organismes complémentaires (OC) sur leur chiffre d'affaire santé, d'autre part la très forte revalorisation (à 340 €) du forfait par bénéficiaire géré.

Le coût moyen du régime général pour 2005 ressort en donnée provisoire à 332,9 €, celui définitif des OC en 2004 à 304,5 €. La revalorisation de 2006, devrait avoir pour conséquence que seul le régime général restera légèrement au dessus de la déduction. La CCMSA, la CANAM, et les OC auront un coût moyen inférieur à la déduction.

La contribution des OC à 1,75% en particulier, fait du Fonds un observatoire privilégié du monde de la complémentaire santé. Le chiffre d'affaire santé des OC ressort en 2005 à 24 408 M€ en augmentation de 7,8%, cette croissance forte est toutefois inférieure à celle observée en 2004 (+ 10,6%).

L'année 2005 a été également impactée en charge de travail par la mise en liquidation judiciaire de la très grande majorité des OC de la Guadeloupe.

Le Fonds gère la liste des complémentaires inscrites dans le dispositif CMU, dont sont donc sorties les mutuelles de Guadeloupe. Cette liste est en ligne sur le site du Fonds.

Cette fonction a conduit le ministère chargé de la sécurité sociale à confier au Fonds la mise en œuvre du répertoire national des organismes complémentaires (RNOC). Cette lourde tâche a été menée à terme avec succès et le RNOC est désormais complètement opérationnel.

Le site Internet du Fonds, outre la liste nationale, comporte de très nombreuses informations, réglementaires, statistiques et documentaires. Chaque jour ce sont plus de 4 000 pages qui ont été consultées, soit 6 fois plus qu'en 2004.

Ce bref aperçu de quelques unes des tâches accomplies en 2005 permet de prendre conscience de l'ampleur et de la qualité du travail accompli. Je me dois donc de remercier ici tous les agents du Fonds pour leur dévouement.

L'année 2006 qui commence a déjà programmé des dossiers encore plus lourds, tels que l'élaboration et le suivi du programme 183 de la LOLF pour lequel le Fonds a été désigné comme opérateur, un contrôle approfondi des effectifs déclarés par les régimes ou encore le rapport au Gouvernement sur « le chantier prix / contenu » des contrats du crédit d'impôt.

J'ai pleinement confiance dans la capacité de mobilisation et d'action du Fonds pour mener à bien les missions qui lui sont confiées.

Jean-François CHADELAT  
Inspecteur Général des Affaires Sociales  
Directeur du Fonds CMU

L'exercice formel de présentation d'un rapport d'activité sur une année civile, suppose que les données ou informations connues à la date d'adoption du rapport, mais relatives à l'année suivante, n'y figurent pas.

## LES MISSIONS DU FONDS

Le Fonds qui finance le volet complémentaire de la couverture maladie universelle et assure la gestion du crédit d'impôt (aide à l'acquisition d'une complémentaire santé) est un établissement public administratif de l'Etat créé par la loi du 27 juillet 1999. En 2005, son financement est assuré par des dotations budgétaires de l'Etat, le produit de la cotisation sur les boissons alcooliques, une dotation de l'assurance maladie destinée à financer le crédit d'impôt, et une contribution à laquelle sont soumis les organismes d'assurance complémentaire intervenant dans le domaine des soins de santé. Cette contribution est égale en 2005 à 1,75 % des primes ou cotisations des complémentaires santé.

La première mission du Fonds CMU est d'assurer le financement des dépenses de soins de santé restant à la charge, après intervention des régimes obligatoires d'assurance maladie, des personnes titulaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé. Le bénéficiaire de la CMU complémentaire peut, soit demander à sa caisse d'assurance maladie de gérer la part complémentaire de ses dépenses de soins, soit souscrire un contrat couvrant les mêmes prises en charge auprès d'un organisme d'assurance complémentaire qui s'est déclaré volontaire à la gestion de tels contrats.

Dans les deux cas, un bénéficiaire de la CMU-C ouvre droit pour le gestionnaire à un forfait (fixé à 304,52 € pour l'année 2005). Pour les régimes, la somme de ces forfaits leur est versée par le Fonds. Pour les organismes complémentaires, les forfaits viennent en déduction du montant de leur contribution.

Depuis 2005, les organismes complémentaires déduisent également de leur contribution le montant du crédit d'impôt dont leurs ressortissants bénéficient. Le cas échéant, les organismes d'assurance complémentaire (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance) reçoivent le remboursement de la somme qui leur est due quand le montant de la contribution est inférieur à celui de la somme des déductions.

Au titre de cette mission le Fonds procède à tout contrôle sur les dépenses qu'il finance.

La deuxième mission du Fonds est de participer à l'analyse de l'application des dispositifs CMU et crédit d'impôt dans ses aspects économiques, sanitaires et sociaux. Il assure, à ce titre, le secrétariat du conseil de surveillance placé auprès de lui. Celui-ci est composé de membres du parlement, d'associations luttant contre l'exclusion, des trois grands régimes d'assurance maladie, des différentes fédérations d'organismes complémentaires.

Cette seconde mission consiste plus précisément en un « suivi qualitatif » dont l'objet est d'identifier les difficultés d'application de la loi et les solutions à mettre en œuvre, ainsi que de dessiner les évolutions souhaitables. La participation à des recherches ou la conduite d'études concourt au recueil d'observations et à la formulation des mesures à prendre.

Le Fonds a enfin une fonction d'information dont l'objectif est la diffusion des nombreuses données statistiques qu'il recueille ainsi que des précisions et mises au point qu'impliquent les dispositifs CMU-C et crédit d'impôt.

# LE FINANCEMENT DE LA CMU COMPLEMENTAIRE

Les comptes du Fonds CMU pour l'année 2005 présentent un résultat positif de 43,8 millions d'euros (M€). Compte tenu du report à nouveau constaté fin 2004 (+ 4,6 M€), le solde cumulé au 31 décembre 2005 s'élève à 48,4 M€(cf. annexe 5 : présentation simplifiée des résultats du Fonds).

## ➤ LES RECETTES DU FONDS

Les recettes du Fonds sont constituées de dotations budgétaires de l'Etat, du produit de la cotisation sur les boissons alcooliques, d'une dotation de l'assurance maladie destinée à financer le crédit d'impôt et du produit de la contribution versée par les organismes complémentaires.

### Les dotations de l'Etat

Les dotations de l'Etat financent ainsi en 2005 la plus grande part des dépenses de CMU complémentaire avec un montant de 695 M€ La dotation budgétaire principale (ministère en charge de la sécurité sociale) s'élève à 661 M€ Elle est versée mensuellement par douzième selon des modalités et un échéancier déterminés par convention.

Une dotation spécifique, d'un montant de 34 M€ pour 2005, a été inscrite au budget du ministère des DOM pour financer l'attribution de la CMU-C aux personnes résidant dans les départements d'outre mer dont les ressources se situent entre le plafond de la métropole et ce plafond majoré de 10,8 %.

Il faut noter que l'article L. 862-3 du code de la sécurité sociale prévoit que « les recettes du Fonds sont constituées par (...) une dotation budgétaire de l'Etat destinée à équilibrer le Fonds. ».

En raison du calendrier des lois de finances, un excédent éventuel des comptes du Fonds, comme c'est le cas pour 2005, peut permettre de financer les dépenses de l'année  $n + 1$ . L'équilibre doit donc être compris comme réalisé sur plusieurs années.

### Les taxes affectées

La loi de finances pour 2005 a inscrit un nouveau type de recettes pour le Fonds : le produit de la cotisation mentionnée à l'article L. 245-7 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire la cotisation de 0,13 € par décilitre vendu de boissons d'une teneur en alcool supérieur à 25 pour

cent en volume. Les recettes des douanes versent ces sommes directement sur le compte du Fonds par l'intermédiaire de l'Agence comptable centrale du Trésor.

L'attribution de cette cotisation au Fonds permet à l'Etat de réduire le montant de sa dotation budgétaire directe.

Le rendement de cette cotisation est de 387 M€ pour 2005.

A noter que la loi de finances pour 2006 décide d'attribuer au Fonds une fraction de 1,88 % du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts, antérieurement affectée à la CNAMTS.

### **La dotation de l'assurance maladie relative au crédit d'impôt**

L'article L. 862-3 du code de la sécurité sociale prévoit qu' : « une dotation globale de l'assurance maladie versée dans les conditions prévues par l'article L. 174-2 » vient en recettes du Fonds. Ce dernier article du code renvoie pour la ventilation entre les régimes d'assurance maladie à la clé de répartition de la dotation globale hospitalière entre régimes. Cette dotation finance le crédit d'impôt.

Selon l'article R. 862-11 modifié par le décret n° 2004-1450 du 23 décembre 2004, le montant de cette dotation globale ainsi que sa répartition entre les régimes d'assurance maladie sont fixés, chaque année, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Ce montant ne peut excéder, au titre d'un exercice, le montant total des déductions relatives au crédit d'impôt opérées par les organismes complémentaires.

« Dans le cas contraire, la différence entre le montant de la dotation versée et les déductions opérées donne lieu à une régularisation qui intervient dans l'arrêté pris au titre de l'année suivante ». Autrement dit, la dotation de l'assurance maladie ne peut dépasser la somme des déductions relatives au crédit d'impôt. Par contre, si la dotation a été sous évaluée une année donnée, elle ne sera pas régularisée l'année suivante.

La dotation sera versée au Fonds CMU par la CNAMTS pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie dans des conditions prévues par convention entre le Fonds, la CNAMTS et l'ACOSS.

Au titre de 2005, et en fonction des déductions opérées par les organismes complémentaires sur les déclarations adressées au Fonds CMU, une recette de 12,75 M€ a été inscrite dans les comptes de l'établissement. L'arrêté sus-visé doit être pris au début de l'année 2006.

### **La contribution des organismes complémentaires**

Le produit de la contribution qui alimente le Fonds s'établit comptablement pour 2005 à 302 M€, compte tenu de l'estimation des produits à recevoir au titre de 2005 de l'ACOSS et de la régularisation de ceux-ci au titre de 2004. En effet, une part de cette contribution n'est payée aux URSSAF qu'au 31 janvier de l'année suivante (date de la quatrième échéance trimestrielle) et son produit exact ne peut donc être connu au 31 décembre. Ce montant, en droits constatés, figure dans les comptes du Fonds.



La répartition mensuelle des encaissements nets des URSSAF (trésorerie) s'établit pour l'année 2005 à :

*En milliers d'euros*

Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Total
13 780	50 774	1 974	7 921	71 163	11 105	17 844	54 824	4 339	18 076	51 662	705	304 166

*Source : ACOSS*

Les trois premiers mois concernent essentiellement des encaissements se rapportant au 4<sup>ème</sup> trimestre 2004. Les encaissements relatifs au 4<sup>ème</sup> trimestre 2005 seront versés au cours du 1<sup>er</sup> trimestre 2006. C'est l'explication de la différence entre le total des encaissements (304 M€ en trésorerie) présenté dans le tableau ci-dessus et le produit de la taxe en droits constatés (302 M€).

Pour l'année 2005, en encaissements, on notera que parmi les 26 URSSAF, « pivots régionaux », désignées pour encaisser la contribution, l'URSSAF de la région parisienne représente à elle seule 68,7 % des encaissements, les URSSAF de Lyon, d'Orléans et de Lille respectivement 5,6 %, 3,5 % et 3,4 %.

L'ACOSS reverse au Fonds le produit de cette contribution dans des conditions fixées par convention, et par avenant annuel. L'avenant au titre de l'année 2005 fixant le montant des versements à 285 M€ a été signé le 23 décembre 2004. Les régularisations financières, au vu des encaissements réels, sont réalisées lors du versement trimestriel suivant.

## ➤ LES DEPENSES DU FONDS

Jusqu'au 31 décembre 2003, le Fonds remboursait aux régimes de sécurité sociale la totalité de leurs dépenses relatives à la CMU complémentaire. A compter de 2004, le Fonds rembourse les régimes sur la base d'un forfait trimestriel (76,13 € par bénéficiaire en 2005), c'est à dire de manière identique à celle retenue pour les organismes complémentaires depuis la création de la CMU.

### Les versements aux régimes obligatoires

Ces versements sont organisés par des conventions. Les acomptes (trésorerie), déterminés par avenant annuel, sont versés mensuellement pour les 3 plus grands régimes. Pour les autres régimes, il n'y a qu'un acompte annuel, fixé sur la base des dépenses constatées lors de l'exercice précédent.

Le montant définitif des sommes dues par le Fonds est déterminé en fonction du nombre de bénéficiaires de chaque régime le dernier jour des mois de février, mai, août et novembre. Une régularisation annuelle est alors réalisée (nombre de bénéficiaires multiplié par le forfait, rapporté aux acomptes versés).

Le tableau ci-après présente l'ensemble des acomptes versés en 2005, le montant des régularisations se rapportant à 2005 et en conséquence le montant total des dépenses comptabilisées par le Fonds en 2005. On doit préciser que le nouveau système de remboursement aux régimes amène le Fonds à ne plus comptabiliser de provisions pour ceux-ci.

Organismes	Montant des acomptes 2005	Régularisations 2005	Total
CNAMTS	1 190 000	2 118	1 192 118
CCMSA	39 300	699	39 699
CANAM	29 700	5 604	35 304
CNMSS (Militaires)	700	106	806
ENIM (Marins)	630	-	630
GAMEX (Agriculteurs)	560	- 53	507
CAVIMAC (Cultes)	300	96	396
CANSSM (Mines)	180	- 4	176
SNCF	150	8	158
CRPCEN (Notaires)	50	33	83
RATP	25	8	33
<b>TOTAL</b>	<b>1 261 595</b>	<b>8 617</b>	<b>1 270 212</b>

Source : données comptables des régimes

Les versements au régime général représentent 94 % des versements aux régimes.

Il convient de préciser que depuis la mise en place d'un paiement des régimes sur la base d'un forfait, la différence entre celui-ci et les dépenses réelles de CMU-C supportées par les régimes vient peser directement sur les comptes des régimes. Ainsi, à titre d'exemple, le régime général a supporté une charge non remboursée par le Fonds de 87 M€ en 2004 et de 73 M€ en 2005. Il faut noter que la forte revalorisation du forfait en 2006 va quasiment rendre égaux les versements du Fonds à la CNAMTS et les dépenses réelles du régime général.

### Les remboursements aux organismes complémentaires

Dans les remboursements aux organismes complémentaires présentés dans cette partie figurent les paiements déjà effectués et ceux en cours encore à cette date.

A la fin mars 2006, le montant des remboursements effectués au titre de 2005 s'établit à 71,8 M€ (70,7 M€ en 2004, 69,7 M€ en 2003, 46,5 M€ en 2002, 36,7 M€ en 2001, 10,4 M€ en 2000). 557 remboursements ont été réalisés par le Fonds au titre de cette période, soit 139 remboursements en moyenne par trimestre.

	Montants total des remboursements	Nombre	Montant moyen 2005	Montant moyen 2004	Montant moyen 2003	Montant moyen 2002
Premier trimestre	15 222	111	137	105	84	37
Deuxième trimestre	17 201	140	123	101	79	46
Troisième trimestre	18 208	147	124	107	80	39
Quatrième trimestre	21 225	159	133	107	80	50
<b>Total</b>	<b>71 856</b>	<b>557</b>	<b>129</b>	<b>105</b>	<b>81</b>	<b>43</b>

Source : déclarations au Fonds des organismes complémentaires

Ces chiffres ne tiennent pas compte des régularisations du nombre de bénéficiaires déclaré que les organismes complémentaires pourront faire dans le cadre de la déclaration du 1<sup>er</sup> trimestre 2006 (courant mai 2006).

Le montant moyen des remboursements s'établit à 129 000 euros en 2005. Il augmente régulièrement et fortement depuis 2000. Il a progressé dans un premier temps sous l'effet de l'augmentation du nombre de contrats CMU gérés par les organismes complémentaires (explication valant surtout sur la période 2000 – 2002). Depuis 2002, ce constat s'explique essentiellement par le regroupement des bénéficiaires au sein d'un nombre décroissant d'organismes (sorties du dispositif CMU, regroupement des mutuelles). On aboutit en conséquence à une diminution du nombre de remboursements : 1 086 en 2001, 1 073 en 2002, 862 en 2003, 655 en 2004 et 557 en 2005. Le montant moyen du remboursement est ainsi passé de 26 000 euros en 2000 à 129 000 euros en 2005 (34 000 euros en 2001, 43 000 en 2002, 81 000 en 2003, 105 000 en 2004). On notera que, comme on pouvait s'y attendre, l'impact du crédit d'impôt sur le nombre de remboursements est marginal sur 2005 (car c'est l'année de mise en place du dispositif) : seule une cinquantaine de remboursements sont intervenus du fait de la prise en compte du crédit d'impôt.

Le nombre de remboursements d'un montant unitaire supérieur à 100 000 euros représente 24 % du nombre des remboursements (23 % en 2004 et 18 % en 2003 ; ce pourcentage représente 2,5 fois celui constaté en 2002) et 86 % de leur montant total (83 % en 2004). Les remboursements d'un montant unitaire inférieur à 10 000 euros représentent 30 % du nombre des remboursements (33 % en 2004) et 0,9 % de leur montant total (1,45 % en 2004).

La transmission par les caisses d'assurance maladie et la réception par les organismes d'assurance complémentaire des informations nécessaires à la comptabilisation des déductions selon les délais impartis, continuent de connaître des difficultés même si, à partir de 2002, la situation semble s'être améliorée. Le Fonds a donc défini et organisé une procédure de régularisation du nombre de bénéficiaires déclaré à compter de l'exercice 2001.

L'opération de régularisation bien que lourde en terme de gestion pour le Fonds, apparaît indispensable pour permettre d'ajuster les déductions à la réalité. Le nombre de régularisations constitue un indicateur de la mesure de l'ampleur des difficultés encore rencontrées sur le terrain. C'est ainsi qu'on a constaté une relative stabilité du nombre de régularisations entre 2003 et 2004 (après une diminution importante entre 2002 et 2003). Les régularisations, en valeur absolue, représentaient 3,45 % du nombre de bénéficiaires déclaré

en 2002, 1,95 % en 2003, 1,88 % en 2004 (39 000). Plus de deux organismes sur trois n'utilisent pas la procédure de régularisation.

<b>2004</b>	<b>Nombre de régu l positives</b>	<b>Nombre de régu l négatives</b>	<b>Nombre d'OC ayant effectué une régu l</b>
T1	11 662 (102 OC)	1 069 (13 OC)	115
T2	10 785 (102 OC)	1 273 (13 OC)	115
T3	11 209 (99 OC)	457 (13 OC)	112
T4	8 532 (96 OC)	214 (10 OC)	106
<b>Total</b>	<b>42 188</b>	<b>3 013</b>	

*Source : déclarations au Fonds des organismes complémentaires*

### **Le contrôle des déductions opérées par les OC**

Le Fonds CMU a pour mission de contrôler les déductions opérées par les organismes complémentaires sur leurs déclarations à la contribution finançant la CMU complémentaire. Il s'agit de vérifier sur une ou plusieurs échéances, l'exactitude du droit à déclarer des déductions relatives à la CMU complémentaire ou, depuis 2005, celles relatives au crédit d'impôt. Au sein du Fonds CMU, le contrôle s'effectue en partenariat entre le service de l'ordonnateur et l'agence comptable pour l'adapter au mieux aux enjeux financiers.

Sur cette question, 2005 aura été une année de rupture pour le Fonds. La mise en œuvre du crédit d'impôt, avec un développement très important de la charge de travail, a obligé le Fonds à amplifier l'approche par les risques et à rationaliser ses procédures. L'ensemble des procédures a été réécrit.

Le préalable du contrôle consiste dans la transmission au Fonds par l'organisme de sa liste des personnes sous contrat. Cette liste doit correspondre aux déductions effectuées sur la déclaration du trimestre contrôlé. Elle est examinée attentivement en particulier sur les points suivants : nombre de bénéficiaires mentionné sur la liste par rapport à celui déclaré, dates d'entrée et de sortie comparées à la date de référence, existence d'éventuels doublons (même nom, prénom et date de naissance). Spécifiquement, sur le crédit d'impôt, on contrôle que le montant correspond à celui prévu en fonction de l'âge de la personne au 1<sup>er</sup> janvier de l'année du début du droit.

- ***Le contrôle des déductions relatives à la CMU complémentaire***

Le contrôle des listes a concerné près de 92 % des bénéficiaires déclarés. Le taux d'anomalie est ressorti à 0,17 % et l'enjeu financier sur le groupe d'organismes à près de 270 K€ Les erreurs sont comme toujours concentrées sur un nombre restreint d'organismes ce qui confirme le bien fondé de notre approche par les risques. Pour près de 80 %, les erreurs concernaient des doublons. Le Fonds a systématiquement contrôlé une seconde fois, le trimestre suivant, les organismes avec le nombre d'anomalies le plus élevé et il a pu constater une amélioration très sensible de la situation. Sur ce champ, le taux d'anomalie doit désormais être résiduel. Les nouveaux contrôles diligentés en 2006 permettront de vérifier cette hypothèse.

Le Fonds peut s'en tenir à ce premier niveau de contrôle mais il peut également aller au-delà en lançant un contrôle approfondi.

Le contrôle approfondi est effectué à partir d'un échantillon tiré aléatoirement dans la liste des bénéficiaires. Pour cet échantillon, il est alors réclamé aux OC les attestations du droit à protection complémentaire délivrées par les caisses d'assurance maladie, ou tout document émanant de ces caisses, attestant du droit pour le bénéficiaire et de la période couverte. Ce rapprochement est effectué soit lors d'un déplacement dans les organismes, soit sur pièces (les documents sont alors adressés au Fonds et examinés dans ses locaux).

19 vérifications approfondies ont été inscrites sur le plan de contrôle 2005. Ces vérifications ont fait ressortir un taux d'anomalie de 0,67 % qui apparaît très faible par rapport aux exercices précédents (1,64 % en 2004, 1,42 % en 2003). Si l'on applique ce taux d'anomalie à l'ensemble des déductions déclarées, l'enjeu financier annuel du contrôle approfondi s'élève à près de 1,2 millions d'euros.

- ***Le contrôle des déductions relatives au crédit d'impôt***

Le Fonds a introduit dans son outil de saisie des déclarations, des contrôles automatiques lui permettant de déceler un certain nombre d'anomalies. Dans ces situations, il a contacté l'organisme concerné afin de lui rappeler les règles à appliquer et lui fournir toute l'information utile.

En outre, il a examiné la très grande majorité des listes de bénéficiaires mises à sa disposition, ce qui lui a permis d'effectuer divers rappels ciblés en direction des OC, au travers de courriers, d'entretiens téléphoniques et de Références CMU.

Quatre contrôles approfondis ont été lancés sur ce champ en fin d'année. Aucune anomalie n'a pu être constatée. En effet, les erreurs rencontrées dans le cadre de la CMU complémentaire liées essentiellement à des problèmes de transmission ou de réception des attestations de droits n'ont pas lieu d'exister pour le crédit d'impôt, puisque c'est l'OC lui-même qui ouvre le droit et conserve l'original de l'attestation.

- ***La coordination avec la branche du recouvrement***

Outre des contacts avec les URSSAF également en charge de ce contrôle, la coordination des actions implique qu'une réunion de suivi soit organisée annuellement avec l'ACOSS. En 2005, cette réunion s'est déroulée le 15 décembre. A cette occasion, le Fonds a présenté à son partenaire un bilan affiné des actions de vérification effectuées par ses services en 2005. Les deux partenaires ont également défini la liste des organismes à contrôler par les URSSAF en 2006. Dans cette liste figurent les organismes pour lesquels le Fonds a constaté les anomalies les plus importantes en terme d'enjeux financiers lors de ses précédentes vérifications.

Ces réunions sont également l'occasion d'échanges d'expériences sur les contrôles et favorisent une harmonisation des pratiques. Dans cet esprit, le Fonds CMU met régulièrement à disposition de l'ACOSS des fiches de procédure actualisées sur le contrôle. L'ACOSS relaie alors l'information aux URSSAF.

Il faut également rappeler que la nouvelle convention liant nos deux organismes et prévue par l'article R.862-13 du code de la sécurité sociale, a été signée le 31 mars 2005. Cette convention a permis d'actualiser la première convention qui avait été signée le 4 avril 2001 en prenant notamment en compte les évolutions législatives intervenues en 2004 (mise en place du crédit d'impôt etc.).

## ➤ LA TRESORERIE DU FONDS

Le profil de trésorerie du Fonds CMU (cf. annexe 6) est marqué par l'irrégularité de la perception des recettes du Fonds. Si antérieurement à 2005, l'essentiel des recettes étaient constituées par la dotation budgétaire de l'Etat versée mensuellement par douzième (55 M€ en 2005), le versement de la cotisation alcool est plus irrégulier (de 16 à 50 M€ selon les mois).

De plus, le reversement par l'ACOSS de la contribution perçue par les URSSAF est trimestriel (au 15 du 2<sup>ème</sup> mois de chaque trimestre civil). C'est à ces dates que la trésorerie atteint ses plus hauts niveaux.

En matière de dépenses, les acomptes vis-à-vis des régimes sont définis par convention. Le Fonds CMU les propose en fonction de son profil de trésorerie prévisionnel. Le Fonds tente d'ajuster les acomptes au mieux, pour faire supporter au minimum les décalages de versement aux régimes, mais en prenant en compte son propre profil (le Fonds CMU ne peut être en négatif sur son compte).

A titre d'exemple, le Fonds a versé le 17 mai 110 M€ à la CNAMTS juste après le versement de l'ACOSS. La trésorerie du Fonds ne permettait pas plus (solde à 9 M€ le 4 juin).

Pour le versement de début novembre, le Fonds a été contraint de décaler de quelques jours 15 M€ du versement à la CNAMTS : en effet, c'est la perception de la cotisation alcool du 7 novembre qui a permis le versement (solde du compte du Fonds au 4 novembre : 17 965 €).

## ➤ PRESENTATION ECONOMIQUE DES COMPTES DU FONDS

La présentation des recettes et des dépenses du Fonds exposée dans la partie précédente correspond à la présentation comptable des résultats du Fonds : dans les comptes arrêtés par le conseil d'administration du Fonds, seuls la partie nette de la contribution versée au Fonds et le montant des paiements réalisés par le Fonds aux organismes complémentaires sont inscrits.

Or, en terme économique et pour affiner l'analyse, il semble important de faire apparaître la totalité du montant de la contribution (1,75 % du chiffre d'affaires santé des complémentaires) qu'elle ait été versée au Fonds ou retenue par les complémentaires du fait des déductions. De la même manière, il est intéressant de connaître le poids total des déductions consenties aux OC, qu'elles aient entraîné un paiement par le Fonds ou un moindre versement de contribution.

Le tableau suivant reprend donc en termes économiques et non comptables les résultats du Fonds. Ainsi, les montants de la contribution et des déductions des organismes complémentaires sont inscrits pour leur valeur totale.

*En millions d'euros*

Recettes	2000	2001	2002	2003	% évol	2004	% évol	2005	% évol
Dotation budgétaire (LFI)	1 067	1 006	930	970	4 %	997	3 %	695	- 30 %
Dotation budgétaire (LFR)	-267	-117	220			40			
Taxe alcool								387	
<b>Total Etat</b>	<b>800</b>	<b>889</b>	<b>1 150</b>	<b>970</b>	<b>-16 %</b>	<b>1 037</b>	<b>7 %</b>	<b>1 082</b>	<b>4 %</b>
Contribution des OC	280	308	330	359	9 %	395	10 %	425	8 %
Dotation ass. mal. (CI)								13	
<b>Total Recettes</b>	<b>1 080</b>	<b>1 197</b>	<b>1 480</b>	<b>1 329</b>	<b>-10 %</b>	<b>1 432</b>	<b>8 %</b>	<b>1 520</b>	<b>8 %</b>
<b>Dépenses</b>									
Versements aux régimes	1 001	1 237	1 159	1 263	9 %	1 222	-3 %	1 267	4 %
Déductions CMU-C	44	124	142	182	28 %	197	8 %	195	- 1 %
Déduction CI								13	
Gestion administrative	1	1	1	1		1		1	
<b>Total Dépenses</b>	<b>1 046</b>	<b>1 362</b>	<b>1 302</b>	<b>1 446</b>	<b>11 %</b>	<b>1 420</b>	<b>-2 %</b>	<b>1 476</b>	<b>4 %</b>
<i>Correction comppta/éco</i>						- 63			
Résultat de l'année	34	-165	178	-117		75		44	
Résultat cumulé	34	-131	47	-70		5		48	

Source : Fonds CMU

Le passage des résultats économiques aux résultats comptables a nécessité en 2004 un ajustement (ligne correction comptable/économique). Les prévisions de versements aux régimes comptabilisés en 2003 sous forme de provisions (prévues également dans le tableau « économique ») se sont avérées trop fortes, tandis que les produits à recevoir étaient sous estimés. Il était donc nécessaire de rétablir par cette correction la réalité du compte 2004 et l'égalité entre résultat économique et comptable.

Le résultat cumulé 2005 est la somme de deux arrondis, et c'est ce qui explique la différence de 1 M€(résultat cumulé fin 2004 : 4,6 M€+ résultat 2005 : 43,8 M€).



# LE SUIVI ET L'ANALYSE SOCIALE

## ➤ LE CONSEIL DE SURVEILLANCE DU FONDS

Le conseil de surveillance, présidé par Jean-Marie ROLLAND, député de l'Yonne, s'est réuni à deux reprises en 2005.

Lors de sa séance du 22 juin, le conseil a pris connaissance du rapport d'activité du Fonds pour 2004. Il a décidé de transmettre ce rapport au Parlement (en application de l'article R. 862-8 du code de la sécurité sociale). Les travaux conduits par le Fonds CMU sur la détermination des coûts moyens de CMU complémentaire, tant dans les régimes obligatoires d'assurance maladie que dans les organismes complémentaires santé ont été présentés. Un premier bilan de la montée en charge du crédit d'impôt a été dressé. Enfin, la question du mode de prise en compte des ressources pour les professions indépendantes et les exploitants agricoles a été discutée (cf. annexe 17).

Réuni le 30 novembre 2005, le conseil de surveillance a débattu des mesures législatives, impactant la CMU-C et le crédit d'impôt, prévues par les projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2006. Si les revalorisations des montants du forfait pris en charge pour chaque contrat de CMU complémentaire géré (340 €) et du crédit d'impôt ont été saluées, l'augmentation de 0,75 point du taux de la taxe à laquelle sont soumis les complémentaires a été regrettée par les contributeurs de cette taxe. Associé au transfert des taxes alcool et tabac, certains ont dénoncé le recul de l'engagement direct de l'Etat dans le financement de la CMU complémentaire.

Les échanges ont également été nourris sur le fait de savoir si le principe de gratuité des soins pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire devait être intangible compte tenu de leur situation sociale et financière, ou si au contraire, il convenait d'aligner leur traitement sur celui de l'ensemble des résidents en France, et donc de les pénaliser financièrement s'ils ne respectent pas le parcours de soins. Enfin, un bilan de la montée en charge du crédit d'impôt a été présenté.

## ➤ APPRECIATION QUALITATIVE

### La mise en œuvre de la LOLF

La loi organique relative aux lois de finances a profondément bouleversé le mode de présentation et de suivi des dépenses de l'Etat. La CMU complémentaire étant largement financée par le budget de l'Etat, ces crédits font l'objet d'une nouvelle présentation et d'un suivi adapté.

Le programme 183 « Protection maladie » inclut trois actions dont la première « Accès à la protection maladie complémentaire » est centrée sur la CMU-C (cf. annexe 12).

Pour suivre l'efficacité de cette action, quatre indicateurs ont été définis par les ministères. L'année 2005 a vu le réel démarrage de ce travail qui devra trouver son plein débouché lors de la présentation du projet de loi de finances pour 2007.

### L'entrée en vigueur du « crédit d'impôt »

L'article L. 862-1 du code de la sécurité sociale dispose que le Fonds a notamment pour mission « d'assurer la gestion du crédit d'impôt prévu à l'article L. 863-1. ».

Dès le début du second semestre 2004, le Fonds a été fortement impliqué notamment pour ce qui concernait les modalités de mise en œuvre pratique du dispositif sur le terrain. Il a dans ce cadre participé à un grand nombre de réunions. A partir du début de l'année 2005, il a été confronté aux très nombreuses questions des organismes complémentaires qui attendaient des réponses précises et rapides de sa part. C'est ce à quoi il s'est attaché durant l'année 2005.

Les articles L. 863-1 et suivants du code de la sécurité sociale définissent le dispositif. Les articles R. 863-1 à R. 863-6 et R. 863-11 et suivants en précisent les conditions d'application.

Le nouveau dispositif se situe dans la prolongation de la CMU complémentaire dont il vise à atténuer l'effet de seuil. Il est destiné aux foyers disposant de ressources comprises entre le plafond de la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 15 %. Selon les statistiques disponibles sur les revenus, l'effectif de la population potentiellement concernée s'établirait à 2 millions de personnes.

La demande de crédit d'impôt est effectuée par l'assuré social auprès de sa caisse d'assurance maladie. Si les ressources du ménage sont comprises entre le plafond de la CMU-C et celui-ci majoré de 15 %, la caisse lui remet une attestation (individuelle pour les plus de 16 ans et familiale dans le cas contraire) qui indique, en fonction de l'âge des bénéficiaires, le montant du crédit d'impôt annuel. Pour 2005, ce montant a été fixé à 150 € par personne âgée de 25 à 59 ans, de 75 € pour les personnes âgées de moins de 25 ans et de 250 € pour celles âgées de 60 ans et plus. L'âge est apprécié au 1<sup>er</sup> janvier de l'année où le bénéficiaire exerce son droit auprès d'un organisme complémentaire. Le montant du crédit d'impôt est plafonné au montant de la cotisation ou de la prime due.

Le bénéficiaire dispose d'un délai de 6 mois pour utiliser son attestation auprès d'un organisme complémentaire. Sur présentation de l'original de l'attestation à un organisme complémentaire de son choix, l'intéressé bénéficie d'une réduction de prime ou de cotisation

annuelle, égale au montant du crédit d'impôt sur un contrat d'assurance santé en cours ou sur celui qu'il a choisi de souscrire.

Jusqu'en 2005, le bénéficiaire peut choisir n'importe quel contrat de complémentaire santé dès lors qu'il est à adhésion individuelle et qu'il ne prend pas en charge la participation forfaitaire d'un euro par acte ou consultation médicale. A partir de 2006, les contrats devront être « responsables » selon les termes précisés par le décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005. Le contrat de sortie CMU est éligible à cette aide.

Le crédit d'impôt ne s'applique pas aux contrats collectifs à adhésion obligatoire.

Le montant du crédit d'impôt est récupéré par l'organisme complémentaire qui le déduit par quart de son montant annuel (dans les mêmes conditions que les déductions opérées au titre de la gestion de chaque bénéficiaire de la CMU complémentaire) du montant de la taxe finançant le Fonds CMU (éléments compris dans les déclarations à la contribution CMU complémentaire). Le nombre de déductions pour le crédit d'impôt correspond au nombre de personnes sous contrats en vigueur le dernier jour du deuxième mois de chaque trimestre civil (nombre de contrats au 28 ou 29 février pour le 1<sup>er</sup> trimestre, au 31 mai pour le second, etc.).

Le bordereau déclaratif relatif au financement de la CMU complémentaire a été actualisé par la création d'une ligne et de deux rubriques à la suite de celles relatives à la CMU complémentaire : le nombre de bénéficiaires du crédit d'impôt et le montant global du crédit d'impôt correspondant.

Les principaux chiffres relatifs au crédit d'impôt sont présentés dans la partie suivante : plus de 400 000 bénéficiaires potentiels du droit au 31 décembre (ayant reçu une attestation) ; 178 000 bénéficiaires effectifs au 30 novembre (l'ayant utilisé).

Malgré l'écart avec la population cible affichée (à relativiser compte tenu de la montée en charge progressive), on peut parler d'un succès. D'autant plus si on le compare avec le dispositif précédent.

C'est par lettre du 30 novembre 2001 que madame Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité, avait en effet demandé à la CNAMTS de mettre en place un dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé pour atténuer l'effet de seuil créé par le plafond de la CMU complémentaire. Le dernier bilan disponible au 30 juin 2004 faisait état de 33 891 bénéficiaires d'un dispositif local et de 25 027 personnes dans le dispositif national, soit au bout de 2 années 59 000 bénéficiaires au total.

Il est possible de penser à ce stade, que la mise en œuvre d'un dispositif uniforme au plan national, étroitement articulé avec la CMU complémentaire du point de vue de l'examen du droit, et enfin, relativement simple d'utilisation pour les bénéficiaires disposant déjà d'une complémentaire santé, devrait à terme permettre de confirmer le relatif succès du nouveau dispositif par rapport au précédent.

## Des modifications législatives pour 2006

Ce sont la loi de finances (budget de l'Etat) et la loi de financement de la sécurité sociale qui comportent les mesures concernant la CMU complémentaire, le crédit d'impôt et le Fonds CMU.

La loi 2005-1719 du 30 décembre 2005 (loi de finances pour 2006) décide de deux mesures nouvelles.

D'abord, le forfait logement pris en compte pour le calcul des ressources des demandeurs de la CMU complémentaire est aligné sur le forfait déjà retenu pour les demandeurs de RMI, pour les nouveaux demandeurs de CMU-C percevant une aide au logement. La conséquence en est une augmentation de ce forfait pour les ménages de plus d'une personne. Le forfait s'ajoutant aux ressources des demandeurs, cette mesure d'alignement technique est légèrement défavorable pour quelques milliers de familles. C'est l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale qui est ainsi modifié.

Ensuite, une fraction de 1,88 % du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts, antérieurement affectée à la CNAMTS, le sera au Fonds CMU à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006. Ce transfert de 178 M€ est la contrepartie du désengagement de l'assurance maladie du financement des instituts de soins infirmiers, décentralisé aux régions avec l'affectation d'un produit par l'Etat en compensation. La dotation budgétaire de l'Etat au Fonds CMU s'en trouve diminuée à due concurrence.

La loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 (loi de financement de la sécurité sociale) prévoit également des mesures importantes qui entreront en vigueur en 2006.

En premier lieu, le montant du forfait représentatif des dépenses supportées par les gestionnaires de CMU complémentaire est porté à 340 € (+ 12 %). De même, le montant du crédit d'impôt destiné à aider l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire, pour les personnes dont les ressources dépassent de moins de 15 % le plafond d'octroi de la CMU complémentaire, est revalorisé. Ce crédit passe de 75 à 100 € pour les personnes de moins de 25 ans, de 150 à 200 € pour celles de 25 à 59 ans et de 250 à 400 € pour les personnes de plus de 60 ans.

Le taux de la contribution sur le chiffre d'affaires santé que payent les organismes complémentaires pour financer le Fonds CMU est augmenté de 0,75 point, le portant à 2,50 %.

Enfin, la loi de financement permet, par décret en conseil d'Etat, de limiter ou de supprimer, pour les bénéficiaires de la CMU-C, la prise en charge des majorations de ticket modérateur pour absence de choix de médecin traitant, pour refus d'accès au dossier médical personnel à compter de juillet 2007 et pour les médicaments à service médical rendu insuffisant.

## Parcours de soins et CMU-C

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a modifié les règles de fonctionnement de la sécurité sociale. Cette loi vise à assurer un meilleur suivi des patients en leur demandant de choisir un médecin traitant, qui va les soigner et les orienter si nécessaire vers des spécialistes pour des avis ponctuels ou pour un suivi. Il s'agit d'une réforme importante dont les effets ne se manifestent que progressivement : certaines dispositions ont été applicables dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005, d'autres se sont précisées en cours d'année, à l'occasion de la publication des décrets d'application mettant en œuvre les conventions passées entre l'UNCAM et les médecins.

Un certain nombre de dispositions financières ne concernent pas les bénéficiaires de la CMU. Le forfait de 1 € sur les actes de soins de ville non remboursé ne leur est pas appliqué. Les majorations du forfait hospitalier sont prises en charge par la CMU-C. La dépense est toujours intégralement prise en charge dans la limite des tarifs opposables, et les médecins ont obligation de respecter ces tarifs dans le cadre du parcours de soins (sauf exigence particulière du patient). Il en sera de même pour le forfait de 18 € instauré pour tous les soins d'une valeur supérieure à 91 € (en ville ou à l'hôpital) introduit par la loi de financement de la sécurité sociale du 15 décembre 2005.

Les choses sont un peu plus compliquées hors parcours de soins : les médecins spécialistes de secteur 1 consultés hors parcours de soins ont l'autorisation de pratiquer un dépassement dans la limite de 7 €. Cette majoration éventuelle est due par le bénéficiaire de la CMU comme par tout assuré social. Il est à noter que cette majoration peut aussi être mise en œuvre dans le cadre des consultations externes à l'hôpital.

- ***Les dispositions de la loi du 15 décembre 2005***

La loi de financement de la sécurité sociale du 15 décembre 2005 a introduit par amendement une disposition nouvelle permettant de restreindre par décret le périmètre des prises en charge par la CMU-C, en l'alignant sur celui des contrats dits « responsables » des organismes complémentaires.

La loi du 27 juillet 1999 instaurant la CMU prévoyait dans l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale la prise en charge sans contrepartie contributive des prestations couvertes par les régimes obligatoires de sécurité sociale. La loi de 2005 introduit dans l'article L. 861-3 un alinéa autorisant la modification par décret les dépenses prises en charge par la CMU, en s'alignant sur les règles du contrat responsable (L. 871-1) et en prenant en compte les avis de la Haute autorité de santé sur le service médical rendu insuffisant.

Cet amendement a fait l'objet d'un débat dans le cadre du conseil de surveillance du Fonds de financement : c'est moins le principe du parcours de soins qui est en cause que la réalité des pratiques de la fraction la plus précaire des bénéficiaires de la CMU (personnes sans domicile, instables, présentant des troubles psychiatriques). Les associations ont fait valoir que ces dispositions rendent plus compliquées les procédures d'accès aux soins pour des personnes confrontées à une multitude de difficultés, et que le résultat risque d'être plutôt contre productif.

- ***L'adhésion au médecin traitant***

Les décrets d'application devraient laisser à la charge du patient la part du ticket modérateur majoré (10 %), et les médicaments à faible service médical rendu ne seront plus pris en charge

au delà des 15 % remboursés par la sécurité sociale. Ces mesures s'ajouteront aux dépassements autorisés. Mais il est préoccupant de constater qu'un pointage de la CNAMTS portant sur le 3<sup>ème</sup> trimestre 2005 montre que seuls 45 % des bénéficiaires de la CMU ont choisi un médecin traitant, contre 65 % pour les autres assurés sociaux du régime général. Il est probable qu'il s'agit moins d'un refus du dispositif (les bénéficiaires de la CMU, comme toutes les personnes de milieu modeste privilégient le médecin généraliste et lui sont fidèles) que d'une incompréhension de la réforme.

Le tableau présenté en annexe 14 sur les parcours de soins a été réalisé par la Direction de la sécurité sociale. Il compare les niveaux de prise en charge d'assurance complémentaire pour la CMU, les contrats de sortie et les contrats dits « responsables ». Il faut reconnaître qu'ils sont d'une certaine complexité.

### Les refus de soins

Les bénéficiaires de la CMU sont des assurés sociaux de droit commun. Ils doivent donc être pris en charge par les professionnels de santé sans discrimination. Les refus de recevoir des bénéficiaires ou d'appliquer le tarif opposable et le tiers payant sont susceptibles de poursuites devant les conseils des ordres et devant la DGCCRF (Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes).

Les bénéficiaires de la CMU représentent 8 % des assurés sociaux, dont près de la moitié a moins de 20 ans : ils ne peuvent en aucun cas être assimilés à des marginaux ou des exclus (ce qui d'ailleurs ne saurait les écarter du dispositif de soins). Il faut toutefois constater l'existence de rumeurs persistantes sur l'exclusion des soins par certains professionnels de santé, sur le comportement difficile des bénéficiaires de la CMU ou sur les abus supposés de recours aux soins.

La question des refus de soins a pris une acuité particulière à la suite de la démarche de la CNSD (Confédération nationale des syndicats dentaires) qui a lancé dans sa publication de janvier 2005 un appel à ajourner tous les soins non urgents pour les bénéficiaires de la CMU en les inscrivant en fin de liste d'attente. Le procédé particulièrement maladroit a fait l'objet d'un rappel à l'ordre par le Ministre. Il faut toutefois observer que l'appel de la CNSD ne se voulait pas discriminatoire envers les bénéficiaires de la CMU, mais une forme de protestation contre la non revalorisation des forfaits pour les prothèses dentaires depuis la création de la prestation en 2000.

Des difficultés d'accès aux soins sont signalées par divers canaux :

- les associations, notamment par Médecins du monde ou Que Choisir qui a publié dans son numéro de décembre 2004 le résultat d'un « testing » auprès de spécialistes dans les grandes villes (Paris, Lyon, Marseille), et dans 5 départements comportant un taux élevé de bénéficiaires (6% de refus en moyenne nationale, 40 % à Paris) ;
- des médecins généralistes qui se plaignent d'avoir des difficultés à orienter certains de leurs patients vers des spécialistes ;
- des réclamations qui remontent aux caisses d'assurance maladie, ou au Fonds CMU via son site d'information. Les réclamations les plus fréquentes portent sur le dentaire (prothèses) et sur la fourniture des équipements optiques (les assurés ne sont manifestement pas bien informés par les opticiens des prestations auxquelles ils ont droit) ;
- des centres de santé (mutualistes ou communaux) qui se plaignent parfois de se voir adresser un grand nombre de patients CMU, notamment en dentaire.

- *Comment évaluer l'importance des refus de soins ?*

Il est difficile d'évaluer quantitativement les refus de soins : les données économiques globales concernant les consommations de soins ne présentent pas d'anomalies visibles et il est impossible de comparer à ce qu'eût été une consommation « normale », par exemple en matière de prothèses dentaires.

La recherche des plaintes éventuelles n'est pas non plus une véritable source d'informations : la possibilité juridique de mener des poursuites existe formellement, mais elle est longue, coûteuse et difficile à faire aboutir. Les patients ont évidemment d'autres préoccupations, et aucune procédure n'a véritablement été engagée à notre connaissance.

Il est aussi probable, comme l'indique l'enquête de Que Choisir, que les difficultés d'accès aux soins sont très variables selon le contexte économique et social : des refus de soins localisés par les questions par messagerie concernant Paris-ouest, Lyon-centre, Nice. Les zones où les refus semblent plus importants sont aussi celles où les dépassements tarifaires sont les plus importants. Mais ce sont aussi celles où la densité de bénéficiaires de la CMU est la plus faible.

Une analyse des refus de soins doit aussi tenir compte de la nature des soins mis en cause. Les bénéficiaires de la CMU s'adressent le plus souvent en première intention aux médecins généralistes, tout comme les assurés provenant de milieux sociaux équivalents (études IRDES, DREES) : sous réserve de situations particulières, il ne semble pas qu'il y ait de difficultés notables dans l'accès aux médecins généralistes qui assurent les soins courants.

- *Quelles actions en 2005 ?*

Les associations présentes au Conseil de surveillance du Fonds CMU ont demandé qu'une intervention de la puissance publique permette de rappeler à tous les acteurs les règles du jeu : l'accès aux soins doit être assuré dans des conditions normales. Elles ont aussi souligné que les refus de soins sont parfois vécus comme des humiliations pour des assurés vivant dans des conditions difficiles.

Une démarche entreprise avec la CNAMTS a consisté à prendre acte des difficultés que peuvent rencontrer les usagers pour entreprendre des poursuites en cas de refus de soins, et à mettre en place un dispositif plus adapté aux besoins des usagers. Outre le rappel des textes en vigueur, une circulaire indique que les caisses doivent enregistrer systématiquement les réclamations faites par les usagers (afin de pouvoir établir un état des lieux des refus de soins). Elles doivent par ailleurs mobiliser le service médical pour qu'un contact soit établi systématiquement avec le professionnel de santé pour lui rappeler les dispositions en vigueur et entreprendre éventuellement des poursuites. Enfin les caisses doivent s'assurer que l'assuré a trouvé une réponse adaptée à ses besoins médicaux.

Un premier bilan très partiel réalisé par la CNAMTS porte sur les trois premiers mois suivant la diffusion de la circulaire (troisième trimestre 2005) :

- 119 caisses ont répondu, avec 185 signalements. 69 n'ont aucun signalement, 36 de 1 à 3, 8 de 4 à 6, et 6 en ont plus de 6. Caen a fait 38 signalements, et Paris 8 ;
- 103 signalements sur 185 concernent des dentistes et 16 des ophtalmologues ;
- 99 signalements concernent des refus de soins, 47 des dépassements, 42 des refus de tiers payant ;
- les signalements sont effectués par les usagers, le plus souvent au guichet (2 courriers seulement) ;

- les actions menées par les caisses : 49 courriers de rappels de la réglementation, 41 transmission au contrôle médical, 20 demandes d'explications, 10 signalement au Conseil de l'ordre, et 61 en cours d'étude ;
- les suites : 37 normalisations de la situation, 26 en cours, 2 procédures judiciaires ou sanctions ;
- dans 121 cas, la suite n'est pas renseignée.



## ➤ **DONNEES QUANTITATIVES**

### Les effectifs des bénéficiaires de la CMU complémentaire

Les données présentées ci-après sont le plus souvent des données de synthèse provenant des régimes obligatoires. Elles visent à fournir l'essentiel des informations caractérisant le dispositif. Le Fonds tient à disposition des personnes intéressées des tableaux plus complets sous un format numérique.

- ***Qualité des données***

Le rapport d'activité de l'année précédente signalait des dysfonctionnements dans les données statistiques fournies par les régimes. L'année 2004 avait été mauvaise en matière statistique, en raison de difficultés rencontrées dans les procédures de requêtes statistiques, qui pouvaient engendrer des doubles comptes. L'organisation des fichiers des caisses, centrés sur le remboursement des feuilles de soins, n'est pas en effet le meilleur pour effectuer des décomptes de bénéficiaires : il lui faut garder la trace des personnes qui ont quitté une caisse ou qui ont pu changer d'immatriculation pour payer des décomptes qui peuvent arriver avec retard. Les filtres statistiques corrigent certaines de ces difficultés, mais des failles peuvent se révéler à l'usage, et conduire à une révision des procédures.

En 2005, la CNAMTS a réalisé un effort pour assurer le suivi des effectifs et corriger les procédures de requêtes. Les requêtes ont fonctionné à nouveau régulièrement à partir de la fin du 1<sup>er</sup> trimestre 2005. La CNAMTS fournit un premier chiffrage des effectifs en fin de mois (à 45 jours), puis rectifie ses données sur les 3 mois suivants.

La CANAM en revanche rencontre toujours des difficultés à fournir des résultats homogènes, et pense pouvoir arriver à une amélioration de la procédure statistique en 2006.

La CCMSA considère ne pas avoir de difficultés particulières à réunir ses informations statistiques.

Les Sections locales mutualistes gèrent pour le compte du régime général des catégories particulières d'assurés (en ce qui concerne la CMU, pour la moitié des étudiants). Elles doivent transmettre tous les trimestres leurs effectifs à la CNAMTS, qui payent les dépenses d'assurance maladie des ressortissants des SLM. Le Fonds avait identifié des anomalies dans les données transmises par la CNAMTS. Les données 2005 sont fournies plus régulièrement.

- ***Rappel des années précédentes***

La CMU a été mise en œuvre le 1<sup>er</sup> janvier 2000, date à laquelle elle a pris le relais de l'aide médicale départementale qui concernait environ 3,3 millions de personnes. En décembre 2000, 5 millions de personnes étaient protégées par la CMU complémentaire, dont environ 600 000 dans les DOM. 390 000 avaient fait le choix d'exercer leur droit par l'intermédiaire d'un organisme complémentaire.

Après des mouvements importants qui ont affecté le nombre de bénéficiaires, au 31 décembre 2001, il y avait 4 716 000 bénéficiaires, dont 617 000 dans les DOM. 630 000 avaient choisi un organisme complémentaire. 2002 fut une année de stabilisation et de légère décline de la prestation dans un contexte économique plutôt favorable : 4 570 000 bénéficiaires, dont

590 000 dans les DOM, la part relative des organismes complémentaires continuant à progresser lentement.

En 2005, l'inversion de tendance fut nette, en raison de la dégradation de la situation de l'emploi. La progression de 2003 fut toutefois atténuée par rapport aux données du rapport d'activité de l'année dernière, à la suite de la mise en œuvre d'une procédure de recadrage statistique. Au 31 décembre 2003, 4 712 000 personnes bénéficiaient de la CMU-C (+ 2,8 %), dont 622 000 dans les DOM (+ 5,4 %). La part des bénéficiaires gérés par les OC (661 000) tendait à baisser légèrement, en raison notamment des retraits d'un grand nombre d'organismes de la liste des gestionnaires de la CMU au 1<sup>er</sup> janvier 2003. La croissance fut un peu plus soutenue dans les DOM fin 2003, suite à la mesure de majoration du plafond appliquée à partir de septembre 2003.

En 2004, la croissance se ralentit à environ + 1 %. Les chiffres mensuels des DOM sont un peu erratiques, et perturbent la série. Les effectifs des personnes gérées par les organismes complémentaires sont toujours légèrement décroissants.

Les chiffres de 2005 ne sont pas totalement définitifs, mais ils sont très proches de ceux de l'exercice 2004 : une très légère croissance en fin d'année et un ralentissement du repli des organismes complémentaires.

Effectifs des bénéficiaires				
	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Janvier 2000 (estimation)	2 750 000	550 000	3 300 000	
Décembre 2000	4 443 555	616 280	5 059 835	389 085
Décembre 2001	4 098 873	617 128	4 716 001	630 426
Décembre 2002	3 978 298	590 696	4 568 994	668 086
Décembre 2003	4 089 261	622 479	4 711 740	661 473
Décembre 2004	4 157 866	598 196	4 756 062	647 195
Décembre 2005 (estimation)	4 220 000	620 000	4 840 000	632 000
Croissance en %				
Décembre 2001 / décembre 2000	-7,8%	0,1%	-6,8%	62,0%
Décembre 2002 / décembre 2001	-2,9%	-4,3%	-3,1%	6,0%
Décembre 2003 / décembre 2002	2,8%	5,4%	3,1%	-1,0%
Décembre 2004 / décembre 2003	1,7%	-3,9%	0,9%	-2,2%
Décembre 2005 / décembre 2004	1,0%	3,6%	1,3%	-1,9%

Source : tous régimes d'attribution

La série historique mensuelle complète peut être consultée en annexe 2.

- **Evolution du nombre de bénéficiaires en 2005 : données globales**

Les chiffres de 2005 sont encore provisoires pour le mois de décembre (la CNAMTS a fourni des données provisoires). Les données trimestrielles manifestent une très légère tendance à la hausse en métropole, un peu plus dans les DOM.

La prestation semble relativement peu sensible aux aléas de la conjoncture : la dégradation de l'emploi et la forte augmentation du RMI sur 2004 et 2005 n'a pas eu d'impact net sur le nombre de bénéficiaires de CMU-C.

Les effectifs gérés dans les OC se stabilisent : des organismes continuent de sortir de la gestion de la CMU mais ceux qui y restent gèrent plus de dossiers de bénéficiaires.

<b>Stock des bénéficiaires</b>	<b>Métropole</b>	<b>DOM</b>	<b>Total CMU</b>	<b>Dont OC</b>	<b>Part des OC</b>
Décembre 2002	3 978 298	590 696	<b>4 568 994</b>	668 086	14,6%
Décembre 2003	4 089 261	622 479	<b>4 711 740</b>	661 473	14,0%
Décembre 2004	4 157 866	598 196	<b>4 756 062</b>	647 195	13,6%
Mars 2005	4 154 926	605 920	<b>4 760 846</b>	636 561	13,4%
Juin 2005	4 204 726	619 992	<b>4 824 718</b>	636 003	13,2%
Septembre 2005	4 193 337	618 906	<b>4 812 243</b>	630 787	13,1%
Décembre 2005 (estimation)	4 222 697	620 365	<b>4 843 062</b>	631 769	13,1%

*Source : tous régimes d'attribution*

- **Entrées et sorties dans la prestation**

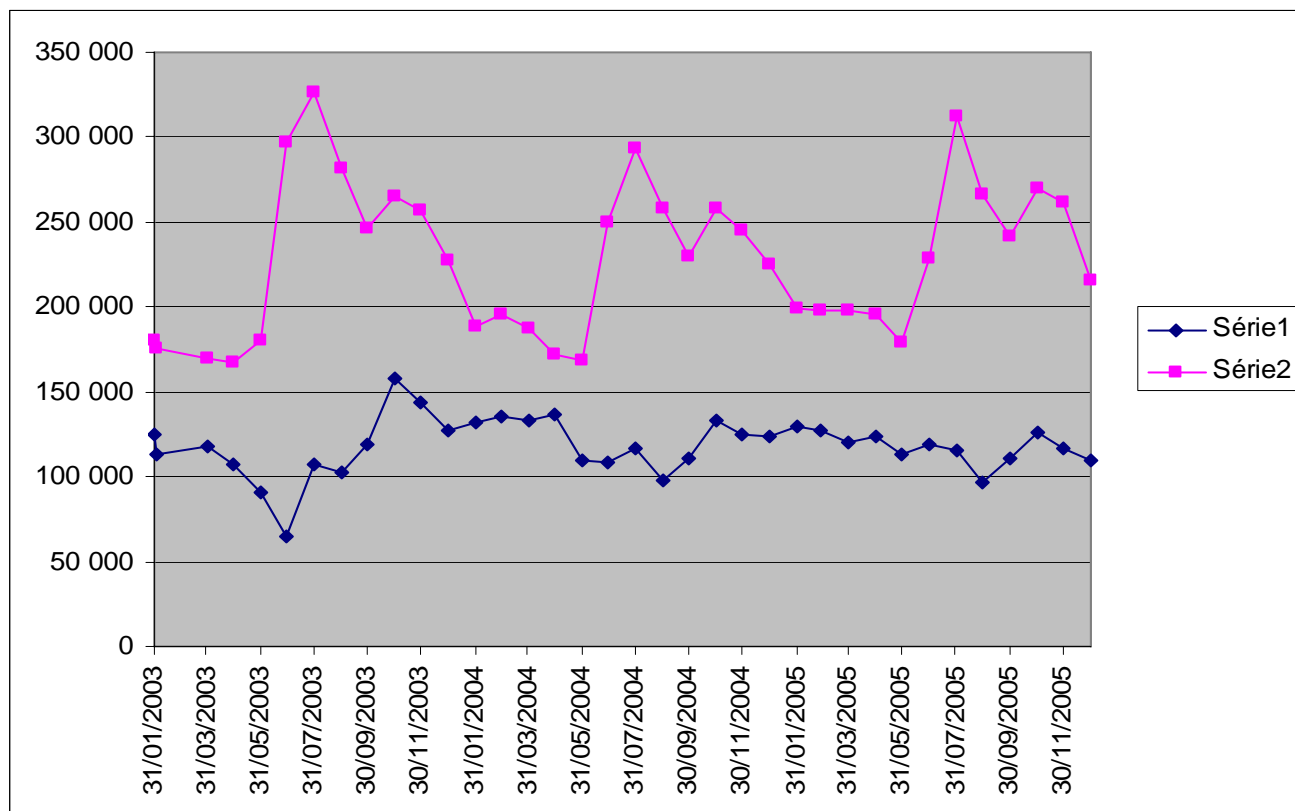
Il serait intéressant de pouvoir différencier les nouveaux bénéficiaires et ceux qui sont de façon durable dans la prestation. Il est en fait difficile de répondre à cette interrogation. La notion de renouvellement en termes de droit n'a pas de sens, puisque à chaque échéance les conditions d'ouverture du droit font l'objet d'un examen complet : c'est donc à ce titre un nouveau droit qui est ouvert. Sur 12 mois, tous les dossiers font l'objet d'un nouvel examen, soit comme nouvelle demande, soit pour un renouvellement, soit pour un refus ou pour une suspension si les personnes ne se sont pas présentées.

La CNAMTS essaye de résumer dans un tableau de suivi ces mouvements : certains mois correspondent à une plus forte activité en matière de renouvellement (période d'été) et d'autres à une plus grande arrivée de nouvelles demandes, au début d'automne. Les personnes présentant de façon tardive leur demande de renouvellement vont être considérées comme de nouveaux demandeurs, tout comme celles qui changent de caisse ou de situation.

Il y a en moyenne une nouvelle demande pour deux renouvellements, et cette proportion ne varie pas. Mais on peut considérer que les « nouvelles » demandes sont surévaluées, et qu'elles proviennent pour partie de personnes qui étaient auparavant dans le dispositif CMU, mais qui ont tardé à déposer leur dossier.

<b>Flux mensuel moyen</b>	<b>Nouveaux bénéficiaires</b>	<b>Renouvellements</b>
Moyenne 2001	90 801	266 131
Moyenne 2002	106 995	234 766
Moyenne 2003	114 581	231 291
Moyenne 2004	122 026	222 674
Moyenne 2005 (provisoire)	117 404	230 639

*Source : CNAMTS*



Source : CNAMTS

Série 1 : nouvelles demandes, série 2 : renouvellements

- **La répartition entre les régimes**

Le régime général représente 93 % des bénéficiaires. La stabilité de ses effectifs marque l'ensemble de la prestation.

Les autres régimes ont des évolutions plus contrastées : les ressortissants du régime agricole ont tendance à baisser, en raison de la diminution du nombre des exploitants : les effectifs de la CCMSA baissent de - 4,9 % en 2003, de - 0,4 % en 2004 et de - 1 % en 2005.

Les travailleurs indépendants accusent pour leur part une forte croissance continue : + 4,7 % en 2003, + 9,9 % en 2004 et + 6,8 % en 2005. A ce jour, la CANAM n'a pas d'explication sur cette croissance.

Dans la catégorie « autres régimes », il convient de différencier les autres régimes proprement dits qui ont une place relativement limitée, et les SLM qui représentent 8/10<sup>ème</sup> des effectifs des « autres régimes ». Pour la moitié, il s'agit d'étudiants. Les évolutions quantitatives de cette catégorie ne sont pas significatives, car les décomptes sont un peu aléatoires.

Les données de décembre 2005 sont estimées pour la CNAMTS.

	CNAMTS		CCMSA		CANAM		Autres régimes et SLM		Total CMU	
	Métropole	DOM	Métropole	DOM	Métropole	DOM	Métropole	DOM	Métropole	DOM
Déc-02	3 673 871	569 352	145 313	14 926	123 454	4 881	35 660	1 537	3 978 298	590 696
mars-03	3 804 021	581 685	142 315	14 998	119 252	4 923	46 158	1 691	4 111 746	603 297
juin-03	3 822 203	584 423	142 137	15 372	124 349	5 357	50 161	1 891	4 138 850	607 043
sept-03	3 733 208	572 950	139 207	14 843	115 142	5 094	55 161	1 891	4 042 718	594 778
déc-03	3 762 879	600 250	139 201	14 406	127 225	5 932	59 956	1 891	4 089 261	622 479
mars-04	3 771 589	600 553	139 204	15 603	129 688	6 248	82 398		4 122 879	622 404
juin-04	3 781 004	600 539	141 075	15 942	132 534	6 354	88 937		4 143 550	622 835
sept-04	3 736 464	562 782	140 267	15 285	135 709	6 558	90 857		4 103 297	584 625
déc-04	3 786 390	576 985	138 991	14 444	140 752	6 767	91 733		4 157 866	598 196
mars-05	3 778 107	583 949	137 562	14 340	145 091	7 631	94 166		4 154 926	605 920
juin-05	3 828 295	598 437	140 419	14 373	137 321	7 182	98 691		4 204 726	619 992
sept-05	3 810 675	597 037	139 504	13 993	142 059	7 876	101 099		4 193 337	618 906
déc-05	3 829 000	600 000	139 644	13 893	153 915	6472	100 138		4 222 697	620 365

Source : tous régimes d'attribution

- **La répartition par type de gestionnaire**

La part des organismes complémentaires reste assez faible dans la gestion de la prestation : un grand nombre d'organismes sont sortis de la liste des volontaires fin 2003 et fin 2004, et ont réduit l'offre d'autant. Le mouvement de sortie s'est stabilisé (hors fusion entre organismes qui n'ont a priori pas d'effet sur l'offre). Les effets des sorties des organismes sont différés dans le temps (l'organisme ne prend plus de nouveaux bénéficiaires, mais gère le droit de ses ressortissants jusqu'à extinction).

Les travailleurs indépendants (non salariés non agricoles et agricoles) choisissent plus volontiers la gestion par un organisme complémentaire, ainsi que les ressortissants des régimes étudiants.

Décembre 2004	Gestion		Total	Ratio gestion OC
	Régimes de base	Organismes complémentaires		
CNAMTS	3 814 064	549 311	4 363 375	12,6%
CCMSA	130 842	22 593	153 435	14,7%
CANAM	113 760	33 759	147 519	22,9%
Autres/SLM	49 931	41 532	91 463	45,4%
<b>Total</b>	<b>4 108 597</b>	<b>647 195</b>	<b>4 755 792</b>	<b>13,6%</b>
Décembre 2005	Gestion		Total	Ratio gestion OC
	Régimes de base	Organismes complémentaires		
CNAMTS (prov)	3 898 000	531 000	4 429 000	12,0%
CCMSA	132 995	20 542	153 537	13,4%
CANAM	128 199	32 188	160 387	20,1%
Autres/SLM	52 099	48 039	100 138	48,0%
<b>Total</b>	<b>4 211 293</b>	<b>631 769</b>	<b>4 843 062</b>	<b>13,2%</b>

Source : tous régimes d'attribution

La répartition entre modes de gestion a aussi une composante régionale très forte, liée à l'histoire du mouvement mutualiste. Il n'est pas très étonnant que la région de Niort ait un taux élevé, qui ne se retrouve pas dans des régions industrielles ou à forte densité urbaine comme le Nord, la région PACA ou l'Ile-de-France.

L'Alsace a un taux faible d'OC en raison des caractéristiques de son régime local d'assurance maladie qui offre une bonne couverture par ce régime obligatoire.

Le cas de la Guadeloupe est un peu à part : un grand nombre d'organismes complémentaires sont en situation de liquidation et les décomptes sont peu fiables.

Effectifs CMU 30/06/2005 (hors SLM et autres)	Gestion			Taux OC
	Régimes de base	OC	Total	
Alsace	74 453	4 546	78 999	5,8%
Aquitaine	159 396	27 972	187 368	14,9%
Auvergne	58 304	11 467	69 771	16,4%
Basse-Normandie	61 037	25 388	86 425	29,4%
Bourgogne	60 880	27 348	88 228	31,0%
Bretagne	86 331	40 803	127 134	32,1%
Centre	114 967	27 312	142 279	19,2%
Champagne-Ardenne	86 140	12 110	98 250	12,3%
Corse	17 254	1 861	19 115	9,7%
Franche-Comté	49 404	12 532	61 936	20,2%
Haute-Normandie	108 919	20 675	129 594	16,0%
Ile-de-France	744 955	51 643	796 598	6,5%
Languedoc-Roussillon	250 004	20 993	270 997	7,7%
Limousin	37 183	4 448	41 631	10,7%
Lorraine	112 808	16 705	129 513	12,9%
Midi-Pyrénées	166 762	12 038	178 800	6,7%
Nord-Pas-de-Calais	412 470	25 202	437 672	5,8%
Pays-de-la-Loire	121 403	40 315	161 718	24,9%
Picardie	134 708	6 296	141 004	4,5%
Poitou-Charentes	89 200	17 020	106 220	16,0%
PACA	405 146	24 590	429 736	5,7%
Rhône-Alpes	246 807	76 240	323 047	23,6%
<b>Métropole</b>	<b>3 598 531</b>	<b>507 504</b>	<b>4 106 035</b>	<b>12,4%</b>
Guadeloupe	64 992	55 264	120 256	46,0%
Martinique	84 270	25 739	110 009	23,4%
Guyane	64 918	1 426	66 344	2,1%
Réunion	323 305	78	323 383	0,0%
<b>DOM</b>	<b>537 485</b>	<b>82 507</b>	<b>619 992</b>	<b>13,3%</b>
<b>Total France</b>	<b>4 136 016</b>	<b>590 011</b>	<b>4 726 027</b>	<b>12,5%</b>

Source : trois grands régimes

- **La répartition géographique des bénéficiaires de la CMU-C**

7,8 % de la population résidant en France est couverte par la CMU complémentaire (la répartition géographique ci-dessous ne concerne que 7,6 %, car étant calculée sur les bénéficiaires des seuls 3 grands régimes). Cette proportion est inchangée depuis un an.

Les variations territoriales sont très fortes, et traduisent les variations de richesse : la plus forte variation est entre la métropole (6,8 %) et les DOM (34 %). La Réunion, avec 324 000 bénéficiaires et 42 % de la population couverte constitue un record absolu, qui peut avoir en partie pour origine des causes locales. Mais la Guyane, avec 36 % de la population couverte, et la plus forte progression sur 12 mois (+ 14 %), est en voie de la rattraper. Là encore la situation très particulière du département peut être une explication.

En métropole, les variations vont de 1 à 4 entre la Haute Savoie (3,2 %) et la Seine-Saint-Denis (13,1 %). Le tableau par régions ci-dessous, moins détaillé que celui par départements fourni en annexe 4, permet de situer les grandes tendances, qui changent peu d'une année sur l'autre.

<b>Effectifs CMU 30/06/2005 (hors SLM et autres)</b>	<b>Population estimée 2004 INSEE</b>	<b>CMU Tous régimes Juin 2005</b>	<b>RMI Tous régimes Juin 2005</b>	<b>Taux CMU sur population</b>	<b>Taux RMI sur population</b>	<b>Taux RMI/CMU</b>
Alsace	1 792 525	78 999	47 988	4,4%	2,7%	60,7%
Aquitaine	3 049 476	187 368	101 943	6,1%	3,3%	54,4%
Auvergne	1 326 530	69 771	36 628	5,3%	2,8%	52,5%
Basse-Normandie	1 443 438	86 425	39 634	6,0%	2,7%	45,9%
Bourgogne	1 616 077	88 228	40 852	5,5%	2,5%	46,3%
Bretagne	3 011 254	127 134	62 269	4,2%	2,1%	49,0%
Centre	2 479 786	142 279	70 919	5,7%	2,9%	49,8%
Champagne-Ardenne	1 329 834	98 250	47 933	7,4%	3,6%	48,8%
Corse	271 856	19 115	10 646	7,0%	3,9%	55,7%
Franche-Comté	1 132 746	61 936	29 115	5,5%	2,6%	47,0%
Haute-Normandie	1 804 541	129 594	67 670	7,2%	3,7%	52,2%
Ile-de-France	11 264 492	796 598	387 506	7,1%	3,4%	48,6%
Languedoc-Roussillon	2 457 883	270 997	149 468	11,0%	6,1%	55,2%
Limousin	712 452	41 631	19 012	5,8%	2,7%	45,7%
Lorraine	2 328 679	129 513	73 049	5,6%	3,1%	56,4%
Midi-Pyrénées	2 687 310	178 800	96 146	6,7%	3,6%	53,8%
Nord-Pas-de-Calais	4 025 745	437 672	243 992	10,9%	6,1%	55,7%
Pays-de-la-Loire	3 344 062	161 718	81 597	4,8%	2,4%	50,5%
Picardie	1 874 506	141 004	66 379	7,5%	3,5%	47,1%
Poitou-Charentes	1 687 168	106 220	56 876	6,3%	3,4%	53,5%
PACA	4 666 380	429 736	243 318	9,2%	5,2%	56,6%
Rhône-Alpes	5 893 260	323 047	149 258	5,5%	2,5%	46,2%
<b>Métropole</b>	<b>60 200 000</b>	<b>4 106 035</b>	<b>2 122 197</b>	<b>6,8%</b>	<b>3,5%</b>	<b>51,7%</b>
Guadeloupe	443 000	120 256	70 630	27,1%	15,9%	58,7%
Martinique	393 000	110 009	31 834	28,0%	8,1%	28,9%
Guyane	185 000	66 344	64 372	35,9%	34,8%	97,0%
Réunion	763 204	323 383	193 743	42,4%	25,4%	59,9%
<b>DOM</b>	<b>1 784 204</b>	<b>619 992</b>	<b>360 579</b>	<b>34,7%</b>	<b>20,2%</b>	<b>58,2%</b>
<b>Total France</b>	<b>61 984 204</b>	<b>4 726 027</b>	<b>2 482 776</b>	<b>7,6%</b>	<b>4,0%</b>	<b>52,5%</b>

Sources : trois grands régimes, INSEE

Deux régions au Sud (Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Cote-d'Azur) et le Nord-Pas-de-Calais ont les plus fortes densités.

Les régions Alsace, Bretagne, Pays-de-la-Loire ont les plus faibles densités : ces régions ne sont peut être pas les plus riches de France, mais celles où le développement est relativement homogène, sans inégalités sociales majeures.

D'autres régions, et particulièrement l'Ile-de-France, présentent de fortes disparités infrarégionales : l'écart entre la Seine-Saint-Denis et les Yvelines est de 1 à 3 (13,1 % et 3,7 %).

Trois régions de la métropole (Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais et PACA), représentent 43 % de la population de la métropole et 51 % des bénéficiaires : la pauvreté manifestée par la CMU est urbaine. A l'inverse 15 régions représentent 38 % de la population et 30 % des bénéficiaires.

Les DOM représentent moins de 3 % de la population française, mais plus de 14 % des bénéficiaires de la CMU complémentaire.

- **CMU et RMI : des évolutions toujours contradictoires**

Les bénéficiaires du RMI ont de droit accès à la prestation, sous réserve toutefois d'en faire la demande et de choisir l'organisme gestionnaire. Leur nombre représente un peu plus de la moitié des bénéficiaires de la CMU.

	<b>Historique RMI et CMU</b>	<b>Effectifs juin-00</b>	<b>Effectifs juin-01</b>	<b>Effectifs juin-02</b>	<b>Effectifs juin-03</b>	<b>Effectifs juin-04</b>	<b>Effectifs juin-05</b>
RMI	Métropole	1 951 820	1 858 407	1 832 466	1 866 082	2 042 045	2 122 197
	DOM	283 523	304 267	320 319	331 233	356 951	360 579
	<b>Total France</b>	<b>2 235 343</b>	<b>2 162 674</b>	<b>2 152 785</b>	<b>2 197 315</b>	<b>2 398 996</b>	<b>2 482 776</b>
CMU	Métropole	3 930 936	4 655 301	4 102 335	4 138 850	4 143 550	4 147 024
	DOM	552 849	661 241	595 501	607 043	622 835	613 641
	<b>Total France</b>	<b>4 483 785</b>	<b>5 316 542</b>	<b>4 697 836</b>	<b>4 745 893</b>	<b>4 766 385</b>	<b>4 760 665</b>
Taux croissance RMI	Métropole		-4,8%	-1,4%	1,8%	9,4%	3,9%
	DOM		7,3%	5,3%	3,4%	7,8%	1,0%
	<b>Total France</b>		<b>-3,3%</b>	<b>-0,5%</b>	<b>2,1%</b>	<b>9,2%</b>	<b>3,5%</b>
Taux croissance CMU	Métropole		18,4%	-11,9%	0,9%	0,1%	0,1%
	DOM		19,6%	-9,9%	1,9%	2,6%	-1,5%
	<b>Total France</b>		<b>18,6%</b>	<b>-11,6%</b>	<b>1,0%</b>	<b>0,4%</b>	<b>-0,1%</b>

Sources : tous régime maladie, CNAF

Il est assez surprenant de constater que les séries statistiques divergent assez fortement alors qu'on pourrait s'attendre à une évolution identique des prestations. Les écarts des premières années sont dus à la période de mise en place de la prestation CMU, et aux variations liées à l'absorption progressive de l'aide médicale. Ils n'ont donc rien de surprenant.

Le RMI pour sa part semble suivre la conjoncture économique en 2001 et 2002, tout au moins en métropole : il baisse avec la reprise économique. En 2003, l'évolution des deux prestations semblent avoir trouver leur phasage : en pourcentage et en volume, les prestations évoluent sur le même rythme.

En revanche en 2004 la rupture est complète : le RMI connaît une croissance exceptionnelle en raison des réformes des procédures d'indemnisation du chômage, et la croissance du RMI reste très forte en 2005. La CMU de son côté ne semble pas affectée par ces évolutions et traverse une période de stabilité sur 3 ans consécutifs.

Deux explications ont été avancées : une partie des personnes qui ont été intégrées dans le RMI en 2004 se trouvaient déjà dans la gamme de revenus qui leur permettait d'avoir accès à la CMU. Par ailleurs les nouveaux bénéficiaires du RMI n'ont pas le même profil que les anciens : ils sont plus jeunes, et le RMI est un passage dans une période d'entrée dans le monde du travail. Jeunes et en bonne santé, la CMU n'est pas leur priorité, et leur taux de non recours pourrait être plus fort. Ces deux explications ne sont pas sans vraisemblance, mais semblent insuffisantes pour expliquer un tel décrochage entre les deux prestations.



- *Les départements d'outre mer*

Les DOM sont dans une situation très particulière : dès lors que le tiers de la population bénéficie de la CMU-C, on se trouve dans une situation nouvelle vis-à-vis du droit à l'assurance maladie. La CMU se confond en partie avec le droit commun.

Les résultats des différents départements ne sont pas les mêmes, et renvoient le plus souvent à des caractéristiques locales.

La Guadeloupe est en difficulté, après une grave crise de certains organismes complémentaires qui se trouvent en situation de liquidation judiciaire. Les effectifs sont fluctuants, essentiellement en raison de difficultés administratives semble-t-il.

La Martinique présente une série homogène, avec une croissance significative des effectifs en fin 2003/début 2004 (mesure de majoration du plafond).

La Guyane est de loin le département qui a la croissance la plus forte sur une longue période : c'est aussi un département atypique, dont la population a doublé sur 20 ans en raison d'une forte immigration des indiens du fleuve.

La Réunion a un taux de bénéficiaires particulièrement élevé, héritage de la situation antérieure. Cette situation peut expliquer la faible évolution des effectifs, voire une légère décroissance (on est passé de 48 % de la population bénéficiant de la CMU en décembre 2001 à 42 % aujourd'hui). La crise économique durable et les formes d'emplois atypiques peuvent expliquer en partie cette situation singulière.

Ces diverses données montrent que la mesure de revalorisation du plafond d'accès à la CMU n'a eu finalement qu'un impact limité en terme de croissance directe du nombre de bénéficiaires : elle a également pour effet de maintenir dans la prestation des personnes qui auraient dû en sortir à l'occasion d'une vérification des ressources. Les aléas de gestion de la Guadeloupe ont par ailleurs contribué à masquer les effets de la mesure.

DOM	Pop 2004	déc-01	juin-02	déc-02	juin-03	déc-03	juin-04	déc-04	juin-05
Guadeloupe	443 000	101 666	107 944	123 959	134 522	144 486	131 768	110 741	120 256
Martinique	393 000	93 257	104 116	98 411	97 813	99 938	105 833	105 524	110 009
Guyane	185 000	34 178	42 642	44 654	53 509	53 523	56 786	63 345	66 344
Réunion	763 204	367 456	338 614	322 135	323 354	322 641	328 287	318 586	323 383
<b>Total</b>	<b>1 784 204</b>	<b>596 557</b>	<b>593 316</b>	<b>589 159</b>	<b>609 198</b>	<b>620 588</b>	<b>622 674</b>	<b>598 196</b>	<b>619 992</b>
Guadeloupe			6,2%	14,8%	8,5%	7,4%	-8,8%	-16,0%	8,6%
Martinique			11,6%	-5,5%	-0,6%	2,2%	5,9%	-0,3%	4,3%
Guyane			24,8%	4,7%	19,8%	0,0%	6,1%	11,6%	4,7%
Réunion			-7,8%	-4,9%	0,4%	-0,2%	1,7%	-3,0%	1,5%
<b>Total</b>			<b>-0,5%</b>	<b>-0,7%</b>	<b>3,4%</b>	<b>1,9%</b>	<b>0,3%</b>	<b>-3,9%</b>	<b>3,6%</b>

Sources : tous régimes

- *Caractéristiques des bénéficiaires de la CMU en matière d'âge et de sexe*

La structure de la population des bénéficiaires de la CMU en matière d'âge et de sexe a des caractéristiques très différentes de celle du reste de la population. La comparaison porte ici sur la population des bénéficiaires de la CMU du régime général et la population générale telle que décrite par l'INSEE. Un certain nombre de données sont par ailleurs rapprochées de celles concernant les exploitants agricoles, bénéficiaires de la CMU : leur nombre est faible (35 000), mais ils constituent un groupe très spécifique. Les références sont celles de 2004, pour la métropole.

- Il s'agit d'une population jeune (44 % ont moins de 20 ans au régime général, contre 25 % de la population métropolitaine). 33 % de la population des exploitants agricoles relèvent de cette tranche d'âge ;
- Dans la population jeune, on décompte plus de 100 000 jeunes de moins de 15 ans assurés à leur compte propre : il s'agit de jeunes relevant de l'aide sociale à l'enfance, pris en charge par la CMU ;
- La cohorte des 20-24 ans est plutôt sous représentée : 317 000, contre 414 000 pour la cohorte des 15-19 ans, et 343 000 pour celle des 25-29 ans. A 61 % il s'agit de femmes. Ce résultat confirme le caractère restrictif de l'accès à la CMU pour les jeunes adultes, qui ne peuvent poser de demande autonome si ils sont aidés par leurs parents, sauf si ils ont un enfant ;
- A l'inverse la population des plus de 60 ans est beaucoup plus faible (3,7 % des bénéficiaires, contre 20,7 % en population générale) : le barème d'accès exclut en effet les personnes de plus de 65 ans touchant le minimum vieillesse. 12 % des exploitants agricoles CMU-C relèvent de cette tranche d'âge ;
- 20,5 % des bénéficiaires de la CMU ont entre 40 et 60 ans, contre 27 % en population générale. Mais dans cette tranche d'âge, on trouve plus de 38 % des exploitants agricoles à la CMU, ce qui est considérable (de sexe masculin à 58 %).
- Globalement, la part des femmes est un peu plus forte pour la CMU : 53,5 % contre 51,5 % en population générale (mais 46 % des exploitants agricoles sont des femmes) ;
- Mais une comparaison par tranches d'âge montre une répartition par sexes beaucoup plus accentuée : 58,4 % des bénéficiaires de la tranche des 20/40 ans sont des femmes (50 % en population générale). Entre 40 et 60 ans, la différence s'atténue, mais reste néanmoins forte (55,5 % des femmes parmi les bénéficiaires, contre 50,7 % en population générale).

Quelques caractéristiques se dégagent : 75 % des bénéficiaires de la CMU ont moins de 40 ans. Il s'agit de façon dominante de femmes jeunes avec enfants. A l'inverse 50 % des ressortissants de la CCMSA (exploitants) ont plus de 40 ans, et il s'agit majoritairement d'hommes.

Population INSEE 2004 métropole			
Tranches d'âge	Hommes	Femmes	TOTAL
0/20 ans	7 718 147	7 377 015	<b>15 095 162</b>
20/40 ans	8 218 178	8 186 663	<b>16 404 841</b>
40/60 ans	8 070 355	8 294 069	<b>16 364 424</b>
60 à plus	5 311 702	7 163 871	<b>12 475 573</b>
<b>Total</b>	<b>29 318 382</b>	<b>31 021 618</b>	<b>60 340 000</b>
0/20 ans	26,3%	23,8%	25,0%
20/40 ans	28,0%	26,4%	27,2%
40/60 ans	27,5%	26,7%	27,1%
60 à plus	18,1%	23,1%	20,7%
0/20 ans	51,1%	48,9%	100,0%
20/40 ans	50,1%	49,9%	100,0%
40/60 ans	49,3%	50,7%	100,0%
60 à plus	42,6%	57,4%	100,0%
<b>Total</b>	<b>48,6%</b>	<b>51,4%</b>	<b>100,0%</b>

Source : INSEE

CNAMTS métropole Tranches d'âge	Assurés		Ayants droit		TOTAL 2004
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
0/20 ans	78 370	78 573	866 430	840 223	1 863 596
20/40 ans	491 625	647 437	60 155	126 954	1 326 171
40/60 ans	364 177	397 699	19 516	81 653	863 045
60 à plus	69 936	68 607	3 604	12 673	154 820
<b>Total</b>	<b>1 004 108</b>	<b>1 192 316</b>	<b>949 705</b>	<b>1 061 503</b>	<b>4 207 632</b>
0/20 ans	7,8%	6,6%	91,2%	79,2%	44,3%
20/40 ans	49,0%	54,3%	6,3%	12,0%	31,5%
40/60 ans	36,3%	33,4%	2,1%	7,7%	20,5%
60 à plus	7,0%	5,8%	0,4%	1,2%	3,7%
	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>	<b>Assurés</b>	<b>Ayants droit</b>	
0/20 ans	50,7%	49,3%	8,4%	91,6%	
20/40 ans	41,6%	58,4%	85,9%	14,1%	
40/60 ans	44,5%	55,5%	88,3%	11,7%	
60 à plus	47,5%	52,5%	89,5%	10,5%	
<b>Total</b>	<b>46,4%</b>	<b>53,6%</b>	<b>52,2%</b>	<b>47,8%</b>	

Source : CNAMTS

CCMSA - non salariés Tranches d'âge	Assurés		Ayants droit		TOTAL 2004
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
0/20 ans	72	59	5 803	5 631	11 565
20/40 ans	2 898	1 490	230	1 478	6 096
40/60 ans	7 449	2 665	402	3 003	13 519
60 à plus	1 969	1 770	44	300	4 083
<b>Total</b>	<b>12 388</b>	<b>5 984</b>	<b>6 479</b>	<b>10 412</b>	<b>35 263</b>
0/20 ans	0,6%	1,0%	89,6%	54,1%	32,8%
20/40 ans	23,4%	24,9%	3,5%	14,2%	17,3%
40/60 ans	60,1%	44,5%	6,2%	28,8%	38,3%
60 à plus	15,9%	29,6%	0,7%	2,9%	11,6%
	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>	<b>Assurés</b>	<b>Ayants droit</b>	
0/20 ans	50,8%	49,2%	1,1%	98,9%	
20/40 ans	51,3%	48,7%	72,0%	28,0%	
40/60 ans	58,1%	41,9%	74,8%	25,2%	
60 à plus	49,3%	50,7%	91,6%	8,4%	
<b>Total</b>	<b>53,5%</b>	<b>46,5%</b>	<b>52,1%</b>	<b>47,9%</b>	

Source : CCMSA

## Structure et niveau des dépenses de CMU complémentaire

Les différents régimes d'assurance maladie transmettent chaque année au Fonds CMU un état des dépenses qu'ils ont engagées au titre de la CMU complémentaire pour les personnes dont ils assurent la gestion. Ces dépenses sont détaillées par nature, selon une nomenclature simplifiée, mais commune à tous les organismes gestionnaires. Elles sont aussi détaillées par caisses, tout au moins pour les 3 régimes principaux. Ces données permettent de calculer le coût unitaire moyen des bénéficiaires, et de le comparer au montant des remboursements que touchent les organismes pour la gestion de la prestation (en 2005 : 304,52€). Elles permettent aussi d'identifier des anomalies éventuelles dans les résultats.

Les données portent sur la partie complémentaire de la dépense. A titre global, on peut toutefois penser que l'évolution des dépenses maladie et de celles de la part complémentaire est à peu près comparable, sauf changement important du périmètre des soins pris en charge.

Il convient aussi de tenir compte du fait que la notion de « dépense moyenne » en matière d'assurance maladie a un sens statistique, mais peut engendrer des malentendus. Elle décrit très mal les consommations réelles de soins de santé : la dépense maladie est toujours extrêmement concentrée sur la petite partie des malades souffrant de pathologies graves et très coûteuses. C'est particulièrement vrai pour les dépenses hospitalières prises en charge par l'assurance maladie, mais c'est aussi vrai pour la CMU complémentaire : un séjour à l'hôpital un peu long va engendrer une forte dépense de forfait hospitalier.

Les dépenses sont présentées en date de soins, ce qui explique que le Fonds ne dispose des données qu'avec un an de décalage : les dépenses engagées au titre de l'exercice N sont partiellement remboursées au cours de l'année civile, mais il reste toujours une partie des dépenses qui seront réglées au cours de l'exercice suivant, notamment les dépenses hospitalières. L'introduction de la Carte Vitale et la généralisation de la télétransmission ont beaucoup amélioré le vitesse de traitement des règlements, mais environ 10 % de la dépense est réglée sur l'exercice N+1. Ce report n'interdit pas une prévision, mais pour avoir des analyses plus détaillées, il faut des résultats complets.

Les analyses suivantes portent sur la métropole : les données de la Réunion et de la Martinique semblent en cohérence avec les données globales. En revanche, celles de la Guadeloupe et de la Guyane sont encore trop fragiles pour prêter à une comparaison significative.

### • *La structure des dépenses*

Les dépenses de CMU complémentaire peuvent être analysées par nature : elles sont regroupées en bas du tableau ci-dessous en ensembles principaux (soins de ville, soins hospitaliers, forfaits pour le dentaire et l'optique) et de façon plus spécifique pour le poste « médicament », et les « dépenses totales du dentaire ».

- Le ticket modérateur pour les soins de ville (hors prestations hospitalières) représente 68,2 % des dépenses. Mais la moitié de cette dépense est affectée aux médicaments, qui constituent de très loin le poste principal de dépenses ;
- Les forfaits de dépassements représentent 10,7 % de la dépense totale. Aux  $\frac{3}{4}$ , il s'agit de prothèses dentaires. L'optique est loin derrière, avec 15 % des dépenses de forfaits de dépassements ;

- L'hôpital (prestations hospitalières et forfait journalier : il ne faut pas tirer de conclusion sur la différence entre forfait hospitalier et ticket modérateur, les modes de facturation peuvent les confondre, et seul leur ensemble est significatif) représente 21,1 % de la dépense totale. Il faut savoir que les tickets modérateurs pour les soins hospitaliers réalisés dans des établissements privés sont souvent comptabilisés dans les honoraires des spécialistes : les dépenses totales d'hospitalisation publique et privée sont donc un peu supérieures au montant indiqué sur le tableau ;
- Les honoraires des spécialistes en soins de ville sont donc plus faibles qu'indiqué dans le tableau, mais il faut observer le poste des honoraires du secteur public. Il s'agit le plus souvent des consultations externes des hôpitaux, pour des spécialités. Il s'agit d'un élément caractéristique des consommations de soins de spécialistes pour les bénéficiaires de la CMU : le recours à l'hôpital public reste fréquent, pour des raisons diverses, et notamment par refus plus ou moins explicite des médecins spécialistes de recevoir des personnes très modestes en cabinet ;
- Le poste dentaire est présenté de façon séparée à titre indicatif, en regroupant les honoraires, les prothèses et soins d'orthopédie faciale (appareillage dentaire des enfants). Ce poste représente 15 % des dépenses totales.

L'évolution des dépenses dans le temps est relativement modérée. En suivant la croissance sur 3 ans, la dépense moyenne totale évolue plutôt moins vite que les dépenses de soins de l'assurance maladie pour tous les assurés.

- Le poste des médicaments, par son poids relatif, contribue à cette stabilité générale des dépenses ;
- Les dépenses des forfaits de dépassements sont celles qui ont connu le plus fort dynamisme, mais il semble qu'elles sont en train d'atteindre un pallier ;
- Les données concernant les dépenses hospitalières sont un peu plus difficiles à interpréter : des difficultés de mise en place de la télétransmission ont perturbé la série historique (sous évaluation de 2001, rattrapée en 2002).

CNAMTS Métropole	Dépenses 2004	Coût unitaire 2003	Coût unitaire 2004	Croissance 2003	Croissance 2004
<b>Montant total des prestations servies</b>	<b>1 075 268 566</b>	<b>309,9</b>	<b>322,8</b>	<b>3,1%</b>	<b>4,1%</b>
<b>1° Ticket modérateur</b>	876 632 006	253,6	263,2	4,6%	3,8%
a) <b>Honoraires médicaux</b>	184 970 929	55,4	55,5	-0,3%	0,2%
a1) généralistes	121 848 469	37,4	36,6	3,0%	-2,2%
a2) spécialistes	63 122 460	18,0	18,9	-6,7%	5,2%
b) <b>Honoraires dentaires</b>	63 812 857	18,2	19,2	10,8%	5,0%
c) <b>Honoraires des auxiliaires médicaux</b>	49 947 864	12,8	15,0	1,5%	16,7%
d) <b>Honoraires du secteur public</b>	36 042 859	10,8	10,8	5,9%	0,2%
e) <b>Médicaments et dispositifs médicaux</b>	340 554 459	99,0	102,2	4,3%	3,2%
e1) médicaments	317 329 153	92,8	95,3	4,0%	2,7%
e2) dispositifs médicaux	23 225 306	6,2	7,0	9,7%	11,6%
f) <b>Frais d'analyse et de biologie médicale</b>	44 782 307	12,6	13,4	7,8%	6,6%
g) <b>Frais de transport</b>	11 794 769	3,1	3,5		
h) <b>Prestations hospitalières</b>	143 337 156	40,6	43,0	8,8%	6,0%
i) <b>Prestations (cures thermales...)</b>	1 388 807	1,0	0,4		
<b>2° Forfait journalier</b>	83 379 165	24,0	25,0	-19,9%	4,3%
<b>3° Forfaits de dépassements</b>	115 257 395	32,3	34,6	14,7%	7,0%
a) <b>Soins dentaires prothétiques</b>	86 751 043	24,3	26,0	19,7%	7,3%
b) <b>Soins d'orthopédie faciale</b>	10 377 176	3,0	3,1		
c) <b>Optique</b>	17 190 343	4,8	5,2	0,0%	7,8%
d) <b>Audioprothèse</b>	938 833	0,3	0,3		
e) <b>Autres soins</b>	0	0,0	0,0		
<b>4° Autres prestations</b>	0	0,0	0,0		
<b>Rappel Soins ville (dont médicament)</b>	733 294 850	213,0	220,1	3,8%	3,3%
<b>Rappel Forfaits dépassements</b>	317 329 153	92,8	95,3	4,0%	2,7%
<b>Rappel Hôpital (prest/forfait)</b>	115 257 395	32,3	34,6	14,7%	7,0%
<b>Rappel dentaire total (hono+forfaits)</b>	226 716 321	64,6	68,1	-4,0%	5,4%
<b>Rappel dentaire total (hono+forfaits)</b>	160 941 075	45,5	48,3	14,9%	6,2%
<b>Rappel Soins ville (dont médicament)</b>	68,2%	68,7%	68,2%	0,7%	-0,8%
<b>Rappel Forfaits dépassements</b>	29,5%	29,9%	29,5%	0,9%	-1,4%
<b>Rappel Hôpital (prest/forfait)</b>	10,7%	10,4%	10,7%	11,2%	2,8%
<b>Rappel dentaire total (hono+forfaits)</b>	21,1%	20,8%	21,1%	-6,8%	1,2%
<b>Rappel dentaire total (hono+forfaits)</b>	15,0%	14,7%	15,0%	11,5%	1,9%

Source : CNAMTS

### • Comparaison entre régimes

La comparaison entre les régimes obligatoires peut donner quelques indications sur les modes de consommation de soins, en prenant en compte le fait que les populations concernées sont assez différentes : en nombre, naturellement, et en caractéristiques sociodémographiques.

Les bénéficiaires de la CMU de la CANAM et de la CCMSA ont des situations qui les situent plutôt en proximité d'une activité professionnelle, alors que le régime général, outre les salariés et leur famille (qu'ils aient un emploi ou non), recueille toutes les populations qui se situent en dehors du monde du travail, souvent pour raison de santé ou d'insertion sociale. Ces populations, sans être très importantes numériquement, sont souvent celles qui ont de fortes dépenses d'hospitalisation. Elles vont donc tirer la dépense du régime général vers le haut.

Cette constatation est particulièrement visible dans le cadre de la CANAM. Les ressortissants de la CANAM ont une dépense hospitalière beaucoup plus faible (43,1 € contre 68,1 € pour le

régime général). En revanche leur consommation de soins dentaires et de spécialistes est plus forte que pour le régime général.

Pour la CCMSA, les soins hospitaliers se situent à un niveau intermédiaire entre le régime général et celui des travailleurs indépendants. La présentation de la ventilation des dépenses est un peu particulière pour la CCMSA, qui inscrit une part des prestations hospitalières dans le chapitre des honoraires du secteur public, et qui est donc ajouté aux prestations hospitalières dans notre tableau. Les consommations de forfaits de dépassements, et surtout de soins dentaires se situent à un niveau élevé : 58,4 € pour la CCMSA contre 48,3 € pour le régime général (cumul honoraires, prothèses et orthodontie).

La date de publication de ce rapport ne permet pas d'établir une comparaison avec la structure des dépenses des organismes complémentaires : ces résultats paraîtront dans notre lettre « Références CMU » dès qu'ils seront disponibles.

En euros					
Métropole 2004	CNAMTS	CANAM	CCMSA	Canam/Cnamts	Ccmsa/Cnamts
Effectifs	3 331 234	98 722	117 319	Comparaison avec CNAMTS	
Montant total des prestations servies	322,8	274,1	302,6	84,9%	93,7%
<b>1° Ticket modérateur</b>	263,2	222,3	246,9	84,5%	93,8%
a) Honoraires médicaux	55,5	47,3	54,8	85,2%	98,8%
a1) généralistes	36,6	27,8	38,9	75,9%	106,3%
a2) spécialistes	18,9	19,5	16,0	103,1%	84,2%
b) Honoraires dentaires	19,2	20,0	23,4	104,6%	122,0%
c) Honoraires des auxiliaires médicaux	15,0	13,3	14,7	88,4%	98,0%
d) Honoraires du secteur public	10,8	1,5	27,4		
e) Médicaments et dispositifs médicaux	102,2	95,7	102,9	93,6%	100,7%
e1) médicaments	95,3	88,7	95,4	93,1%	100,1%
e2) dispositifs médicaux	7,0	7,0	7,5		
f) Frais d'analyse et de biologie médicale	13,4	13,6	13,6	101,3%	101,2%
g) Frais de transport	3,5	2,1	3,6		
h) Prestations hospitalières	43,0	28,5	6,3	66,2%	14,7%
i) Prestations (cures thermales...)	0,4	0,4	0,2		
<b>2° Forfait journalier</b>	25,0	14,6	19,6	58,5%	78,1%
<b>3° Forfaits de dépassements</b>	34,6	37,2	36,1	107,5%	104,2%
a) Soins dentaires prothétiques	26,0	27,7	27,7	106,5%	106,5%
b) Soins d'orthopédie faciale	3,1	3,1	3,3		
c) Optique	5,2	6,0	4,7		
d) Audioprothèse	0,3	0,3	0,3		
e) Autres soins	0,0	0,0	0,0		
<b>4° Autres prestations</b>	0,0	0,0	0,0		
Rappel Soins ville	220,1	193,8	213,2	88,0%	96,9%
(dont médicament)	95,3	88,7	95,4	93,1%	100,1%
Rappel Forfaits dépassements	34,6	37,2	36,1	107,5%	104,2%
Rappel Hôpital (prest/forfait)	68,1	43,1	53,3	63,3%	78,3%
Rappel dentaire total (hono+forfaits)	48,3	50,9	54,4	105,3%	112,6%
Rappel Soins ville	68,2%	70,7%	70,5%		
(dont médicament)	29,5%	32,4%	31,5%		
Rappel Forfaits dépassements	10,7%	13,6%	11,9%		
Rappel Hôpital (prest/forfait)	21,1%	15,7%	17,6%		
Rappel dentaire total (hono+forfaits)	15,0%	18,6%	18,0%		

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM

- *Variations selon les départements*

Les dépenses varient fortement selon les départements de métropole : de 589 € pour le département le plus cher (Lozère) à 219 € pour le moins cher (le Haut-Rhin). Cette apparence est trompeuse : le département le plus cher est un cas totalement atypique (cf. infra), et les 3 départements les moins chers sont sous le régime particulier d'Alsace- Moselle qui assure une meilleure couverture par le régime obligatoire, et donc une moindre dépense en complémentaire (l'Yonne semble avoir une situation atypique) : en excluant ces départements extrêmes, la différence entre le plus cher (425,4 € pour la Corrèze) et le moins cher (263,2 € pour le Loiret) est d'environ 60 % ce qui est un niveau plutôt courant quand on compare les consommations de soins des différents départements (IRDES).

Une analyse plus détaillée des dépenses par nature fournit toutefois des informations intéressantes : le tableau ci-dessous identifie les distributions extrêmes (le tableau complet par départements figure en annexe 4).

- La Lozère est clairement un cas à part : effectif très faible, et niveau extrêmement élevé des dépenses hospitalières, probablement lié au fait qu'il y a plusieurs établissements de psychiatrie dans le département ;
- Dans les autres départements « chers » il y a deux cas de figure : Corrèze, Cantal, Gers, Vienne, Hautes-Pyrénées, etc. Ce sont souvent des départements petits, dont les effectifs sont faibles, et qui peuvent être marqués par la présence sur leur territoire de divers établissements hospitaliers ou de long séjour ;
- Des départements du Sud de la France (Bouches-du-Rhône, Alpes-Maritimes, Haute-Garonne et Hérault), qui ont des effectifs importants, et une consommation élevée de soins de ville et de forfaits. La consommation du poste « pharmacie » est parfois très élevée, ainsi que celle du dentaire ;
- Mis à part les situations de forte consommation hospitalière, qui renvoient à des situations médicales particulières, les fortes consommations de soins semblent renvoyer à des pratiques des assurés et/ou des professionnels de santé. Ces zones ne se confondent pas avec les départements qui ont un fort taux de secteur 2 ou des dépenses de santé élevées, notamment en Ile de France ;
- Les départements à faible consommation sont des départements de taille moyenne, et tous ont des caractéristiques relativement proches en matière de distribution de consommation de soins : les consommations hospitalières sont dans la moyenne, mais les consommations de soins de ville sont nettement inférieures à la moyenne, et notamment en matière de pharmacie. Les plus grandes différences concernent les forfaits de ville, qui varient fortement, tout comme les soins dentaires. Le cas de l'Yonne, qui a une consommation de dentaire de moitié inférieure à la moyenne est assez surprenant.



CPAM 2004	Effectifs moyens 2004	Total dépense	Ecart Métropole	Hôpital	Ville	Forfaits ville	Dont Pharmacie	Dont total dentaire
01- Ain	11 183	<b>276,1</b>	84,6%	70,6	177,7	27,8	73,7	37,7
13- Bouches-du-Rhône	214 955	<b>399,6</b>	122,4%	66,2	281,9	51,5	115,6	68,7
04- Alpes Hte Provence	5 169	<b>276,1</b>	84,6%	55,4	194,4	26,4	76,2	36,6
06- Alpes-Maritimes	50 234	<b>389,7</b>	119,4%	64,9	280,4	44,5	114,8	61,9
08- Ardennes	20 145	<b>351,3</b>	107,6%	83,0	231,0	37,3	108,2	48,4
15- Cantal	5 037	<b>413,6</b>	126,7%	161,8	211,8	40,1	94,1	50,8
19- Corrèze	7 992	<b>425,4</b>	130,3%	194,8	201,6	29,0	94,3	37,4
24- Dordogne	16 347	<b>357,9</b>	109,6%	134,6	193,0	30,2	86,3	38,7
31- Haute-Garonne	71 387	<b>388,3</b>	118,9%	75,6	264,2	48,4	105,2	65,6
32- Gers	6 605	<b>403,5</b>	123,6%	158,5	211,0	34,0	87,3	44,8
34- Hérault	81 760	<b>380,0</b>	116,4%	69,9	265,5	44,6	112,9	61,3
36- Indre	9 681	<b>264,5</b>	81,0%	54,8	179,4	30,3	78,9	36,9
45- Loiret	28 940	<b>263,2</b>	80,6%	50,8	185,9	26,4	83,0	34,7
48- Lozère	2 662	<b>589,5</b>	180,5%	383,6	169,8	36,1	64,0	49,3
54- Meurthe-et-Moselle	36 303	<b>354,4</b>	108,5%	77,1	245,1	32,2	106,8	44,6
57- Moselle	43 815	<b>254,7</b>	78,0%	57,3	160,5	37,0	72,7	42,0
64- Pyrénées-Atlantiques	26 704	<b>371,9</b>	113,9%	100,4	228,3	43,2	93,4	56,8
65- Hautes-Pyrénées	10 426	<b>373,1</b>	114,3%	115,7	220,4	37,0	96,3	48,6
67- Bas-Rhin	40 986	<b>260,7</b>	79,9%	42,8	182,7	35,2	76,7	43,1
68- Haut-Rhin	26 721	<b>219,3</b>	67,2%	49,0	142,5	27,8	60,4	34,8
73- Savoie	10 075	<b>278,4</b>	85,3%	61,8	186,7	30,0	76,5	41,2
74- Haute-Savoie	8 027	<b>372,2</b>	114,0%	135,1	213,1	24,1	98,7	32,2
77- Seine-et-Marne	39 310	<b>269,9</b>	82,7%	64,0	183,2	22,8	79,7	30,2
86- Vienne	19 236	<b>378,9</b>	116,0%	129,3	222,6	27,0	98,9	36,1
89- Yonne	14 886	<b>257,7</b>	78,9%	77,7	162,0	18,0	76,2	22,9
<b>METROPOLE</b>	<b>3 293 479</b>	<b>326,5</b>	<b>100,0%</b>	<b>68,8</b>	<b>222,7</b>	<b>35,0</b>	<b>96,4</b>	<b>45,7</b>
971 GUADELOUPE	61 725	<b>203,9</b>	62,5%	49,2	139,3	15,4	68,5	23,5
972 MARTINIQUE	75 922	<b>293,7</b>	90,0%	71,0	201,3	21,5	100,5	31,3
973 GUYANNE	52 853	<b>159,3</b>	48,8%	50,3	100,6	8,4	45,2	9,6
974 REUNION	309 285	<b>325,9</b>	99,8%	42,1	255,1	28,7	109,5	48,0
<b>DOM</b>	<b>499 785</b>	<b>288,3</b>	<b>88,3%</b>	<b>48,2</b>	<b>216,3</b>	<b>23,8</b>	<b>96,3</b>	<b>38,4</b>
<b>TOTAL FRANCE</b>	<b>3 687 404</b>	<b>330,7</b>	<b>101,3%</b>	<b>68,0</b>	<b>228,2</b>	<b>34,5</b>	<b>99,1</b>	<b>46,0</b>
<b>Mini métropole</b>	2 501	219	67,2%	43	142	18	60	23
<b>Max métropole</b>	257 011	589	180,5%	384	282	51	116	69

Source : CNAMTS

Les résultats concernant les DOM sont hétérogènes : les données concernant la Guyane sont probablement incomplètes, tout comme celles de la Guadeloupe. Les données de la Martinique et de la Réunion sont en revanche proches de celles de la métropole, avec une assez forte consommation de pharmacie.

#### • Une estimation des dépenses 2005

Une première estimation des dépenses 2005 peut être réalisée, puisque les régimes obligatoires ont communiqué leurs dépenses 2005 payées au titre de 2005, et qu'il est possible d'extrapoler le taux de dépenses qui seront payées en 2006 au titre de 2005.

L'estimation des dépenses 2005 situe la dépense 2005 de la CNAMTS à environ 333 € pour la métropole. Il est difficile d'avoir des données complètes pour les DOM : néanmoins la dépense des DOM semble un peu plus faible que celle de la métropole, et tire la dépense moyenne « France entière » vers le bas.

Pour les organismes complémentaires, le chiffre 2004 est encore provisoire.

*En euros*

METROPOLE	Dépense unitaire par an				Estimation 2005
	2001	2002	2003	2004	
Régime général	277,4	300,7	309,9	322,8	332,9
Régime agricole	250,2	266,8	288,1	302,6	308,4
Régime des travailleurs indépendants	224	250,2	270,9	274,1	300,5
Organismes complémentaires	252,5	272,1	290,9	304,5	
	Croissance de la dépense unitaire par an				Estimation 2005
	2001	2002	2003	2004	
Régime général		8,4%	3,1%	4,2%	3,2%
Régime agricole		6,6%	8,0%	5,0%	1,9%
Régime des travailleurs indépendants		11,7%	8,3%	1,2%	9,6%
Organismes complémentaires		7,8%	6,9%	4,7%	

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM, OC

### La montée en charge du crédit d'impôt

Pour suivre la montée en charge du crédit d'impôt, deux informations sont disponibles : les attestations délivrées par les caisses d'assurance maladie et le nombre de bénéficiaires déclaré par les organismes complémentaires sur leur déclaration trimestrielle à la contribution CMU complémentaire.

Au 31 décembre 2005, 209 923 attestations couvrant 374 799 personnes ont été délivrées par le régime général. A la même date, le régime des travailleurs indépendants a attribué un droit à 7 879 personnes et le régime agricole à 19 583 personnes.

	Mois CPAM		Cumul CPAM		Total bénéfices potentiels avec autres régimes	Bénéficiaires ayant utilisé l'attestation	Coût pour le Fonds CMU
	Attestations délivrées	Bénéficiaires potentiels	Attestations délivrées	Bénéficiaires potentiels			
Janvier 2005	19 557	25 179	19 557	25 179	27 179		
Février 2005	24 099	46 021	43 656	71 200	75 200	12 796	436 559 €
Mars 2005	18 709	32 841	62 365	104 041	110 576		
Avril 2005	16 738	28 912	79 103	132 953	141 453		
Mai 2005	20 583	38 031	99 686	170 984	181 984	62 802	2 238 079 €
Juin 2005	15 857	28 779	115 543	199 763	213 753		
Juillet 2005	11 729	20 911	127 272	220 674	236 674		
Août 2005	14 656	26 784	141 928	247 458	264 458	113 527	3 900 406 €
Septembre 2005	14 526	27 318	156 454	274 776	294 264		
Octobre 2005	15 554	29 854	172 008	304 630	326 618		
Novembre 2005	18 680	35 029	190 688	339 659	364 147	178 335	6 163 873 €
Décembre 2005	19 235	35 140	209 923	374 799	<b>402 261</b>		
						<b>Total</b>	<b>12 738 917 €</b>

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM et déclarations au Fonds des organismes complémentaires

Le rythme de délivrance de ces attestations est assez stable jusqu'à présent.

Dans le régime général, 41 % des bénéficiaires du droit ont moins de 25 ans (75 euros annuel), 45 % de 25 à 59 ans (150 euros) et 14 % plus de 60 ans (250 euros). Le montant moyen de la déduction annuelle potentielle s'élève ainsi à 133 euros.

Au 31 mai, on comptait 62 802 bénéficiaires déclarés par 466 organismes complémentaires (sur 1 073 organismes recensés par le Fonds CMU du fait d'une activité de complémentaire santé). Au 31 août, le nombre de bénéficiaires ayant utilisé l'attestation s'élevait à 113 527 (520 OC concernés). Au 30 novembre, le nombre de bénéficiaires s'établit à 178 335 (564 OC concernés).

Le montant moyen de la déduction annuelle utilisée s'établit à 138,4 euros.

Concernant l'âge des personnes utilisant leur attestation, le Fonds, à partir de l'exploitation de listes transmises par les organismes estime que les bénéficiaires ayant utilisé leur attestation présente la même configuration que celle des bénéficiaires des attestations délivrées : 39,7 % des bénéficiaires ont moins de 20 ans, 23,8 % ont entre 21 et 40 ans, 23,2 % entre 41 et 60 ans, enfin, 14 % ont plus de 60 ans.

Il est intéressant de voir qu'il n'y a pas de différence significative entre la population qui se voit attribuer l'aide, et celle qui fait usage de cette faculté. Il semble que les craintes parfois exprimées d'avoir des montants de contrats dissuasifs pour les personnes plus âgées ne soient pas justifiées.

Au 30 novembre, les mutuelles regroupent 76,1 % des bénéficiaires du crédit d'impôt et 79,5 % des bénéficiaires de la CMU complémentaire. Pour les sociétés d'assurances, ces chiffres s'établissent respectivement à 20,4 et 18,7 %, et respectivement à 3,5 et 1,8 % pour ce qui concerne les institutions de prévoyance. La répartition des bénéficiaires du crédit d'impôt entre mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance est donc très proche de celle des bénéficiaires de la CMU complémentaire.

	<b>T1</b> (au 28/02)	<b>T2</b> (au 31/05)	<b>T3</b> (au 31/08)	<b>T4</b> (au 30/11)	<b>Structure</b> (au 30/11)
Mutuelles	11 699	52 318	89 599	135 873	76,19%
Institutions de prévoyance	103	766	3 673	6 210	3,48%
Sociétés d'assurance	994	9 718	20 255	36 252	20,33%
<b>Total</b>	<b>12 796</b>	<b>62 802</b>	<b>113 527</b>	<b>178 335</b>	<b>100,00%</b>

*Source : déclarations au Fonds des organismes complémentaires*

Parmi les 564 organismes gérant contrats de bénéficiaires du crédit d'impôt, 263 sont inscrits sur les listes préfectorales habilitant à gérer des bénéficiaires de la CMU complémentaires. Un tableau annexé présente les principaux organismes complémentaires gestionnaires de contrats de CMU-C ou de crédit d'impôt.

Au 30 novembre, les 30 organismes gérant le plus grand nombre de bénéficiaires en gèrent 50 % du total et les 100 premiers, 80 %. 153 complémentaires gèrent moins de 10 personnes et 197 organismes entre 10 et 100.

Ces chiffres méritent quelques remarques. Le dispositif est au début de sa montée en charge. Les personnes qui se sont vues attribuer une attestation disposent de 6 mois pour faire valoir leur droit. Si le délai d'utilisation est court pour les personnes disposant déjà d'un contrat de complémentaire santé, le décalage peut être plus important pour les personnes à la recherche d'un contrat.

En outre, la gestion des attestations de crédit d'impôt par les organismes complémentaires n'est pas encore complètement au point (organisation de la remontée des attestations des antennes locales vers les sièges, organisation des systèmes d'information, etc.).

## ➤ LA CONNAISSANCE DES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES

La place spécifique du Fonds dans le dispositif de protection sociale en fait un observatoire privilégié du monde des complémentaires santé.

Outre un suivi qualitatif rendu possible par les contacts réguliers avec les organismes complémentaires ou leurs fédérations, la réception des bordereaux trimestriels déclaratifs, la gestion de la liste nationale des organismes volontaires pour gérer des contrats CMU et la réalisation d'enquêtes spécifiques font du Fonds le détenteur de données originales.

### Les évolutions du monde des complémentaires santé

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie comporte des dispositions qui permettent de parler d'un nouveau contexte pour le monde des complémentaires santé. Parmi les conséquences liées à cette mise en œuvre, trois ont particulièrement retenu notre attention au cours de l'année 2005.

- *Première année de fonctionnement de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) et premiers bilans*

A la suite de la parution du décret du 27 mai 2005 relatif à l'UNOCAM, son premier conseil s'est tenu le 2 juin 2005. Les membres du conseil ont confié la présidence à Jean-Michel Laxalt, représentant de la mutualité française (vice président de la FNMF).

Le but de cette structure est de permettre aux organismes complémentaires d'agir de concert avec l'assurance maladie et les professionnels de santé pour améliorer la qualité du système de soins, tout en régulant les dépenses à partir des besoins sanitaires et non sur des bases comptables. Elle doit également permettre de mener des actions de prévention touchant un large public. Ces objectifs supposent une coordination entre les divers acteurs.

Constituée sous la forme d'une association, l'UNOCAM a les missions suivantes :

- examiner avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) les programmes annuels de négociation avec les professionnels de santé ;
- donner des avis sur les taux de remboursement proposés par l'UNCAM ;
- déterminer avec elle les programmes de gestion du risque ;
- participer aux négociations avec les professionnels de santé ;
- organiser sa représentation auprès des instances où elle est appelée à siéger : Comité économique des produits de santé, Institut des données de santé ;
- constituer un lieu d'échanges et de propositions sur toutes mesures et réformes permettant de résoudre les questions en commun avec l'assurance maladie.

Cette union est composée de 33 membres (17 représentants de la FNMF, 8 représentants de la FFSA, 7 représentants du CTIP et un représentant du régime local d'Alsace-Lorraine). Cette répartition reflète l'importance relative de chacun dans la prise en charge des frais de soins de santé.

Les décisions y sont prises à la majorité simple dans le respect des propositions de son bureau composé de 6 membres (2 membres des 3 fédérations fondatrices) au sein duquel les décisions doivent être « l'expression du consensus ».

Après un an de fonctionnement, les membres se disent plutôt satisfaits de cette structure qui permet de rapprocher des points de vue et de dégager des consensus. Toutefois, à ce stade, l'UNOCAM se considère peu, voire pas associée aux débats et aux décisions et ce en contradiction avec les objectifs qui lui étaient assignés. Les conditions d'instauration d'une franchise de 18 euros sur les actes lourds, la création d'un taux de remboursement à 15 % pour certains médicaments en sont d'après elle l'illustration. Pourtant, la première mesure entraîne selon Jean-Michel Laxalt une double rupture : par rapport à l'esprit de la protection sociale qui consiste à fournir une couverture sans ticket modérateur pour les actes lourds, et ensuite vis-à-vis de la réforme, qui a pour but de dépenser mieux et de responsabiliser les patients. En outre, plus récemment, l'UNOCAM affirme ne pas avoir été associée à la négociation sur le protocole d'accord entre l'assurance maladie et les syndicats de dentistes portant sur la revalorisation des soins conservatoires. Jean-Michel Laxalt a porté une appréciation négative sur ce protocole qui ne fixe pas d'objectif global de dépenses et ne prévoit pas « *d'efforts de modération de la part des dentistes sur les dépenses de prothèses, au coût dissuasif pour un certain nombre de patients* » même si les organismes complémentaires sont d'accord sur le principe de revalorisation des soins conservateurs prévue dans l'accord. Les organismes complémentaires se sont sentis écartés de la négociation avec les dentistes alors qu'ils soulignent pourtant couvrir le tiers des dépenses de soins dentaires. Ils ont donc décidé de refuser de participer à l'observatoire tripartite (assurance maladie, dentistes et UNOCAM) sur cet accord « *déjà négocié* ».

- ***Les conséquences de la réforme de l'Assurance Maladie***

Les organisations ont souffert de la mise en place dans des délais très courts du parcours de soins coordonnés et des contrats responsables entrés en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2006. Il aura fallu dans ce contexte revoir simultanément les programmes informatiques, reconfigurer la gamme des contrats, répondre aux inquiétudes des clients et des adhérents. Les sociétés d'assurances ont toutefois obtenu une bascule automatique vers les contrats responsables sauf opposition expresse de l'assuré au 1<sup>er</sup> janvier 2006. La réforme a induit à ce stade le quasi doublement du nombre des combinaisons à gérer par les systèmes informatiques. En outre, des questions épineuses demeurent en suspens comme celle par exemple du suivi du respect du parcours de soins par le patient puisqu'au stade actuel, les organismes complémentaires n'ont pas les moyens de savoir si l'assuré est bien passé par son médecin traitant avant de passer voir un spécialiste. Les organismes complémentaires sont encore obligés de s'appuyer sur la bonne foi du spécialiste même s'ils travaillent actuellement avec la CNAMTS pour recevoir un code identifiant le passage chez le médecin traitant.

### **Le chiffre d'affaires des complémentaires santé**

Les organismes complémentaires adressent chaque trimestre à l'URSSAF dont ils relèvent, un bordereau déclaratif qui mentionne entre autre le montant de l'assiette de la contribution ainsi que le nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire sous contrat. Ils envoient en parallèle une copie de ce document au Fonds (cf. en annexe 15 la liste des organismes les plus importants en matière d'assiette).

<b>Chiffre d'affaire santé des organismes complémentaires</b>	<b>Assurances</b>	<b>Institutions de prévoyance</b>	<b>Mutuelles</b>	<b>Total</b>
<b>2001</b> CA Santé	3 692 075	3 279 444	10 596 238	<b>17 567 757</b>
Structure	21,02%	18,67%	60,32%	100,00%
<b>2002</b> CA Santé	3 990 660	3 573 358	11 263 619	<b>18 827 637</b>
Structure	21,20%	18,98%	59,82%	100,00%
Evol 2002/2001	8,09%	8,96%	6,30%	<b>7,17%</b>
<b>2003</b> CA Santé	4 538 497	3 809 370	12 128 659	<b>20 476 526</b>
Structure	22,16%	18,60%	59,23%	100,00%
Evol 2003/2002	13,73%	6,60%	7,68%	<b>8,76%</b>
<b>2004</b> CA Santé	5 238 847	4 040 936	13 365 855	<b>22 645 638</b>
Structure	23,13%	17,84%	59,02%	100,00%
Evol 2004/2003	15,43%	6,08%	10,20%	<b>10,59%</b>
<b>2005</b> CA Santé	5 780 813	4 224 606	14 402 930	<b>24 408 349</b>
Structure	23,68%	17,31%	59,01%	100,00%
Evol 2005/2004	10,35%	4,55%	7,76%	<b>7,78%</b>
Nombre d'OC en 2005	103	48	922	<b>1 073</b>
Structure du nombre OC	9,60%	4,47%	85,93%	100,00%

Source : déclarations au Fonds des organismes complémentaires

En 2005, le nombre d'organismes s'établit à 1 073. Il est en constante diminution depuis 2000 (presque 40 % de moins entre 2000 et 2005). Cette diminution est due essentiellement à des regroupements ou des disparitions de mutuelles, consécutifs à la mise en oeuvre du nouveau code la mutualité.

Les mutuelles sont au nombre de 922, les sociétés d'assurance de 103, le nombre d'institutions de prévoyance s'élève quant à lui à 48.

L'ensemble du marché de la complémentaire santé connaît toujours une progression soutenue avec une évolution de 7,78 % en 2005 par rapport à 2004. Cependant, il semble marquer une légère inflexion par rapport à l'accélération constante constatée depuis 2001 et qui avait aboutie en 2004, à un taux d'évolution de plus de 10 % par rapport à l'année 2003.

Les institutions de prévoyance représentent plus de 17 % de ce marché alors qu'elles représentent un peu plus de 4 % du nombre des organismes. Il s'agit dans l'ensemble de grandes institutions de complémentaire santé (37 des 48 institutions de prévoyance ont un chiffre d'affaires santé supérieur à 10 millions d'euros, 10 ont un chiffre d'affaires santé supérieur à 100 millions d'euros). 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 près de 10 % des organismes, réalisent près de 24 % du marché. Une différenciation plus grande existe au sein de ce type d'organisme. 52 sociétés d'assurance (53 en 2004 et 57 en 2003) ont un chiffre d'affaires santé supérieur à 10 millions d'euros (dont 20 à plus de 100 millions d'euros contre 17 en 2004 et 12 en 2003). Les autres ont en moyenne un chiffre d'affaires santé de 2,5 millions d'euros. Il s'agit principalement de petites structures, dans une moindre mesure de sociétés de taille moyenne mais dont l'activité santé apparaît marginale.

Quant aux mutuelles, elles représentent 86 % des organismes et 59 % du marché. Le monde de la mutualité malgré la mutation en cours demeure encore très morcelé. Ce constat est renforcé par le fait que le chiffre d'affaires des mutuelles substituées et qui existent encore juridiquement, est généralement intégré dans celui de la mutuelle qui se substitue (dite

substituante). Le nombre de mutuelles intervenant en complémentaire santé dépasse donc en réalité celui affiché par le Fonds.

Sur 2005, 221 mutuelles (215 en 2004, 205 en 2003) ont un chiffre d'affaires santé supérieur à 10 millions d'euros (dont 28 à plus de 100 millions d'euros contre 24 en 2004 et 19 en 2003). Les autres ont en moyenne un chiffre d'affaires santé d'un peu plus de 2 millions d'euros.

Au sein de la mutualité, en terme de chiffre d'affaires, trois grands blocs sont proches : les mutuelles interprofessionnelles (FNMI) représentent 30 % du marché, la mutualité fonction publique (MFP) et les autres mutuelles FNMF représentent respectivement 25 et 27 % de ce même marché. Les mutuelles de France (FMF), autre regroupement identifié au sein du monde FNMF, ne représentent que 6 % du chiffre d'affaires des mutuelles.

Les mutuelles de la FNMI (9 % des organismes cotisants mais 30 % de l'assiette totale) et celles de la MFP (respectivement 3 % et 25 %) sont dans l'ensemble des structures importantes. C'est l'inverse que l'on peut constater pour les autres regroupements, en particulier pour la FMF (19 % des organismes pour près de 6 % de l'assiette).

L'observation au cours des quatre dernières années de la répartition du chiffre d'affaires santé entre les trois types d'organismes montre une évolution lente mais réelle. La part des mutuelles et des institutions de prévoyance diminuent faiblement mais constamment depuis 2001 (-1,3 points pour les mutuelles, -1,7 points pour les institutions de prévoyance entre 2002 et 2005) et ce, au profit des sociétés d'assurance (+2,7 points entre 2001 et 2005).

Ces chiffres deviennent cependant plus parlants si on observe l'évolution du chiffre d'affaires santé des trois catégories d'organismes sur la même période : alors que les sociétés d'assurance ont connu un accroissement de leur chiffre d'affaires de 57 %, dans le même temps, les mutuelles et les institutions de prévoyance n'ont connu quant à elles qu'une augmentation de 36 % et de 29 %.

### Les complémentaires et le crédit d'impôt

Comme pour la mise en œuvre de tout dispositif de cette ampleur, des difficultés sont très vite apparues. Le crédit d'impôt concerne un nombre d'organismes complémentaires beaucoup plus important que la CMU complémentaire et ce nombre devrait continuer d'augmenter : 564 organismes ont déclaré des bénéficiaires au 30 novembre, chiffre à mettre en regard des 298 ayant déclaré au moins un bénéficiaire de la CMU C en 2005. La circulation de l'information n'en aura été que plus complexe.

- ***Les difficultés d'application du dispositif sur le terrain***

Très rapidement, le Fonds a été fortement sollicité par des questions précises sur le fonctionnement du dispositif et s'est efforcé de répondre dans les meilleurs délais, ce qui a représenté une charge de travail conséquente. Il a essayé d'anticiper ces difficultés en envoyant des courriers aux plus de 1 000 organismes potentiellement concernés et a complété cette information par des messages dans sa lettre trimestrielle d'information « Références CMU ».

Mais au-delà, il a décidé d'organiser la synthèse de cette information qui était riche et complexe dans une foire aux questions (FAQ) transmise par courrier et mise en ligne sur son site internet.



L'information n'est pas toujours arrivée au bon interlocuteur ce qui a obligé à effectuer des rappels permanents.

A ce jour, les principales difficultés rencontrées sont les suivantes :

- sur le champ des modalités déclaratives, la plupart des organismes n'ont jamais géré la CMU complémentaire et le principe de déduction par quart sur la déclaration et non au prorata temporis leur est parfois difficile à appréhender ;
- les organismes qui fonctionnent avec des antennes locales qui ouvrent le droit ont du mal à faire remonter l'information dans les temps pour établir leurs déclarations ce qui a pu générer des demandes de déclarations rétroactives dont le suivi est difficile à gérer par le Fonds ;
- un problème spécifique est posé par les courtiers d'assurance qui doivent faire appliquer le dispositif aux bénéficiaires de contrats qu'ils distribuent alors que, pour la plupart, ils ignorent le fonctionnement du dispositif.

Le crédit d'impôt a obligé le Fonds à étendre considérablement le champ de ses interlocuteurs et principalement en direction de petites structures dont l'accompagnement dans la mise en œuvre du dispositif l'oblige à un investissement important en terme de temps.

• ***Enquête prix / contenu sur les contrats de crédit d'impôt***

Selon l'article L. 863-5 du code de la sécurité sociale, le Fonds CMU « rend compte annuellement au Gouvernement de l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit au crédit d'impôt ».

Dès le début de l'année 2005, le Fonds s'est mis en situation d'examiner comment répondre à cette demande en s'appuyant sur des représentants d'organismes complémentaires, la DREES et l'IRDES du fait de leurs compétences en matière d'exploitation de données statistiques sur le champ très spécifique de la complémentaire santé.

Quatre réunions se sont déroulées au cours de l'année. En concertation avec les représentants des organismes complémentaires, le Fonds CMU a décidé que cette première enquête sera limitée à quinze organismes complémentaires volontaires. Compte tenu du contexte de montée en charge du dispositif et des délais indispensables pour réaliser l'adaptation des systèmes d'information, cette enquête doit en effet être considérée comme expérimentale ; dès l'année prochaine, elle sera étendue à un nombre plus important d'organismes.

Le Fonds s'est engagé auprès des OC participants à ce que la confidentialité des informations transmises sur les contrats et leurs répartitions soit garantie. En particulier, aucune information nominative ne figurera dans ce document. De la même manière, compte tenu de la taille restreinte du groupe d'organismes interrogés, aucune différenciation entre nature d'organisme ne sera mise en évidence.

En fonction des données transmises par les organismes sur leurs contrats individuels les plus vendus, l'IRDES a établi une grille de classification des contrats selon leur niveau de garantie. Elle permettra de classer les contrats crédit d'impôt et les autres contrats individuels à des fins de comparaison.

Les informations remontées par le Fonds et exploitées par lui-même et l'IRDES seront les suivantes :

- une liste des contrats crédit d'impôt arrêtée au 31 décembre comprenant les informations suivantes (une ligne par contrat) : le prix de vente du contrat, le montant des déductions crédit d'impôt sur ce contrat, le nombre de bénéficiaires sur ce contrat, l'âge du titulaire du contrat, le département de domicile du souscripteur du contrat, enfin l'intitulé du contrat ;
- la répartition des contrats individuels santé (hors crédit d'impôt) les plus souscrits en 2005 ;
- la répartition des contrats crédit d'impôt selon les critères suivants : nouvel adhérent à l'organisme, déjà adhérent, soit en tant que bénéficiaire de la CMU complémentaire, soit ou au titre de la souscription d'un contrat de complémentaire santé.

L'exploitation de l'enquête devrait apporter des informations très intéressantes sur le prix des contrats, le reste à charge et le taux d'effort des bénéficiaires du crédit d'impôt. En outre, il sera possible de vérifier les déterminants des prix de ces contrats et leur importance relative (contenu du contrat, nombre de personnes couvertes, âge du souscripteur, département ou région de résidence). Les contrats crédit d'impôt pourront être comparés dans une première approche avec les autres contrats individuels sur le plan du niveau de garantie offert. Enfin, il sera possible d'apprécier l'origine des bénéficiaires.

A travers cette première enquête, un tiers environ des bénéficiaires seront couverts. Le premier rapport devrait être remis au Gouvernement courant juin 2006.

### Le nombre de bénéficiaires de la CMU déclaré par les complémentaires

Sur 298 organismes ayant déclaré des bénéficiaires au cours de l'année 2005 (ils étaient 612 en 2002, 492 en 2003, 374 en 2004), la répartition des bénéficiaires par nature d'organismes s'établit de la manière suivante :

	Nombre d'organismes	Structure en %	Moyenne trimestrielle	Structure en %
Mutuelles	262	87,9	456 848	79,5
Institutions de prévoyance	10	3,3	10 468	1,8
Sociétés d'assurance	26	8,8	107 358	18,7
<b>Total</b>	<b>298</b>	<b>100</b>	<b>574 674</b>	<b>100</b>

*Source : déclarations au Fonds des organismes complémentaires*

Le nombre de bénéficiaires ne tient pas compte des régularisations que les organismes complémentaires pourront faire dans le cadre de la déclaration du 1<sup>er</sup> trimestre 2006 (courant mai 2006). Ces régularisations occasionneront une légère augmentation de ce nombre. Sur 2004, en valeur absolue (les régularisations peuvent être négatives), elles ont représenté (hors DOM) au final 1,88 % du nombre total de déductions déclarées initialement.

Les 10 organismes déclarant le plus grand nombre de bénéficiaires gèrent les contrats de 40,7 % des bénéficiaires (34 % en 2004, 32 % en 2003) les 10 suivants 16 % (16 % en 2004, 12 % en 2003). Au total, les 50 premiers organismes représentent près de 80 % des

bénéficiaires pour 72 % en 2004 et 66 % en 2003 (cf. annexe 16 retraçant les organismes gérant le plus de contrats CMU-C).

Cette concentration qui va croissante dans le temps du fait des mouvements enregistrés parmi les mutuelles (sorties du dispositif CMU et disparitions d'organismes), se retrouve au sein de chaque famille d'organismes :

- 1 institution de prévoyance gère les contrats de 88 % des bénéficiaires présents dans ces institutions ;
- 5 sociétés d'assurance regroupent 63 % des bénéficiaires rattachés aux sociétés d'assurance ;
- 10 mutuelles, 47 % des bénéficiaires ayant adhéré à une mutuelle (38 % en 2004, 33 % en 2003).

Entre 2004 et 2005, ce sont les quelques mutuelles les plus importantes en terme de nombre de bénéficiaires déclarés qui sont à l'origine de la croissance de la concentration.

### L'engagement des organismes dans la gestion de contrats CMU

Selon l'article L. 861-7 du code de la sécurité sociale et les décrets le précisant, les organismes complémentaires souhaitant gérer des contrats de bénéficiaires de la CMU-C doivent s'inscrire auprès du préfet de la région de leur siège social.

Les organismes complémentaires ont jusqu'au 1<sup>er</sup> novembre pour faire part au préfet de la région dans laquelle leur siège est situé, de leur volonté de s'inscrire ou se retirer du dispositif. Les organismes déjà inscrits et ne se manifestant pas sont automatiquement considérés comme restant volontaires pour la gestion de contrats de CMU complémentaire.

Le recueil des arrêtés préfectoraux et, en conséquence, la constitution de la liste nationale, sont assurés par le Fonds CMU. La mise à disposition de ces données est réalisée par le biais du site Internet du Fonds. C'est sur ce même site que, par ailleurs, les organismes complémentaires peuvent saisir leurs points d'accueil (ces derniers n'étant plus à déclarer dans chaque DRASS comme les années précédentes).

La liste au 1er janvier 2006, issue des modifications enregistrées par les préfets jusqu'au 1er novembre 2005, comportait 256 organismes dont 220 mutuelles, 26 sociétés d'assurance et 10 institutions de prévoyance.

Le nombre de retraits du dispositif, au 1er janvier 2006, s'élève à 30 (uniquement des mutuelles), dont 17 sont liés à des fusions ou des disparitions d'organismes et 13 à des retraits volontaires. L'impact de ces sorties est faible pour l'ensemble des bénéficiaires, les contrats restant gérés jusqu'à la fin du droit acquis (un an), par les OC sortants en cas de retrait volontaire, ou par les OC absorbants en cas de fusion. En cas de disparition d'un OC, le régime de base se substitue à l'OC défaillant jusqu'à l'extinction du droit. Trois nouvelles mutuelles se sont inscrites sur la liste à compter du 1er janvier 2006.

Le tableau qui suit retrace l'historique des évolutions du nombre d'organismes inscrits sur la liste nationale.

	<b>Au 1/1/2001</b>	<b>Au 1/1/2002</b>	<b>Au 1/1/2003</b>	<b>Au 1/1/2004</b>	<b>Au 1/1/2005</b>	<b>Au 1/1/2006</b>
Mutuelles	761	541	406	313	247	220
Sociétés d'assurances	53	44	39	31	26	26
Institutions de prévoyance	16	14	14	13	10	10
Total (1)	830	599	459	357	283	256
Total des organismes complémentaires santé (2)	1 696	1 536	1 411	1 177	1 097	1015
Ratio (1) / (2)	49 %	39 %	33 %	30 %	26 %	25%

*Sources : arrêtés préfectoraux et déclarations au Fonds CMU*

En pourcentage d'organismes inscrits, l'engagement dans la gestion de contrats CMU-C est proche selon les familles d'organismes.

<b>Au 1/1/2006</b>	<b>Nombre d'organismes volontaires à la gestion de contrats CMU</b>	<b>Nombre d'organismes santé</b>	<b>Pourcentage</b>
Mutuelles	220	874	25%
Sociétés d'assurances	26	96	27%
Institutions de prévoyance	10	45	22%
<b>Total des organismes complémentaires santé</b>	<b>256</b>	<b>1015</b>	<b>25%</b>

*Sources : arrêtés préfectoraux et déclarations au Fonds CMU*

Cependant, derrière ces pourcentages, la réalité est très différente.

Les institutions de prévoyance (IP) ne gèrent que 2 % des contrats de bénéficiaires de la CMU-C. En fait, une seule IP gère à elle seule 10 000 des 11 000 contrats des IP. L'engagement des autres IP dans la gestion de contrats CMU est donc très limité.

Par contre, les sociétés d'assurances gèrent 19 % des contrats de CMU-C ce qui est proche de leur poids dans le monde des complémentaires santé (23,5 % du chiffre d'affaires des complémentaires santé).

Si les mutuelles sont impliquées à raison de 25 % des organismes inscrits, elles le sont surtout en terme de bénéficiaires gérés (79,5 %).

## La situation des mutuelles de Guadeloupe

Après les départements d'Ardèche et de Côte-d'Or, la Guadeloupe était celui où la gestion de la CMU-C était le plus largement assurée par des organismes complémentaires (près de 50%) et en particulier des mutuelles locales.

Compte tenu du taux important de bénéficiaires de la CMU-C de ce département, pour la plupart des mutuelles de Guadeloupe, les bénéficiaires de la CMU constituaient l'essentiel (dans certains cas l'ensemble) des assurés en maladie.

Malgré des dépenses de CMU-C inférieures aux montants des déductions offertes pour sa gestion, de nombreuses mutuelles étaient dans une situation financière très dégradée.

Par décision en date du 3 février 2005, les tribunaux de grande instance de Pointe-à-Pitre et de Basse-Terre ont ouvert la liquidation judiciaire de 51 mutuelles liées à l'Union départementale ou à l'Union régionale des mutuelles de Guadeloupe.

Au 31 décembre 2005, la liquidation judiciaire n'était pas encore close.

En complémentaire santé, 8 mutuelles locales continuent d'exister.

# LES AUTRES ACTIVITES DU FONDS

## ➤ INFORMATION : REFERENCES CMU ET SITE INTERNET

### Le site Internet du Fonds CMU

Premier média d'information du Fonds CMU en direction de ses divers publics, bénéficiaires ou professionnels, le site internet du Fonds CMU a enregistré une forte activité en 2005, à la suite de sa refonte fin décembre 2004, avec plus de 208 000 visites, pour 1,5 million de pages vues.

Chaque jour, 570 personnes se sont connectées au site pour lire en moyenne 4 000 pages (7 pages vues par visite). Egalement, la centaine de documents mis en ligne et proposés au téléchargement ont été régulièrement ouverts, pour un flux 60 milliards d'octets téléchargés à l'année. Les principaux thèmes lus par nos visiteurs concernent la liste des organismes complémentaires, les plafonds en matière de CMU complémentaire et de crédit d'impôt et, d'une façon générale, les rapports d'études disponibles.

Ces statistiques montrent une nette rupture par rapport aux niveaux enregistrés les années précédentes, ces derniers ayant été multipliés par 6 en un an. Le besoin d'information sur les dispositifs est ici clairement démontré. L'équipe du Fond CMU s'attachera à maintenir et faire évoluer le contenu du site avec deux objectifs : être au plus près de l'actualité législative et réglementaire en matière de CMU et de crédit d'impôt et répondre le plus précisément possible aux besoins spécifiques d'information de nos différents publics.

Le site est accessible aux adresses [www.cmu.fr](http://www.cmu.fr) ou [www.fonds-cmu.fr](http://www.fonds-cmu.fr).



## Les réponses aux questions des assurés

Le site du Fonds CMU permet aux internautes de poser des questions sur la CMU et le crédit d'impôt. Le nombre de questions est d'un peu plus de 150 par mois. Près de 70 % de ces questions sont simples et concernent des aspects pratiques comme par exemple le barème d'accès à la CMU ou au crédit d'impôt, à qui déposer sa demande, l'adresse du centre de sécurité sociale, l'état d'avancée du dossier.

Les questions plus précises (une quarantaine par mois) constituent un observatoire pour identifier des sujets qui peuvent faire difficulté pour les bénéficiaires. Qu'est-ce que le forfait logement ? Les revenus sont-ils pris en compte sur une base fiscale ou en totalité ? Les prestations sociales sont-elles des revenus ? Qui fait partie du foyer ? Quelle est la différence entre CMU de base et complémentaire ? Ces questions sont classiques. Il faut cependant relativiser la représentativité des observations : il faut posséder Internet pour accéder au site du Fonds, l'échantillon des questions est réduit et on peut penser que la demande au Fonds CMU est parfois un dernier recours.

Les refus de soins, des questions ou des problèmes relatifs à la tarification peu évidente à maîtriser, reviennent régulièrement : le dentaire et l'optique sont le plus souvent cités. Quelques situations de refus de soins et de relations méprisantes font l'objet de protestations vigoureuses. Ainsi ce patient consultant un médecin généraliste ostéopathe qui lui facture 20 € la consultation pour la CMU, puis 60 € de complément en ostéopathie, sans l'avoir prévenu auparavant que la sécurité sociale ne prend pas en charge l'ostéopathie.

Certaines questions révèlent aussi une mauvaise connaissance des prestations prises en charge par la sécurité sociale : par exemple, y a-t-il prise en charge des lentilles de contact et des opérations de la cornée, de l'orthodontie pour les adultes, etc. Le travail d'information des assurés semble souvent insuffisant. Le Fonds est souvent amené à renvoyer les assurés auprès du service médical de leur caisse pour obtenir des informations complémentaires sur des aspects médicaux. La publicité rédactionnelle des revues relatives à la santé crée aussi une demande nouvelle : cette année plusieurs questions sur la prise en charge des anneaux gastriques.

La protection sociale des jeunes (étudiants ou pas) fait l'objet de nombreuses questions : il semble qu'il y ait sur ce point une certaine carence d'information des jeunes assurés et de leurs parents. L'accès à l'autonomie engendre parfois une certaine panique car les usagers pensent se retrouver sans aucuns droits. Les étudiants étrangers sont souvent complètement dépourvus d'information : ils ignorent parfois qu'ils ont déjà une protection sociale (obligatoire pour l'inscription en faculté).

Les discours sur la fraude engendrent une réaction paradoxale : des personnes qui reprennent un travail veulent savoir où « démissionner » de la CMU, ou sont inquiètes d'avoir une double couverture complémentaire lorsqu'elles ont par ailleurs une couverture obligatoire d'entreprise. Existe aussi le traditionnel petit lot de dénonciation.

La CMU de base fait l'objet de diverses interrogations, notamment pour des Français résidents à l'étranger découvrant le caractère conditionnel de la réouverture des droits en France. Le statut des frontaliers franco-suisse fait l'objet d'un nombre surprenant de questions, renvoyées prudemment aux caisses d'assurance maladie concernées. Les questions des étrangers européens résidant en France se sont en revanche raréfiées cette année.

Il y eut peu de questions en 2005 sur la réforme de l'assurance maladie, sur le médecin traitant, sur le parcours de soins.

Les bénéficiaires du RMI découvrent parfois tardivement qu'ils ont droit à la CMU : certains pensent que le RMI donne accès automatiquement à la CMU sans démarche administrative, d'autres ne savent pas qu'ils y ont droit. Les mesures liées à la prestation, comme les réductions en matière de transports sont peu connues : des usagers s'adressent au Fonds pour essayer de confirmer ce dont ils ont entendu vaguement parler.

Enfin, le Fonds reçoit des questions techniques sur les prestations exclues ou pas de la base ressources (bourses de l'enseignement supérieur, PAJE, APA, etc.).

### La lettre d'information du Fonds

Quatre numéros de la lettre trimestrielle d'information du Fonds, « Références CMU », (numéros 17 à 20) ont été diffusés à plus de 4 000 exemplaires chacun au cours de l'année 2005 (janvier, avril, juillet et octobre). La diffusion est principalement réalisée dans les organismes complémentaires (1 200), les caisses de sécurité sociale (900), parmi les élus (500) et au sein des administrations (400).



## ➤ LES ETUDES FINANCEES PAR LE FONDS

Lors du conseil d'administration du 19 octobre 2004, les membres du conseil avaient convenu de l'intérêt des 4 thèmes d'études proposés par la direction : l'attitude des professionnels de santé face aux bénéficiaires de la CMU ; les dépenses en part complémentaire des bénéficiaires de la CMU-C ; les causes de non-recours à la CMU-C ; l'explication de la forte rotation des bénéficiaires de la CMU-C.

Le Fonds a donc proposé à l'ensemble des universités et centres de recherche (une cinquantaine) qu'il connaissait un appel à propositions.

Le thème « Expliquer la forte rotation des bénéficiaires de la CMU-C » n'a reçu aucune proposition.

- ***Mieux cerner les dépenses des bénéficiaires de la CMU-C***

Ce thème n'a reçu qu'une proposition, celle de l'IRDES. Cette proposition a été retenue.

L'étude porte sur les dépenses constatées de CMU complémentaire qu'elles soient réalisées en OC ou en CPAM ; elle ne concerne pas les dépenses de base.

Les écarts de dépenses moyennes des bénéficiaires de CMU-C trouvent leur origine dans une queue de distribution des dépenses individuelles beaucoup plus importante que dans la population générale, et notamment concernant les dépenses hospitalières. Ceci est d'ailleurs de nature à entraîner une forte instabilité des moyennes dès lors que l'on raisonne sur des sous échantillons de bénéficiaires. On n'est d'ailleurs pas à l'abri de ce risque sur l'EPAS, risque qui existe déjà sur les dépenses hospitalières en général, dont la distribution est très éloignée d'une distribution normale. Au demeurant, on peut noter que les résultats concernant les dépenses des bénéficiaires de la CMU-C sont différents sur l'EPAS et sur le sous échantillon de l'EPAS apparié à l'enquête ESPS.

L'objectif de l'étude est d'analyser dans quelle mesure cette conclusion sur le caractère atypique de la distribution des dépenses peut être conforté par l'analyse des montants versés au titre de la part complémentaire, et peut expliquer les écarts constatés entre les organismes gestionnaires (caisses d'assurance maladie et organismes complémentaire). Il est en effet possible que les écarts de coûts moyens résultent de la distribution aléatoire des risques « gros sinistres ».

Ceci permettra également d'éclairer la problématique du forfait journalier, et de valider ou d'invalider l'idée selon laquelle la prise en charge sans limitation de durée, ce qui est le cas pour la CMUC, est de nature à faire courir aux complémentaires un risque économique important.

- ***Définir l'attitude des professionnels de santé face aux bénéficiaires de la CMU***

Cinq propositions ont été faites sur ce thème. Aucune de celles-ci ne répondant à la demande en particulier sur la nécessaire approche quantitative des phénomènes, dans un premier temps, le Fonds n'a retenu aucune de ces études. Les 5 organismes ont été contactés pour leur indiquer qu'une nouvelle proposition pouvait être faite en prenant en compte la dimension quantitative faute de quoi, les propositions ne pourraient être retenues.

A l'issue de cette procédure, c'est la proposition du DIES (centre d'étude filiale de la Fondation de l'Avenir, elle même liée à la mutualité) qui a été retenue. Après sélection « raisonnée » de 200 professionnels de santé du Val-de-Marne, une première phase de l'étude, reposant sur une méthode de « testing » tentera de quantifier les refus de soins. Puis, à partir d'entretiens avec certains de ces professionnels, il s'agira de comprendre l'attitude des professionnels de santé.

- ***Comprendre les causes de non recours à la CMU-C***

Six propositions ont été adressées au Fonds.

La proposition de l'université de Paris-Dauphine qui allie une étude quantitative à partir de l'ESPS (données issues de l'enquête IRDES) et une étude qualitative sur la base d'entretiens (entretiens dans un centre d'accueil, de soins et d'orientation) a été retenue dans un premier temps.

Puis, la proposition de l'Institut régional du travail social de Montrouge/Neuilly-sur-Marne a été sélectionnée. Cette étude sera menée dans une douzaine de foyers ou résidences sociales (sans accompagnement social) de la région parisienne. En coordination avec les gestionnaires de ces établissements qui disposent des données de ressources concernant les résidents, il s'agira de déterminer un échantillon de 1 500 bénéficiaires potentiels d'abord interrogés par questionnaire pour déterminer s'ils ont fait valoir leur droit.

La partie de l'échantillon n'ayant pas eu recours à la CMU-C ou au crédit d'impôt se verra alors administrer un questionnaire visant à connaître les raisons du non-recours.

Par ailleurs, une étude a été initiée avec la CPAM de Grenoble et ODENORE (observatoire des non recours aux droits et services, centre de recherche lié à l'IEP de Grenoble), pour étudier spécifiquement l'état du non recours à la CMU-C des bénéficiaires du RMI dans l'Isère.

## ➤ **LE REPERTOIRE NATIONAL DES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES**

Par lettre du 12 février 2004, le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité et le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées ont confié au Fonds CMU la mise en place d'un répertoire national des organismes complémentaires (RNOC), en collaboration avec plusieurs partenaires institutionnels (DSS, DREES, CEA, CCAMIP, CNAMTS, INSEE).

Le RNOC est une base commune (le cœur) utilisable indifféremment dans les différents systèmes d'informations des partenaires (les pétales). Il regroupe les sociétés d'assurances et les institutions de prévoyance agréées pour proposer des contrats d'assurance complémentaire en santé, ainsi que l'ensemble des mutuelles quelles que soient leurs activités.

En ligne pour les différents partenaires depuis juillet 2005, sa mise à disposition a été accompagnée de formations au bénéfice des partenaires nationaux et régionaux (DRASS).

Après quelques mois d'utilisation intensive, on notera la qualité du logiciel qui n'a fait l'objet d'aucun correctif majeur à la fin de l'année 2005.

Les différents utilisateurs en charge de saisir l'information se sont rapidement appropriés ce nouveau logiciel. A la fin de l'année 2005, donc en moins de 4 mois, plus de 10 000 modifications avaient en effet été apportées à la base de données. Il est ainsi possible de considérer comme acquis la qualité de l'information de cette base et sa mise à jour dès que l'information est connue.

A la fin 2005, le RNOC recensait 2855 organismes complémentaires, dont 2425 étaient juridiquement actifs. Les organismes complémentaires juridiquement inactifs ont cessé leur activité (suite entre autres à dissolution ou fusion) mais sont maintenus dans le répertoire à titre d'historique. Ils seront progressivement retirés au terme de plusieurs années. Quant aux organismes juridiquement actifs, le RNOC était en 2005 la seule base de données partagée permettant d'avoir une vision globale du monde des complémentaires santé sur l'ensemble du territoire français (métropole et DOM). Le tableau suivant détaille le contenu du RNOC à la fin 2005.

<b>Au 31/12/2005</b>	<b>Nombre</b>	<b>Structure d'ensemble</b>	<b>Structure des mutuelles</b>
Sociétés d'assurances	214	8,8%	
IP	46	1,9%	
Mutuelles	2165	89,3%	100,0%
<i>dont Livre 1</i>	34		1,6%
<i>dont Livre 2(santé)</i>	1184		54,7%
<i>dont Livre 3(action sanitaire et sociale)</i>	571		26,4%
<i>dont Fédérations</i>	8		0,4%
<i>dont Unions</i>	368		17,0%
<b>TOTAL</b>	<b>2425</b>	<b>100,0%</b>	

Source : Fonds CMU / RNOC

Fin 2005, la décision a été prise de transférer la gestion et la maintenance du répertoire en direction du ministère de la santé et des solidarités. Cette opération devrait être menée à son terme avant la fin du premier semestre 2006.

## ➤ DES MOUVEMENTS DANS L'EQUIPE DU FONDS

L'effectif budgétaire du Fonds CMU est de 9,3 personnes. Son agent comptable, nommé agent comptable de la CNSA, assure son activité au Fonds CMU en adjonction de service depuis le 22 juillet 2005.

Deux personnes issues de caisses de sécurité sociale, Fabienne Bernard et Lyne Darras, ont, pendant plusieurs mois, pallié l'absence des deux assistantes du Fonds.

A l'issue de son congé de maternité, Sandrine Trameçon a rejoint la CAF de Tarbes. Lyne Darras a donc été embauchée par le Fonds pour la remplacer.

## LISTE DES ANNEXES

- 1) SYNTHÈSE DES EFFECTIFS DES BÉNÉFICIAIRES AU 31 DÉCEMBRE 2005
- 2) HISTORIQUE DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES
- 3) BÉNÉFICIAIRES PAR DÉPARTEMENTS
- 4) DÉPENSES PAR DÉPARTEMENT ET PAR NATURE DE SOINS
- 5) PRÉSENTATION SIMPLIFIÉE DES RÉSULTATS COMPTABLES DU FONDS
- 6) SUIVI DE TRÉSORERIE 2005
- 7) TEXTES RELATIFS À LA CMU ET AU CRÉDIT D'IMPÔT PARUS AU COURS DE L'ANNÉE 2005
- 8) PRINCIPALES DÉCISIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
- 9) TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES RÉGISSANT LE FONDS AU 31/12/2005
- 10) COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
- 11) COMPOSITION DU CONSEIL DE SURVEILLANCE
- 12) PROGRAMME 183 DE LA LOI DE FINANCES POUR 2006 (EXTRAITS DE LA PRÉSENTATION « LOLF »)
- 13) ORGANIGRAMME DU FONDS
- 14) RÉCAPITULATIF DU PARCOURS DE SOINS DANS LE CADRE DE LA CMU-C
- 15) LES 100 ORGANISMES D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE DÉCLARANT L'ASSIETTE DE LA CONTRIBUTION LA PLUS IMPORTANTE EN 2005
- 16) LES 70 ORGANISMES D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE DÉCLARANT LE PLUS GRAND NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DE CMU-C ET DU CRÉDIT D'IMPÔT EN 2005
- 17) L'EXAMEN DES RESSOURCES POUR LES PROFESSIONS INDÉPENDANTES ET LES EXPLOITANTS AGRICOLES POUR L'OUVERTURE DU DROIT À LA CMU-C

## SYNTHESE DES EFFECTIFS DES BENEFICIAIRES AU 31 DECEMBRE 2005

Effectifs CMU au 31 décembre 2005										
Régimes d'attribution	Régime général (estimation)		Régime agricole		Régime des travailleurs indépendants		Autres régimes et sections locales mutualistes		Total (avec estimation CNAMTS)	
Organismes gestionnaires	CNAMTS	Organismes complémentaires	CCMSA	Organismes complémentaires	CANAM	Organismes complémentaires	Régimes de base	Organismes complémentaires	Régimes	Organismes complémentaires
Métropole	3 378 000	451 000	119 953	19 691	122 057	31 858	52 099	48 039	3 672 109	550 588
DOM	520 000	80 000	13 042	851	6 142	330			539 184	81 181
France entière	3 898 000	531 000	132 995	20 542	128 199	32 188	52 099	48 039	4 211 293	631 769
<b>Total</b>	<b>4 429 000</b>		<b>153 537</b>		<b>160 387</b>		<b>100 138</b>		<b>4 843 062</b>	

## HISTORIQUE DU NOMBRE DE BENEFICIAIRES

Historique	Total CMU tous régimes		France entière	Taux croissance sur mois année N-1	Dont OC
	Métropole	DOM			
juin-00	3 930 936	552 849	4 483 785		168 411
juil-00	4 015 982	568 434	4 584 416		199 446
août-00	4 094 413	576 298	4 670 711		228 242
sept-00	4 179 639	585 479	4 765 118		264 511
oct-00	4 274 271	599 942	4 874 213		309 950
nov-00	4 367 241	609 866	4 977 107		356 136
déc-00	4 443 555	616 280	5 059 835		389 085
janv-01	4 517 807	632 021	5 149 828		436 567
févr-01	4 566 990	637 014	5 204 004		455 609
mars-01	4 603 457	646 649	5 250 106		471 313
avr-01	4 614 495	647 859	5 262 354		480 750
mai-01	4 640 617	655 369	5 295 986		495 292
juin-01	4 655 301	661 241	5 316 542	18,6%	513 158
juil-01	4 082 347	629 350	4 711 697	2,8%	552 120
août-01	4 100 229	634 675	4 734 904	1,4%	552 464
sept-01	4 066 208	632 446	4 698 654	-1,4%	564 148
oct-01	4 070 406	658 278	4 728 684	-3,0%	615 392
nov-01	4 079 394	621 470	4 700 864	-5,6%	624 122
déc-01	4 098 873	617 128	4 716 001	-6,8%	630 426
janv-02	3 979 752	594 856	4 574 608	-11,2%	625 073
févr-02	4 009 811	595 696	4 605 507	-11,5%	629 830
mars-02	4 051 559	599 746	4 651 305	-11,4%	636 927
avr-02	4 073 750	600 679	4 674 429	-11,2%	640 881
mai-02	4 082 372	601 272	4 683 644	-11,6%	643 257
juin-02	4 102 335	595 501	4 697 836	-11,6%	647 714
juil-02	3 856 465	586 205	4 442 670	-5,7%	644 828
août-02	3 846 731	579 345	4 426 076	-6,5%	644 249
sept-02	3 890 337	587 319	4 477 656	-4,7%	651 957
oct-02	3 948 856	584 134	4 532 990	-4,1%	661 206
nov-02	3 951 953	587 917	4 539 870	-3,4%	663 674
déc-02	3 978 298	590 696	4 568 994	-3,1%	668 086
janv-03	4 024 571	591 786	4 616 357	0,9%	678 182
févr-03	4 059 494	596 773	4 656 267	1,1%	678 532
mars-03	4 111 746	603 297	4 715 043	1,4%	680 816
avr-03	4 141 286	607 640	4 748 926	1,6%	677 593
mai-03	4 154 635	610 748	4 765 383	1,7%	675 226
juin-03	4 138 850	607 043	4 745 893	1,0%	670 799
juil-03	4 081 583	589 456	4 671 039	5,1%	661 585
août-03	4 028 201	586 654	4 614 855	4,3%	654 566
sept-03	4 042 718	594 778	4 637 496	3,6%	656 068
oct-03	4 078 852	605 996	4 684 848	3,4%	663 229
nov-03	4 080 117	615 562	4 695 679	3,4%	661 575
déc-03	4 089 261	622 479	4 711 740	3,1%	661 473
janv-04	4 103 320	624 922	4 728 242	2,4%	667 182
févr-04	4 101 816	614 382	4 716 198	1,3%	662 069

Historique	Total CMU tous régimes		France entière	Taux croissance sur mois année N-1	Dont OC
	Métropole	DOM			
mars-04	4 122 879	622 404	4 745 283	0,6%	666 191
avr-04	4 132 279	625 676	4 757 955	0,2%	667 135
mai-04	4 138 304	626 640	4 764 944	0,0%	668 772
juin-04	4 143 550	622 835	4 766 385	0,4%	666 943
juil-04	4 116 374	607 346	4 723 720	1,1%	654 158
août-04	4 102 210	605 046	4 707 256	2,0%	650 482
sept-04	4 103 297	602 625	4 705 922	1,5%	651 736
oct-04	4 134 119	600 651	4 734 770	1,1%	649 953
nov-04	4 113 007	594 856	4 707 863	0,3%	645 464
déc-04	4 157 866	598 196	4 756 062	0,9%	647 195
janv-05	4 155 299	595 588	4 750 887	0,5%	642 282
févr-05	4 158 880	601 896	4 760 776	0,9%	641 127
mars-05	4 154 926	605 920	4 760 846	0,3%	636 561
avr-05	4 147 810	608 912	4 756 722	0,0%	631 209
mai-05	4 173 052	614 754	4 787 806	0,5%	633 253
juin-05	4 204 726	619 992	4 824 718	1,2%	636 003
juil-05	4 188 190	619 266	4 807 456	1,8%	630 292
août-05	4 181 273	618 898	4 800 171	2,0%	632 740
sept-05	4 193 337	618 906	4 812 243	2,3%	630 787
oct-05	4 196 744	621 272	4 818 016	1,8%	630 175
nov-05	4 210 000	620 000	4 830 000		630 000
déc-05	4 222 697	620 365	4 843 062		631 769
Moyenne 2000	4 186 577	587 021	4 773 598		273 683
Moyenne 2001	4 341 344	639 458	4 980 802		532 613
Moyenne 2002	3 981 018	591 947	4 572 965		646 474
Moyenne 2003	4 085 943	602 684	4 688 627		668 304
Moyenne 2004	4 122 418	612 132	4 734 550		658 107
<i>Moyenne 2005 (estimation)</i>	<i>4 173 330</i>	<i>613 488</i>	<i>4 786 818</i>		<i>634 688</i>
Croissance 2001	3,7%	8,9%	4,3%		94,6%
Croissance 2002	-8,3%	-7,4%	-8,2%		21,4%
Croissance 2003	2,6%	1,8%	2,5%		3,4%
Croissance 2004	0,9%	1,6%	1,0%		-1,5%
<i>Croissance 2005 (estimation)</i>	<i>1,2%</i>	<i>0,2%</i>	<i>1,1%</i>		<i>-3,6%</i>

Source : tous régimes d'attribution

Pour les deux derniers mois de l'année 2005, les données issues de la CNAMTS sont provisoires. Elles sont redressées ici par le Fonds CMU.

## BENEFICIAIRES PAR DEPARTEMENTS

Effectifs CMU 30/06/2005 (hors slm et autres)	Population estimée 2004 INSEE	CPAM TOTAL	CCMSA TOTAL	CANAM TOTAL	CMU TOTAL			Taux CMU/ pop dép.	RMI juin-05
					Gestion RO	Gestion OC	Tous régimes		
01- Ain	546 949	18 297	309	516	11 591	7 531	19 122	3,5%	8 308
02- Aisne	535 692	43 330	1 512	922	42 954	2 810	45 764	8,5%	20 110
03- Allier	344 216	20 316	836	1 087	19 768	2 471	22 239	6,5%	11 307
04- Alpes Hte Provence	144 397	7 743	606	534	6 878	2 006	8 883	6,2%	4 419
05- Hautes-Alpes	126 876	3 400	606	266	3 316	957	4 272	3,4%	2 167
06- Alpes-Maritimes	1 048 836	56 295	613	2 382	56 122	3 168	59 290	5,7%	29 881
07- Ardèche	298 412	15 079	1 871	936	8 668	9 218	17 886	6,0%	8 084
08- Ardennes	287 147	24 354	925	684	21 357	4 606	25 963	9,0%	14 501
09- Ariège	141 728	10 617	1 222	1 137	11 868	1 108	12 976	9,2%	7 179
10- Aube	292 635	22 869	975	463	22 134	2 173	24 307	8,3%	11 171
11- Aude	328 783	28 006	2 471	1 579	30 944	1 112	32 056	9,7%	20 278
12- Aveyron	270 791	8 707	890	683	9 679	601	10 280	3,8%	4 372
13- Bouches-du-Rhône	1 878 172	223 741	3 580	5 982	226 560	6 743	233 303	12,4%	142 210
14- Calvados	664 248	41 274	1 576	1 085	26 205	17 730	43 935	6,6%	19 797
15- Cantal	148 876	5 352	1 108	826	6 881	405	7 286	4,9%	3 262
16- Charente	343 422	21 822	2 010	1 465	23 155	2 142	25 297	7,4%	13 634
17- Charente-Maritime	586 030	35 050	3 167	1 548	33 929	5 836	39 765	6,8%	21 801
18- Cher	312 845	20 670	1 375	1 034	19 907	3 172	23 079	7,4%	12 546
19- Corrèze	233 743	8 199	951	497	9 173	474	9 647	4,1%	4 277
2A- Corse-du-Sud	124 072	6 872	1 550	295	7 608	1 109	8 717	7,0%	4 244
21- Côtes D'Or	512 272	24 738	750	1 150	11 070	15 568	26 638	5,2%	11 786
22- Côtes-d'Armor	559 075	21 377	1 573	1 409	15 979	8 380	24 359	4,4%	11 364
23- Creuse	122 626	6 821	1 119	584	7 082	1 442	8 524	7,0%	3 673
24- Dordogne	398 259	19 814	2 880	1 525	21 061	3 158	24 219	6,1%	14 324
25- Doubs	506 838	28 802	494	810	23 215	6 891	30 106	5,9%	14 240
26- Drôme	457 651	28 587	2 947	2 379	14 241	19 672	33 913	7,4%	16 170
27- Eure	557 616	27 547	982	938	25 231	4 236	29 467	5,3%	15 343
28- Eure-et-Loir	414 348	21 897	383	604	19 014	3 870	22 884	5,5%	10 597
29- Finistère	871 296	32 188	1 749	1 831	25 055	10 713	35 768	4,1%	20 569
30- Gard	663 732	64 918	10 257	3 077	73 586	4 666	78 252	11,8%	41 810
31- Haute-Garonne	1 129 207	77 598	942	3 918	77 716	4 742	82 458	7,3%	47 260
32- Gers	177 427	7 142	731	410	7 708	575	8 283	4,7%	4 029
33- Gironde	1 361 832	74 490	7 499	4 276	72 219	14 046	86 265	6,3%	47 836
34- Hérault	969 622	95 204	5 932	5 164	93 303	12 997	106 300	11,0%	58 665
35- Ille-et-Vilaine	905 553	35 338	1 071	1 706	28 810	9 305	38 115	4,2%	15 871
36- Indre	231 224	11 107	458	352	10 559	1 358	11 917	5,2%	5 883
37- Indre-et-Loire	567 388	27 137	1 301	877	21 181	8 134	29 315	5,2%	16 048
38- Isère	1 144 656	51 958	851	2 044	45 183	9 670	54 853	4,8%	25 767
39- Jura	253 430	10 784	364	503	9 599	2 052	11 651	4,6%	4 321
40- Landes	347 883	15 321	1 571	993	14 588	3 297	17 885	5,1%	9 509
41- Loir-et-Cher	320 514	16 110	1 336	569	12 462	5 553	18 015	5,6%	8 979
42- Loire	731 585	39 568	880	2 704	29 930	13 222	43 152	5,9%	20 314
43- Haute-Loire	216 476	6 169	688	468	4 670	2 655	7 325	3,4%	3 426
44- Loire-Atlantique	1 187 276	56 150	1 293	4 502	44 739	17 206	61 945	5,2%	32 876
45- Loiret	633 467	34 345	1 085	1 639	31 844	5 225	37 069	5,9%	16 866
46- Lot	166 604	7 390	908	583	7 716	1 165	8 881	5,3%	4 600
47- Lot-et-Garonne	315 325	19 777	3 507	964	23 098	1 150	24 248	7,7%	11 597
48- Lozère	75 349	2 826	645	134	3 236	369	3 605	4,8%	1 361
49- Maine-et-Loire	749 611	34 958	2 954	1 015	31 232	7 695	38 927	5,2%	20 032
50- Manche	486 670	21 998	1 351	852	19 256	4 945	24 201	5,0%	10 521
51- Marne	561 327	33 329	990	957	32 653	2 623	35 276	6,3%	16 734



Effectifs CMU 30/06/2005 (hors slm et autres)	Population estimée 2004 INSEE	CPAM TOTAL	CCMSA TOTAL	CANAM TOTAL	CMU TOTAL			Taux CMU/ pop dép.	RMI juin-05
					Gestion RO	Gestion OC	Tous régimes		
52- Haute-Marne	188 725	11 631	584	489	9 996	2 708	12 704	6,7%	5 526
53- Mayenne	292 227	9 723	547	529	7 982	2 817	10 799	3,7%	4 587
54- Meurthe-et-Moselle	721 942	42 939	727	1 894	40 033	5 527	45 560	6,3%	27 225
55- Meuse	192 552	10 834	494	394	8 423	3 299	11 722	6,1%	6 445
56- Morbihan	675 330	23 964	3 016	1 912	16 487	12 405	28 892	4,3%	14 464
57- Moselle	1 032 064	47 722	463	1 867	46 496	3 556	50 052	4,8%	28 380
58- Nièvre	221 263	13 440	696	541	11 475	3 202	14 677	6,6%	7 775
59- Nord	2 576 237	275 286	3 801	5 670	270 314	14 443	284 757	11,1%	158 468
60- Oise	779 876	42 735	908	1 070	43 669	1 044	44 713	5,7%	22 652
61- Orne	292 520	16 904	883	502	15 576	2 713	18 289	6,3%	9 316
62- Pas-de-Calais	1 449 508	147 818	2 721	2 376	142 156	10 759	152 915	10,5%	85 523
63- Puy-de-Dôme	616 962	29 361	1 441	2 119	26 985	5 936	32 921	5,3%	18 634
64- Pyrénées-Atlantiques	626 177	31 533	1 323	1 895	28 430	6 321	34 751	5,5%	18 677
65- Hautes-Pyrénées	227 126	11 499	413	1 058	11 876	1 094	12 970	5,7%	7 080
66- Pyrénées-Orientales	420 397	45 425	3 437	1 922	48 935	1 849	50 784	12,1%	27 353
67- Bas-Rhin	1 062 432	45 557	587	1 489	44 632	3 001	47 633	4,5%	30 646
68- Haut-Rhin	730 093	30 218	371	777	29 821	1 545	31 366	4,3%	17 342
69- Rhône	1 645 653	112 594	1 711	3 282	108 948	8 639	117 587	7,1%	53 609
70- Haute-Saône	233 056	9 606	238	829	9 389	1 284	10 673	4,6%	5 601
71- Saône-et-Loire	546 019	25 199	949	1 094	22 122	5 120	27 242	5,0%	12 118
72- Sarthe	540 495	28 712	1 083	1 264	24 402	6 657	31 059	5,7%	15 369
73- Savoie	392 156	13 736	249	754	10 203	4 536	14 739	3,8%	6 415
74- Haute-Savoie	676 198	20 386	359	1 050	18 043	3 752	21 795	3,2%	10 591
75- Paris (Ville)	2 158 489	192 136	1 329	3 852	185 617	11 700	197 317	9,1%	90 235
76- Seine-Maritime	1 246 925	95 846	1 369	2 912	83 688	16 439	100 127	8,0%	52 326
77- Seine-et-Marne	1 253 637	58 294	0	1 086	45 651	13 729	59 380	4,7%	25 461
78- Yvelines	1 386 927	51 136	0	727	41 725	10 138	51 863	3,7%	22 127
79- Deux-Sèvres	351 069	13 906	1 106	575	10 597	4 990	15 587	4,4%	7 300
80- Somme	558 938	47 714	1 502	1 311	48 085	2 442	50 527	9,0%	23 617
81- Tarn	356 129	21 518	2 164	1 279	23 326	1 635	24 961	7,0%	12 768
82- Tarn-et-Garonne	218 298	14 109	2 792	1 090	16 873	1 118	17 991	8,2%	8 858
83- Var	950 382	67 027	4 480	3 030	66 220	8 317	74 537	7,8%	40 696
84- Vaucluse	517 717	41 571	6 272	1 608	46 051	3 400	49 451	9,6%	23 945
85- Vendée	574 453	17 052	1 020	916	13 048	5 940	18 988	3,3%	8 733
86- Vienne	406 647	23 709	1 081	781	21 519	4 052	25 571	6,3%	14 141
87- Haute-Vienne	356 083	21 493	1 012	955	20 928	2 532	23 460	6,6%	11 062
88- Vosges	382 121	20 783	691	705	17 856	4 323	22 179	5,8%	11 001
89- Yonne	336 523	18 206	837	628	16 213	3 458	19 671	5,8%	9 173
90- Territoire de Belfort	139 422	9 103	119	284	7 201	2 305	9 506	6,8%	4 954
91- Essonne	1 169 566	62 947	0	1 251	63 322	876	64 198	5,5%	29 768
92- Hauts-de-Seine	1 490 783	78 191	0	1 250	75 071	4 370	79 441	5,3%	39 797
93- Seine St Denis	1 413 293	183 092	0	2 196	180 137	5 151	185 288	13,1%	98 444
94- Val-de-Marne	1 255 639	81 489	0	1 699	79 186	4 002	83 188	6,6%	45 978
95- Val-d'Oise	1 136 158	74 779	0	1 144	74 246	1 677	75 923	6,7%	35 695
2B- Haute-Corse	147 784	9 991	0	407	9 646	752	10 398	7,0%	6 402
<b>METROPOLE</b>	<b>60 200 000</b>	<b>3 828 295</b>	<b>140 419</b>	<b>137 321</b>	<b>3 598 531</b>	<b>507 504</b>	<b>4 106 035</b>	<b>6,8%</b>	<b>2 122 197</b>
971- Guadeloupe	443 000	117 448	1 129	1 679	64 992	55 264	120 256	27,1%	70 630
972- Martinique	393 000	107 672	1 208	1 129	84 270	25 739	110 009	28,0%	31 834
973- Guyane	185 000	63 658	2 019	667	64 918	1 426	66 344	35,9%	64 372
974- Réunion	763 204	309 659	10 017	3 707	323 305	78	323 383	42,4%	193 743
<b>DOM</b>	<b>1 784 204</b>	<b>598 437</b>	<b>14 373</b>	<b>7 182</b>	<b>537 485</b>	<b>82 507</b>	<b>619 992</b>	<b>34,7%</b>	<b>360 579</b>
<b>TOTAL FRANCE</b>	<b>61 984 204</b>	<b>4 426 732</b>	<b>154 792</b>	<b>144 503</b>	<b>4 136 016</b>	<b>590 011</b>	<b>4 726 027</b>	<b>7,6%</b>	<b>2 482 776</b>

Sources : CNAMTS, CANAM, CCMSA, CNAF

## DEPENSES PAR DEPARTEMENT ET PAR NATURE DE SOINS

CPAM 2004	Effectifs moyens 2004	Coût moyen	Ecart Métropole	Hôpital	Forfaits	Ville	Dont Pharmacie	Dont total dentaire
01- Ain	11 183	276,1	84,6%	70,6	27,8	177,7	73,7	37,7
02- Aisne	40 487	315,8	96,7%	59,2	32,0	224,7	99,9	42,2
03- Allier	17 501	300,1	91,9%	77,7	34,8	187,7	79,7	46,6
04- Alpes Hte Provence	5 169	276,1	84,6%	55,4	26,4	194,4	76,2	36,6
05- Hautes-Alpes	2 501	311,6	95,4%	103,8	30,2	177,6	71,0	38,4
06- Alpes-Maritimes	50 234	389,7	119,4%	64,9	44,5	280,4	114,8	61,9
07- Ardèche	6 714	280,6	86,0%	73,9	33,5	173,3	71,1	42,5
08- Ardennes	20 145	351,3	107,6%	83,0	37,3	231,0	108,2	48,4
09- Ariège	9 515	286,5	87,7%	55,5	37,7	193,3	79,8	48,0
10- Aube	20 788	294,5	90,2%	59,5	27,2	207,8	94,8	36,5
11- Aude	25 524	331,4	101,5%	58,5	39,3	233,6	101,1	49,1
12- Aveyron	8 349	310,2	95,0%	77,8	38,3	194,1	77,0	49,6
13- Bouches-du-Rhône	214 955	399,6	122,4%	66,2	51,5	281,9	115,6	68,7
14- Calvados	24 640	307,1	94,1%	83,1	29,0	195,0	83,0	36,3
15- Cantal	5 037	413,6	126,7%	161,8	40,1	211,8	94,1	50,8
16- Charente	20 637	289,5	88,7%	58,8	29,3	201,3	93,1	35,5
17- Charente-Maritime	29 732	330,1	101,1%	84,7	31,3	214,1	98,5	41,0
18- Cher	17 592	280,4	85,9%	73,2	30,2	177,0	79,2	39,7
19- Corrèze	7 992	425,4	130,3%	194,8	29,0	201,6	94,3	37,4
2A- Corse-du-Sud	5 673	342,7	105,0%	82,6	31,1	229,0	95,2	37,5
21- Côtes D'Or	10 109	328,2	100,5%	88,3	34,9	205,0	82,0	45,3
22- Côtes-d'Armor	14 572	323,6	99,1%	106,6	37,6	179,4	77,8	49,4
23- Creuse	5 437	290,3	88,9%	86,5	24,7	179,1	83,8	27,3
24- Dordogne	16 347	357,9	109,6%	134,6	30,2	193,0	86,3	38,7
25- Doubs	21 852	338,4	103,7%	76,2	32,5	229,7	100,1	43,4
26- Drôme	12 381	297,1	91,0%	62,6	36,9	197,6	82,9	50,0
27- Eure	23 193	294,5	90,2%	75,2	30,0	189,3	83,9	36,1
28- Eure-et-Loir	18 144	291,2	89,2%	62,1	33,0	196,1	87,7	40,5
29- Finistère	22 521	326,7	100,1%	89,9	31,7	205,1	89,3	43,2
30- Gard	59 812	348,9	106,9%	55,9	46,6	246,4	103,0	60,2
31- Haute-Garonne	71 387	388,3	118,9%	75,6	48,4	264,2	105,2	65,6
32- Gers	6 605	403,5	123,6%	158,5	34,0	211,0	87,3	44,8
33- Gironde	63 284	338,4	103,6%	62,8	35,0	240,6	104,4	45,3
34- Hérault	81 760	380,0	116,4%	69,9	44,6	265,5	112,9	61,3
35- Ille-et-Vilaine	27 613	324,8	99,5%	88,0	36,8	200,0	79,2	50,0
36- Indre	9 681	264,5	81,0%	54,8	30,3	179,4	78,9	36,9
37- Indre-et-Loire	19 245	296,7	90,9%	68,2	29,0	199,5	88,1	38,3
38- Isère	43 861	314,4	96,3%	67,9	35,1	211,4	86,3	46,1
39- Jura	8 596	315,1	96,5%	98,4	29,5	187,2	79,7	40,1
40- Landes	12 444	314,5	96,3%	60,1	33,9	220,5	95,8	43,4
41- Loir-et-Cher	10 359	281,5	86,2%	77,4	24,2	179,9	79,6	31,3
42- Loire	28 342	307,4	94,1%	56,3	43,4	207,7	87,9	58,7
43- Haute-Loire	3 884	297,0	91,0%	90,4	27,1	179,5	74,8	35,9
44- Loire-Atlantique	40 514	287,0	87,9%	61,8	37,9	187,3	70,9	48,3
45- Loiret	28 940	263,2	80,6%	50,8	26,4	185,9	83,0	34,7
46- Lot	6 507	308,3	94,4%	105,4	27,6	175,3	72,0	35,5
47- Lot-et-Garonne	17 815	290,5	89,0%	53,7	37,1	199,6	88,3	49,7
48- Lozère	2 662	589,5	180,5%	383,6	36,1	169,8	64,0	49,3
49- Maine-et-Loire	28 441	293,8	90,0%	77,0	30,8	186,0	73,9	42,1
50- Manche	17 493	308,2	94,4%	106,0	28,7	173,6	73,2	34,1
51- Marne	30 330	319,9	98,0%	69,4	33,4	217,2	95,9	43,7

CPAM 2004	Effectifs moyens 2004	Coût moyen	Ecart Métropole	Hôpital	Forfaits	Ville	Dont Pharmacie	Dont total dentaire
52- Haute-Marne	9 264	290,3	88,9%	74,4	27,0	188,8	86,7	36,4
53- Mayenne	6 910	285,0	87,3%	84,4	25,9	174,7	72,8	34,6
54- Meurthe-et-Moselle	36 303	354,4	108,5%	77,1	32,2	245,1	106,8	44,6
55- Meuse	7 376	336,0	102,9%	92,6	40,1	203,3	85,2	53,8
56- Morbihan	13 067	313,9	96,2%	87,7	38,9	187,3	81,0	50,9
57- Moselle	43 815	254,7	78,0%	57,3	37,0	160,5	72,7	42,0
58- Nièvre	11 044	282,8	86,6%	74,1	31,2	177,5	79,1	38,3
59- Nord	257 011	340,3	104,2%	63,2	30,3	246,9	109,8	38,6
60- Oise	42 069	319,0	97,7%	86,4	25,6	207,0	97,3	30,5
61- Orne	14 738	298,8	91,5%	89,2	28,4	181,2	76,8	35,4
62- Pas-de-Calais	135 844	334,4	102,4%	53,7	28,5	252,1	114,9	35,4
63- Puy-de-Dôme	23 926	285,6	87,5%	47,4	35,2	203,0	87,7	48,4
64- Pyrénées-Atlantiques	26 704	371,9	113,9%	100,4	43,2	228,3	93,4	56,8
65- Hautes-Pyrénées	10 426	373,1	114,3%	115,7	37,0	220,4	96,3	48,6
66- Pyrénées-Orientales	40 463	329,8	101,0%	47,8	43,8	238,3	98,5	57,2
67- Bas-Rhin	40 986	260,7	79,9%	42,8	35,2	182,7	76,7	43,1
68- Haut-Rhin	26 721	219,3	67,2%	49,0	27,8	142,5	60,4	34,8
69- Rhône	101 507	305,9	93,7%	60,9	35,5	209,5	88,8	46,4
70- Haute-Saône	8 027	372,2	114,0%	135,1	24,1	213,1	98,7	32,2
71- Saône-et-Loire	20 147	278,4	85,3%	59,2	33,7	185,6	80,3	46,6
72- Sarthe	21 149	305,6	93,6%	94,1	30,3	181,2	77,4	36,8
73- Savoie	10 075	278,4	85,3%	61,8	30,0	186,7	76,5	41,2
74- Haute-Savoie	16 286	295,5	90,5%	80,6	33,3	181,6	72,2	46,8
75- Paris (Ville)	172 938	348,8	106,8%	68,4	42,4	237,9	107,5	55,2
76- Seine-Maritime	84 342	291,0	89,1%	62,8	26,7	201,5	91,5	33,5
77- Seine-et-Marne	39 310	269,9	82,7%	64,0	22,8	183,2	79,7	30,2
78- Yvelines	43 604	300,2	92,0%	73,4	27,8	199,0	86,1	39,0
79- Deux-Sèvres	9 127	333,9	102,3%	107,1	25,7	201,2	91,7	31,4
80- Somme	44 282	345,2	105,7%	62,7	35,0	247,4	113,9	43,9
81- Tarn	18 869	321,1	98,4%	73,7	39,6	207,9	80,1	51,7
82- Tarn-et-Garonne	12 884	304,6	93,3%	56,3	34,6	213,7	89,4	44,9
83- Var	56 254	345,3	105,8%	62,6	40,6	242,1	101,2	52,4
84- Vaucluse	39 453	337,7	103,4%	84,8	36,8	216,1	89,7	48,3
85- Vendée	12 116	314,7	96,4%	95,5	30,6	188,6	81,6	38,8
86- Vienne	19 236	378,9	116,0%	129,3	27,0	222,6	98,9	36,1
87- Haute-Vienne	18 468	305,4	93,6%	62,1	27,8	215,6	98,8	36,4
88- Vosges	15 856	314,4	96,3%	77,1	26,2	211,1	94,6	39,5
89- Yonne	14 886	257,7	78,9%	77,7	18,0	162,0	76,2	22,9
90- Territoire de Belfort	6 779	284,5	87,1%	65,8	26,2	192,6	86,9	37,4
91- Essonne	58 163	292,6	89,6%	69,8	28,5	194,3	83,4	38,2
92- Hauts-de-Seine	71 945	331,2	101,4%	80,1	31,4	219,7	93,6	42,4
93- Seine St Denis	167 931	305,9	93,7%	52,9	32,4	220,7	98,3	41,5
94- Val-de-Marne	75 163	315,7	96,7%	68,4	31,4	215,8	94,2	42,2
95- Val-d'Oise	70 856	297,5	91,1%	57,9	29,3	210,3	94,4	38,2
2B- Haute-Corse	8 662	318,6	97,6%	67,5	35,7	215,4	84,1	49,5
<b>METROPOLE</b>	<b>3 293 479</b>	<b>326,5</b>	<b>100,0%</b>	<b>68,8</b>	<b>35,0</b>	<b>222,7</b>	<b>96,4</b>	<b>45,7</b>
971- Guadeloupe	61 725	203,9	62,5%	49,2	15,4	139,3	68,5	23,5
972- Martinique	75 922	293,7	90,0%	71,0	21,5	201,3	100,5	31,3
973- Guyane	52 853	159,3	48,8%	50,3	8,4	100,6	45,2	9,6
974- Réunion	309 285	325,9	99,8%	42,1	28,7	255,1	109,5	48,0
<b>DOM</b>	<b>499 785</b>	<b>288,3</b>	<b>88,3%</b>	<b>48,2</b>	<b>23,8</b>	<b>216,3</b>	<b>96,3</b>	<b>38,4</b>
<b>TOTAL FRANCE</b>	<b>3 687 404</b>	<b>330,7</b>	<b>101,3%</b>	<b>68,0</b>	<b>34,5</b>	<b>228,2</b>	<b>99,1</b>	<b>46,0</b>
<b>Mini métropole</b>	2 501	219	67,2%	43	18	142	60	23
<b>Max métropole</b>	257 011	589	180,5%	384	51	282	116	69

## PRESENTATION SIMPLIFIEE DES RESULTATS COMPTABLES DU FONDS

**ANNEE 2005**

*En millions d'euros*

Charges		Produits	
Païement aux régimes de base	1 270	Dotation de l'Etat	695
Païement aux organismes complémentaires	78	Contribution des organismes	302
Dotations aux provisions	25	Reprises sur provisions	22
Gestion administrative	1	Contribution crédit d'impôt	13
Résultat (excédent)	44	Taxe alcool	386
<b>Total des charges</b>	<b>1 418</b>	<b>Total des produits</b>	<b>1 418</b>

## RECAPITULATIF DES COMPTES DU FONDS

*En millions d'euros*

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>Produits</b>						
Dotation de l'Etat	800	889	1 150	970	1 037	695
Taxe alcool						386
Contribution crédit d'impôt						13
Contribution des organismes	247	223	223	245	291	302
Reprises sur provisions		94	159	143	202	22
<b>Total produits</b>	<b>1 047</b>	<b>1 206</b>	<b>1 532</b>	<b>1 358</b>	<b>1 530</b>	<b>1 418</b>
<b>Charges</b>						
Païement aux régimes de base	901	1 189	1 164	1 210	1 357	1 270
Païement aux organismes complémentaires	17	22	47	62	73	78
Annulation produits antérieurs					2	
Dotations aux provisions	94	159	143	202	22	25
Gestion administrative	0,5	1	1	1	1	1
<b>Total charges</b>	<b>1 013</b>	<b>1 371</b>	<b>1 355</b>	<b>1 475</b>	<b>1 455</b>	<b>1 374</b>
<b>Résultat de l'année</b>	<b>34</b>	<b>- 165</b>	<b>177</b>	<b>117</b>	<b>75</b>	<b>44</b>
<b>Résultat cumulé</b>	<b>34</b>	<b>-131</b>	<b>47</b>	<b>- 70</b>	<b>5</b>	<b>48</b>

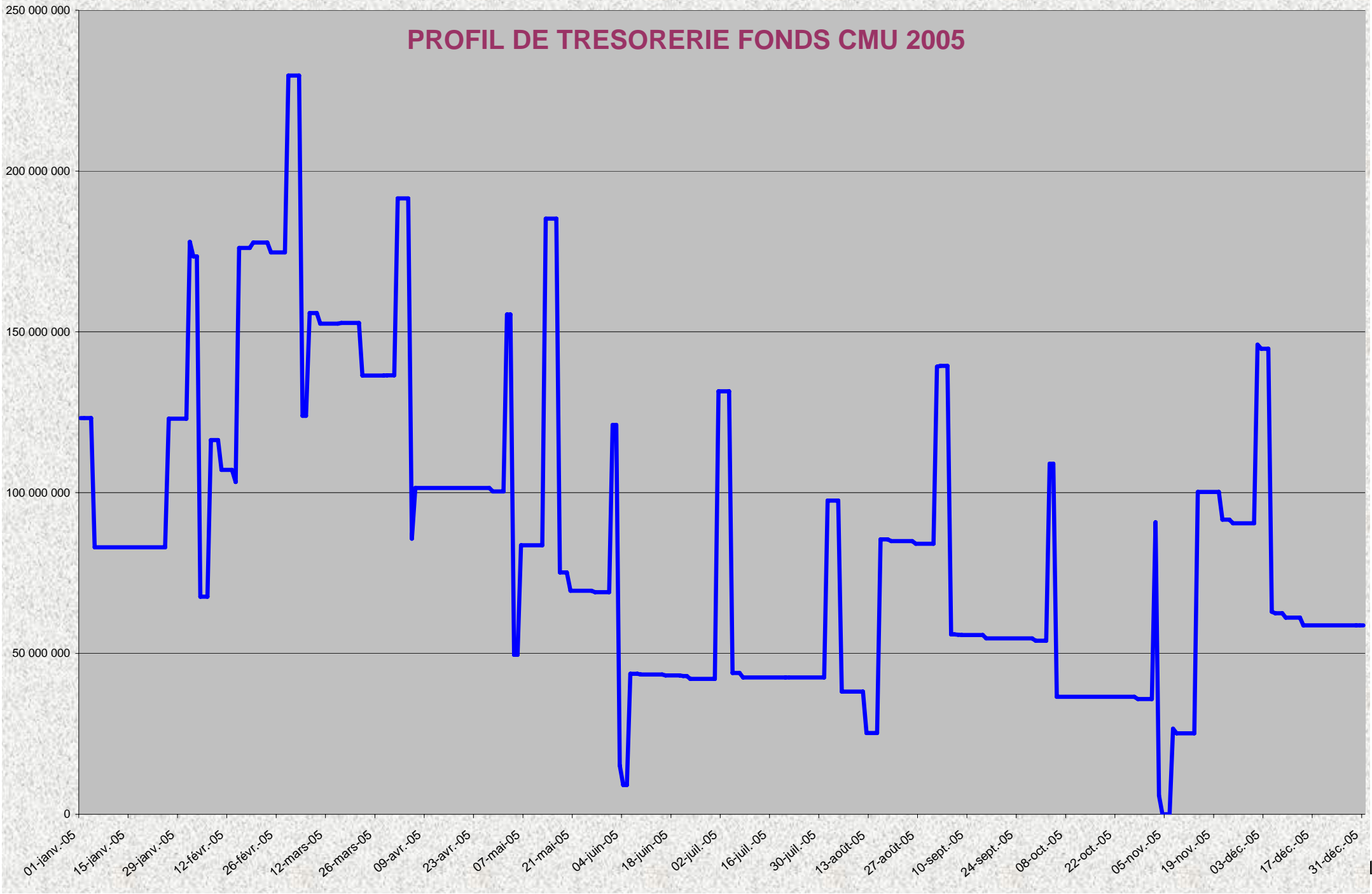
## SUIVI DE TRESORERIE 2005

En euros

Date	Solde	Dépenses	Recettes	Observations
01/01/05	123 192 845			
05/01/05	82 992 841	95 200 005	55 000 000	Acomptes régimes + dotation budgétaire
26/01/05	122 992 841		40 000 000	LFR 2004
31/01/05	122 992 841			
01/02/05	177 992 841		55 000 000	Dotation budgétaire
02/02/05	173 488 265	4 504 576		Remboursement organismes complémentaires
04/02/05	67 688 265	105 800 000		Acomptes régimes
07/02/05	116 364 532		48 676 268	Cotisation alcool
10/02/05	107 089 870	9 274 662		Remboursement organismes complémentaires
14/02/05	103 322 725	3 767 145		Remboursement organismes complémentaires
15/02/05	176 100 616		72 777 891	Versement ACOSS
19/02/05	177 742 120		1 633 755	Cotisation alcool
24/02/05	174 691 704	3 050 416		Remboursement organismes complémentaires
28/02/05	174 691 704			
01/03/05	229 691 704		55 000 000	Dotation budgétaire
05/03/05	123 891 704	105 800 000		Acomptes régimes
07/03/05	155 830 324		31 938 621	Cotisation alcool
10/03/05	152 537 476	3 292 848		Remboursement organismes complémentaires
16/03/05	152 740 230		202 754	Reversement organisme complémentaire
22/03/05	136 404 354	16 335 875		Versement régularisations régimes
29/03/05	136 456 473		52 119	Reversement organisme complémentaire
31/03/05	136 456 473			
01/04/05	191 456 473		55 000 000	Dotation budgétaire
05/04/05	85 656 473	105 800 000		Acomptes régimes
06/04/05	101 428 455		15 771 981	Cotisation alcool
28/04/05	100 388 684	1 059 427		Remboursement organismes complémentaires
30/04/05	100 388 684			
02/05/05	155 388 684		55 000 000	Dotation budgétaire
04/05/05	49 588 684	105 800 000		Acomptes régimes
06/05/05	83 642 638		34 053 954	Cotisation alcool
13/05/05	185 170 397		101 527 759	Versement ACOSS
17/05/05	75 170 397	110 000 000		Versement régularisation régimes
20/05/05	69 506 088	5 664 309		Remboursement organismes complémentaires
27/05/05	69 054 412	453 926		Remboursement organismes complémentaires
31/05/05	69 054 412			
01/06/05	121 008 748	3 045 664	55 000 000	Dotation budgétaire
03/06/05	15 208 748	105 800 000		Acomptes régimes
04/06/05	9 108 159	6 100 589		Remboursement organismes complémentaires
06/06/05	43 657 796		34 549 637	Cotisation alcool
09/06/05	43 476 729	181 067		Remboursement organismes complémentaires
16/06/05	43 205 246	271 846	363	Remboursement + reversement OC
21/06/05	42 976 973	228 273		Remboursement organismes complémentaires
23/06/05	42 091 539	885 434		Remboursement organismes complémentaires
30/06/05	42 091 539			
01/07/05	131 491 539		89 400 000	Dotation budgétaire santé + outre mer
05/07/05	43 927 377	108 395 000	20 830 838	Acomptes régimes + cotisation alcool
08/07/05	42 533 733	1 393 644		Remboursement organismes complémentaires
31/07/05	42 533 728			

Date	Solde	Dépenses	Recettes	Observations
01/08/05	97 533 728		55 000 000	Dotation budgétaire
05/08/05	38 133 501	105 800 000	46 399 772	Acomptes régimes + cotisation alcool
12/08/05	25 271 951	12 861 570		Remboursement organismes complémentaires
16/08/05	85 460 354		60 188 403	Versement ACOSS
19/08/05	84 944 445	515 254		Remboursement organismes complémentaires
26/08/05	84 146 800	797 645		Remboursement organismes complémentaires
31/08/05	84 146 800			
01/09/05	139 146 800		55 000 000	Dotation budgétaire
02/09/05	139 425 360		278 560	Reversement organismes complémentaires
05/09/05	55 938 341	105 800 000	22 312 981	Acomptes régimes + cotisation alcool
07/09/05	55 809 821	128 520		Remboursement organismes complémentaires
08/09/05	55 719 626	90 195		Remboursement organismes complémentaires
15/09/05	54 693 947	1 025 679		Remboursement organismes complémentaires
29/09/05	53 945 470	748 477		Remboursement organismes complémentaires
30/09/05	53 945 470			
03/10/05	108 945 470		55 000 000	Dotation budgétaire
05/10/05	36 498 082	105 800 000	33 352 612	Acomptes régimes + cotisation alcool
28/10/05	35 817 965	680 105		Remboursement organismes complémentaires
31/10/05	35 817 965			
02/11/05	90 817 965		55 000 000	Dotation budgétaire
03/11/05	5 817 965	85 000 000		Acomptes régimes
04/11/05	17 965	5 800 000		Acomptes régimes
07/11/05	26 639 044	15 000 000	41 621 080	Acomptes régimes + cotisation alcool
08/11/05	25 185 088	1 453 956		Remboursement organismes complémentaires
14/11/05	100 200 385	1 992 631	77 007 928	Remboursement OC + versement ACOSS
21/11/05	91 584 450	8 615 935		Remboursement organismes complémentaires
24/11/05	90 463 286	1 121 164		Remboursement organismes complémentaires
30/11/05	90 463 286			
01/12/05	146 040 453		55 577 167	Dotation budgétaire
02/12/05	144 718 794	1 321 659		Remboursement organismes complémentaires
05/12/05	63 005 960	105 800 000	24 087 166	Acomptes régimes + cotisation alcool
06/12/05	62 510 908	495 052		Remboursement organismes complémentaires
09/12/05	61 172 970	1 337 938		Remboursement organismes complémentaires
14/12/05	58 731 158	2 441 812		Remboursement organismes complémentaires
31/12/05	58 731 158			

**PROFIL DE TRESORERIE FONDS CMU 2005**



## TEXTES RELATIFS A LA CMU ET AU CREDIT D'IMPOT PARUS AU COURS DE L'ANNEE 2005

ORGANISMES / MINISTERES	STATUT	DATE PUBLICATION	DATE DU TEXTE	LIBELLE
Ministère de la santé et des solidarités	Arrêté	JO du 10/12/2005	29/11/2005	Nomination au conseil de surveillance du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie
Ministère de la santé et des solidarités, ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, ministère délégué au budget et à la réforme de l'état	Décret n° 2005-1343	JO du 30/10/2005	28/10/2005	Plafond des ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé
CNAMTS	Circulaire	13/06/2005	13/06/2005	Procédures applicables en cas de refus ou de difficultés d'accès aux soins, refus de vente ou non-respect des limites tarifaires dans le cadre de la CMU-C
CNAMTS	Lettre-réseau LR-DRM-60/2005	20/05/2005	20/05/2005	Précisions et rappels réglementaires relatifs au "crédit d'impôt", à l'aide médicale de l'Etat et la CMU complémentaire.
Ministère des solidarités, de la santé et de la famille	Arrêté	JO du 20/05/2005	18/05/2005	Arrêté du 18 mai 2005 "le montant mentionné à l'article D. 380-4 du code de la SS est fixé à 6 965 pour la période du 1er octobre au 30 septembre 2006."
ACOSS	Lettre circulaire 2005/071	20/04/2005	20/04/2005	Précisions sur la mise en place du CI et les conséquences pour les URSSAF.
CNAMTS	Lettre-réseau LR-DRM-50/2005	14/04/2005	14/04/2005	Modalités d'application du dispositif "médecin traitant" parcours de soins coordonné" pour les bénéficiaires de la CMU C et de l'Aide Médicale de l'Etat.
CNAMTS	Circulaire	07/03/2005	07/03/2005	Lettre réseau LR-DFC-22/2005 - Complément d'informations au Guide des bonnes pratiques : régime général sur critère de résidence et CMU
Ministère des solidarités, de la santé et de la famille	Arrêté	JO du 12/03/2005	25/02/2005	Arrêté fixant d'une part le modèle du formulaire « protection complémentaire santé – couverture maladie universelle et déduction sur les cotisations ou primes de protection complémentaire santé » et d'autre part, le modèle du formulaire « attestation de droit à déduction sur les cotisations ou primes de protection complémentaire santé ».
Ministère des solidarités, de la santé et de la famille	Circulaire	15/02/2005	15/02/2005	Circulaire relative au crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels.
Ministère des solidarités, de la santé et de la famille	Arrêté	JO du 05/03/2005	14/02/2005	Arrêté fixant le modèle du formulaire de la déclaration au financement de la CMU.
CNAMTS	Lettre-réseau LR-DRM-21/2005	08/02/2005	08/02/2005	Affiliations abusives à la Couverture Maladie Universelle (CMU) des ressortissants communautaires.
CNAMTS	Lettre-réseau LR-DRM-22/2005	08/02/2005	08/02/2005	Pensionnés néerlandais et affiliation à la Couverture Maladie Universelle (CMU)
CNAMTS	Lettre-réseau LR-DRM-5/2005	10/01/2005	10/01/2005	Précisions sur les modalités de mise en œuvre du crédit d'impôt.



## **PRINCIPALES DECISIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION**

Outre des échanges systématiques sur le fonctionnement du Fonds et sur la mise en œuvre de la CMU complémentaire et du crédit d'impôt, le conseil d'administration a :

- lors de sa séance du 19 avril 2005 :
  - Approuvé le compte financier et le rapport annuel d'activité 2004 ;
  - Adopté la première décision budgétaire modificative relative à 2005 ;
  - Autorisé le directeur à signer la nouvelle convention avec la CNAMTS prenant en compte le crédit d'impôt ;
- lors de sa séance du 18 octobre 2005 :
  - Adopté le budget primitif 2006 ;
  - Adopté la deuxième décision budgétaire modificative relative à 2005 ;
  - Autorisé le directeur à signer les avenants 2006 aux conventions avec la CNAMTS, la CCMSA, la CANAM et l'ACOSS ;
  - Pris connaissance de l'état d'avancement des études financées par le Fonds.

## **TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES REGISSANT LE FONDS AU 31/12/2005**

« *Art. L. 862-1.* – Il est créé un fonds dont la mission est de financer la couverture des dépenses de santé prévue à l'article L. 861-3 et d'assurer la gestion du crédit d'impôt prévu à l'article L. 863-1.

« Ce fonds, dénommé : "Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie", est un établissement public national à caractère administratif. Un décret fixe la composition du conseil d'administration, constitué de représentants de l'Etat, ainsi que la composition du conseil de surveillance, comprenant notamment des membres du Parlement, des représentants d'associations oeuvrant dans le domaine économique et social en faveur des populations les plus démunies, des représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie et des représentants des organismes de protection sociale complémentaire. Ce décret fixe également les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds.

« Les organismes mentionnés au *b* de l'article L. 861-4 peuvent créer un fonds d'accompagnement à la protection complémentaire des personnes dont les ressources sont supérieures au plafond prévu à l'article L. 861-1. Ils en déterminent les modalités d'intervention.

« Le fonds de financement de la protection complémentaire peut employer des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables aux personnels de sécurité sociale.

« *Art. L. 862-2.* – Les dépenses du fonds sont constituées :

« *a)* Par le versement aux organismes de sécurité sociale, au titre de chaque trimestre, d'un montant égal au produit de la somme prévue au III de l'article L. 862-4 par le nombre de personnes bénéficiant, le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil au titre duquel le versement est effectué, de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 au titre des dispositions du *a* de l'article L. 861-4 ;

« *b)* Par le versement aux organismes mentionnés au *b* de l'article L. 861-4 des montants définis à l'article L. 862-6 ;

« *c)* Par les frais de gestion administrative du fonds.

« *Art. L. 862-3.* – Les recettes du fonds sont constituées par :

« *a)* Un versement des organismes mentionnés à l'article L. 862-4 établi dans les conditions fixées par ce même article ;

« *b)* Une dotation budgétaire de l'Etat destinée à équilibrer le fonds.

« *c)* Une dotation globale de l'assurance maladie versée dans les conditions prévues par l'article L. 174-2.

Le solde annuel des dépenses et des recettes du Fond doit être nul ;

« *d)* Le produit de la cotisation mentionnée à l'article L. 245-7.

« *e)* Une fraction de 1,88 % du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts.

« *Art. L. 862-4. - I.* — Les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le livre IX du présent code ou par le livre VII du code rural et les entreprises régies par le code des assurances sont assujetties, au titre de leur activité réalisée en France, à une contribution à versements trimestriels.

« Cette contribution est assise sur le montant hors taxes des primes ou cotisations émises au cours d'un trimestre civil, déduction faite des annulations et des remboursements, ou, à défaut d'émission, recouvrées, afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé, à l'exclusion des réassurances.

« II. – Le taux de la contribution est fixé à 2,5 %.

« III. – Les organismes mentionnés au I du présent article déduisent du montant de la contribution due en application du I et du II ci-dessus un montant égal, pour chaque organisme, au produit de la somme de 85 euros par le nombre de personnes bénéficiant, le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil au titre duquel la contribution est due, de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 au titre des dispositions du *b* de l'article L. 861-4.

Ils déduisent également un montant correspondant, pour chaque organisme, au quart du crédit d'impôt afférent aux contrats en vigueur le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil au titre duquel la contribution est due.

« *Art. L. 862-5.* – Les sommes dues au titre de la contribution visée à l'article L. 862-4 sont versées, au plus tard le dernier jour du premier mois de chaque trimestre civil au titre des cotisations et primes recouvrées au cours du trimestre civil précédent, aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale territorialement compétents. Toutefois, un autre de ces organismes ou l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peuvent être désignés par arrêté ministériel pour exercer tout ou partie des missions de ces organismes.

« Ces sommes sont recouvrées et contrôlées suivant les règles, garanties et sanctions prévues aux I et V de l'article L. 136-5. Le contrôle de l'application par les organismes des dispositions du III de l'article L. 862-4 peut être délégué par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général au fonds institué à l'article L. 862-1.

« Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général reversent les sommes encaissées en application du premier alinéa au fonds mentionné à l'article L. 862-1.

« *Art. L. 862-6.* – Lorsque le montant de la contribution due en application du I et du II de l'article L. 862-4 est inférieur au montant des déductions découlant de l'application du III du même article, les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 demandent au fonds le versement de cette différence dans le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 862-5. Le Fonds procède à ce versement au plus tard le dernier jour du mois suivant.

« *Art. L. 862-7.* – Pour l'application des articles L. 862-I à L. 862-6 :

« *a)* Le fonds est habilité à procéder à tout contrôle sur les dépenses mentionnées aux *a* et *b* de l'article L. 862-2 et les déductions opérées en application du III de l'article L. 862-4 ;

« *b)* Les organismes d'assurance et assimilés non établis en France et admis à y opérer en libre prestation de services en application de l'article L. 310-2 du code des assurances désignent un représentant, résidant en France, personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues ;

« *c)* Les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 communiquent aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général les éléments nécessaires à la détermination de l'assiette de la contribution et de la déduction prévues au même article ; ils communiquent au fonds les éléments nécessaires à l'application de l'article L. 862-6 et l'état des dépenses et recettes relatives à la protection complémentaire mise en œuvre au titre du *b* de l'article L. 861-4 ;

« *d)* Les organismes de sécurité sociale communiquent au fonds le nombre de personnes prises en charge et le montant des prestations servies au titre du *a* de l'article L. 861-4.

« *Art. L. 863-5.* – Le fonds mentionné à l'article L. 862-1 rend compte annuellement au Gouvernement de l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit au crédit d'impôt.

\*  
\* \*

« *Art. R.862-1.* - Le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie est placé sous la tutelle du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

« *Art. R. 862-2.* – Le conseil d'administration du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie comprend sept membres :

« 1° Le président ;

« 2° Trois représentants du ministre chargé de la sécurité sociale ;

« 3° Deux représentants du ministre chargé du budget et un représentant du ministre chargé de l'économie.

« Le président est nommé, pour une période de cinq ans renouvelable, par décret pris sur proposition du ministre chargé de la sécurité sociale. Les autres membres du conseil d'administration sont nommés pour la même durée, renouvelable, par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

« Les fonctions de président et administrateur sont exercées à titre gratuit. Elles ouvrent droit aux indemnités et frais de déplacement et de séjour dans les conditions prévues par le décret n° 90-437 du 28 mai 1990 modifié fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des personnels civils sur le territoire métropolitain de la France lorsqu'ils sont à la charge des budgets de l'Etat, des établissements publics nationaux à caractère administratif et de certains organismes subventionnés.

« *Art. R. 862-3.* – Le conseil d'administration se réunit au moins deux fois par an sur convocation de son président. La convocation est de droit lorsqu'elle est demandée par l'un des ministres chargés de la tutelle de l'établissement.

« Les délibérations du conseil d'administration sont adoptées à la majorité simple des membres présents.

En cas de partage égal des voix au sein du conseil d'administration, la voix du président est prépondérante.

« Le directeur, le contrôleur financier et l'agent comptable assistent avec voix consultative aux délibérations du conseil.

« *Art. R. 862-4.* - Le conseil d'administration a pour rôle :

« 1° D'adopter le budget du fonds de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie ;

« 2° D'approuver le compte financier et le rapport annuel d'activité ;

« 3° De proposer au Gouvernement toutes mesures tendant à maintenir l'équilibre financier du fonds ;

« 4° D'accepter les dons et legs ;

« 5° D'autoriser le directeur à passer les conventions prévues à l'article R. 862-11, qui lui sont soumises par celui-ci.

« Les procès-verbaux des séances du conseil d'administration sont communiqués au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget dans les quinze jours qui suivent la réunion du conseil.

« *Art. R. 862-5.* – Les délibérations du conseil d'administration portant sur les 1° et 2° de l'article R. 862-4 ne sont exécutoires qu'après avoir été approuvées par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

« Les autres délibérations sont exécutoires à l'expiration du délai de vingt jours suivant la date de réception des procès-verbaux, par les ministres de tutelle à moins qu'ils n'aient fait connaître, dans ce délai, leur refus d'approuver ces délibérations.

« Les ministres de tutelle peuvent, par décision notifiée avant l'expiration du délai, décider de renouveler celui-ci pour une durée de vingt jours, qui court à compter de la date de notification de la décision de renouvellement.

« *Art. R. 862-6.* – Le conseil d'administration est assisté d'un conseil de surveillance dont les membres sont désignés pour une durée de cinq ans. Ce conseil de surveillance est composé de trente membres comprenant :

« 1° Trois membres de l'Assemblée nationale et trois membres du Sénat ;

« 2° Huit représentants des organisations œuvrant dans le domaine économique et social en faveur des populations les plus démunies, désignés par le ministre chargé de la sécurité sociale et choisis notamment au sein d'organismes exerçant une action sanitaire ou sociale ;

« 3° Six représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie :

« *a)* Deux membres du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, dont le président ou son représentant ;

« *b)* Deux membres du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés, dont le président ou son représentant ;

« *c)* Deux membres du conseil d'administration de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole, dont le président ou son représentant.

« 4° Dix représentants des organismes de protection sociale complémentaire à raison de :

« *a)* Cinq représentants des organismes mutualistes, dont trois désignés par la Fédération nationale de la mutualité française, un désigné par la Fédération des mutuelles de France et un désigné par la Fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles ;

« *b)* Trois représentants des entreprises d'assurance ;

« 1. Deux représentants de la Fédération française des sociétés d'assurance ;

« 2. Un représentant du groupement des entreprises mutuelles d'assurance ;

« *c)* Deux représentants désignés par le centre technique des institutions de prévoyance.

« Un représentant du ministre chargé des affaires sociales, un représentant du ministre chargé du budget et un représentant du ministre chargé de l'agriculture assistent aux réunions du conseil de surveillance.

« *Art. R. 862-7.* – Le président du conseil de surveillance est nommé par le ministre chargé de la sécurité sociale parmi les parlementaires qui en sont membres.

« Les fonctions de président et de membre du conseil de surveillance sont exercées à titre gratuit. Les frais de déplacement sont remboursés dans les conditions prévues par le décret n° 90-437 du 28 mai 1990 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des personnels civils sur le territoire métropolitain de la France lorsqu'ils sont à la charge des budgets de l'Etat, des établissements publics nationaux à caractère administratif et de certains organismes subventionnés.

« *Art. R. 862-8.* – Le conseil de surveillance se réunit au moins deux fois par an sur convocation de son président. La convocation est de droit lorsqu'elle est demandée par l'un des ministres chargés de la tutelle de l'établissement ou par la majorité des membres du conseil.

« Le conseil de surveillance est chargé d'assister le conseil d'administration dans la définition des orientations du fonds. Il donne son avis sur le rapport annuel d'activité du fonds. Le conseil d'administration peut le consulter sur toute question.

« Il concourt au suivi et à l'analyse de la mise en oeuvre de la couverture maladie universelle dans ses aspects financier, sanitaire et social. Il établit à cet effet un rapport annuel transmis au conseil d'administration du fonds et au Parlement.

« *Art. R. 862-9.* – Le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie est dirigé par un directeur, nommé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

« En cas de vacance provisoire de l'emploi de directeur ou d'empêchement de celui-ci ses fonctions sont exercées par un agent de l'établissement nommé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

« Le directeur dirige l'établissement et est responsable de son bon fonctionnement. Il exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité, et notamment :

« 1° Il prépare et exécute les délibérations du conseil d'administration, auquel il rend compte de sa gestion ;

« 2° Il représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile ;

« 3° Il prépare le budget et l'exécute ;

« 4° Il est ordonnateur des dépenses et des recettes du fonds ;

« 5° Il recrute le personnel de l'établissement ;

« 6° Il exerce l'autorité hiérarchique sur le personnel ;

« 7° Il conclut au nom du fonds les marchés publics et les contrats ;

« 8° Il prépare les conventions prévues à l'article R. 862-1 1 et les signe après y avoir été autorisé par le conseil d'administration dans les conditions prévues au 5° du premier alinéa de l'article R. 862-4 ;

« 9° Il organise les contrôles visés à l'article R. 862-13 ;

« 10° Il assure le secrétariat du conseil d'administration et du conseil de surveillance.

« *Art. R. 862-10.* – Les opérations financières et comptables de l'établissement sont effectuées conformément aux dispositions du décret n° 53-1227 du 10 décembre 1953 modifié relatif à la réglementation comptable applicable aux établissements publics nationaux à caractère administratif et du décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 modifié portant règlement général sur la comptabilité publique. Les disponibilités de l'établissement sont déposées auprès d'un comptable du Trésor.

« L'agent comptable du fonds est nommé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

« Des régies de recettes et d'avances peuvent être instituées conformément aux dispositions du décret n° 92-681 du 20 juillet 1992 relatif aux régies de recettes et aux régies d'avances des organismes publics.

« Le fonds est soumis au contrôle financier de l'Etat dans les conditions prévues par le décret du 25 octobre 1935 organisant le contrôle financier des offices et des établissements publics autonomes de l'Etat.

« *Art. R. 862-11.* - I. - Le fonds reçoit chaque trimestre des organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 une copie du document déclaratif défini par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, transmis aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général mentionnés à l'article L. 862-5, qui comporte notamment :

« 1° L'assiette et le montant de la contribution due par chaque organisme mentionné au I de l'article L. 862-4 ;

« 2° Le nombre de personnes bénéficiant, au titre de cet organisme, le dernier jour du deuxième mois de chaque trimestre civil, de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 par application des dispositions du b de l'article L. 861-4 et le montant global de la déduction prévue à la première phrase du III de l'article L. 862-4 au titre de cette prise en charge ;

« 3° Le nombre de personnes ouvrant droit, au bénéfice de cet organisme, le dernier jour du deuxième mois de chaque trimestre civil, au crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 et le montant global de la déduction prévue à la deuxième phrase du III de l'article L. 862-4 au titre de ce crédit d'impôt. »

« II. - 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 sont déterminés par des conventions signées respectivement entre :

« *a*) Le fonds et les organismes de sécurité sociale bénéficiaires des versements visés au *a* de l'article L. 862-2 ;

« *b*) Le fonds et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;

« *c*) Le fonds et l'Etat.

« III. - Le montant de la dotation globale prévue au *c* de l'article L. 862-3 ainsi que sa répartition entre les régimes d'assurance maladie dans les conditions prévues à l'article L. 174-2 sont fixés, chaque année, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. Ce montant ne peut excéder, au titre de l'exercice considéré, le montant total des déductions opérées par les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 au titre du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1. Dans le cas contraire, la différence entre le montant de la dotation versée et les déductions opérées donne lieu à une régularisation qui intervient dans l'arrêté pris au titre de l'année suivante.

La dotation est versée au fonds par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie dans des conditions prévues par convention entre le fonds, cette caisse et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. »

« Art. R. 862-12. – I. – Pour l'application du *c* et du *d* de l'article L. 862-7, le fonds reçoit des organismes visés au I de l'article L. 862-4 ou des associations prévues à l'article I. 862-8 et des organismes de sécurité sociale un état retraçant, d'une part, le montant total des prestations servies en application respectivement du *b* et du *a* de l'article L. 861-4 au cours de l'année civile de référence, d'autre part, le montant de la prise en charge de chacun des éléments suivants :

« 1° La participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité des organismes de sécurité sociale pour les prestations suivantes couvertes par les régimes obligatoires :

« *a*) Les honoraires médicaux, les honoraires dentaires et les honoraires des auxiliaires médicaux ;

« *b*) Les médicaments et les dispositifs médicaux à usage individuel ;

« *c*) Les frais d'analyse de biologie médicale ;

« *d*) Les frais de transport ;

« 2° Le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ;

« 3° Les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques, les soins d'orthopédie dentofaciale ainsi que pour chacun des dispositifs médicaux à usage individuel mentionnés au 3° de l'article L. 861-3, en distinguant l'optique.

« Ces documents sont envoyés au fonds au plus tard le 30 avril de l'année civile suivante. En outre, le fonds peut demander à tout moment à recevoir certaines des données visées aux 1° à 3° du premier alinéa ci-dessus.

« II. – Pour l'application du *d* de l'article L. 862-7, le fonds reçoit des organismes de sécurité sociale un état retraçant notamment :

« 1° Le nombre de personnes ayant bénéficié d'une décision d'attribution au titre de la protection complémentaire au cours de l'année civile de référence et ayant choisi l'option prévue au *a* de l'article L. 861-4 ;

« 2° Le nombre de personnes bénéficiant, le dernier jour du deuxième mois de chaque trimestre civil, de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 au titre des dispositions du *a* de l'article L. 861-4.

« Cet état est envoyé au fonds au plus tard le 30 avril de l'année civile suivante. En outre, le fonds peut à tout moment demander à recevoir certaines des données visées aux 1° et 2° du

premier alinéa ci-dessus.

« III. - Les organismes mentionnés à l'article L. 863-2 sont tenus de communiquer au fonds mentionné à l'article L. 862-1, sur sa demande, tous renseignements nécessaires à l'élaboration du rapport pris pour l'application de l'article L. 863-5 et tous renseignements statistiques relatifs aux bénéficiaires du droit à déduction prévu à l'article L. 863-2.

« Les organismes de sécurité sociale communiquent au fonds le nombre de personnes auxquelles elles ont attribué le droit à déduction prévu à l'article L. 863-2, leur répartition selon les tranches d'âge mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 863-1 et leur répartition géographique.

« Le fonds transmet, à sa demande, les éléments mentionnés aux deux alinéas précédents au ministre chargé de la sécurité sociale. »

« *Art. R. 862-13.* – Le fonds procède aux contrôles prévus au *a* de l'article L. 862-7 et au dernier alinéa de l'article L. 862-8.

« Pour le contrôle des dépenses mentionnées au *a* de l'article L. 862-2, les organismes de sécurité sociale tiennent à la disposition du fonds les pièces justificatives de leur demande de versement, et notamment, pour la période s'y rapportant, d'une part le montant total des prestations servies, d'autre part les pièces justificatives de la prise en charge des bénéficiaires, mentionnant les dates d'entrée et le cas échéant de sortie du dispositif, ainsi que le montant des prestations servies pour chacun de ces bénéficiaires.

« Pour le contrôle des dépenses mentionnées au *b* de l'article L. 862-2 et des déductions effectuées en application du III de l'article L. 862-4, les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4, ou les associations prévues à l'article L. 862-8, tiennent à la disposition du fonds les pièces justificatives de leur demande de remboursement et des déductions opérées en application du III de l'article L. 862-4. Ces pièces justificatives doivent permettre d'apprécier notamment :

« 1° Pour les dispositifs prévus aux articles L. 861-3 et L. 863-1 :

« a) Le nombre de bénéficiaires, au dernier jour du deuxième mois de chaque trimestre civil, de chacun des dispositifs ;

« b) Pour chaque bénéficiaire, les dates d'entrée et, le cas échéant, de sortie de ces dispositifs ;

« 2° Pour le dispositif prévu à l'article L. 863-1, la répartition des bénéficiaires selon les tranches d'âge mentionnées au troisième alinéa de cet article. »

« Le délai de conservation des pièces justificatives est de trois ans ».

\*

\* \*

Tous les textes relatifs à la CMU de base, à la CMU complémentaire et au crédit d'impôt sont disponibles sur le site du Fonds CMU : [www.cmu.fr](http://www.cmu.fr).



## COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION AU 31/12/2005

➤ ***Président*** : Monsieur Michel THIERRY

Inspecteur général des affaires sociales

➤ ***Représentants du ministre chargé de la sécurité sociale***

Le directeur de la sécurité sociale

Le sous-directeur chargé du financement des organismes de sécurité sociale à la direction de la sécurité sociale

Le directeur général de l'action sociale

➤ ***Représentant du ministre chargé de l'économie***

Le directeur du Trésor

➤ ***Représentants du ministre chargé du budget***

Le directeur du budget

Le directeur général de la comptabilité publique

## COMPOSITION DU CONSEIL DE SURVEILLANCE AU 31/12/2005

➤ ***Président***

Monsieur Jean-Marie ROLLAND

➤ ***Membres de l'Assemblée nationale***

Madame Paulette GUINCHARD-KUNSTLER

Monsieur Jacques DOMERGUE

➤ ***Membres du Sénat***

Madame Valérie LETARD

Monsieur Michel MOREIGNE

Monsieur Alain VASSELLE

➤ ***Représentants des organismes oeuvrant dans le domaine économique et social en faveur des populations les plus démunies***

Madame Kathy BONTINCK

La Croix-Rouge française

Monsieur Raymond GALINSKI

Secours populaire français

Monsieur Fabrice MOLLIEUX

Secours catholique

Madame Cécile CHARTREAU

Union nationale inter fédérale des  
œuvres et organismes privés, sanitaires  
et sociaux

Monsieur Jean-Marie RABO

Fédération nationale des associations  
d'accueil et de réadaptation sociale

➤ ***Représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie***

*Au titre de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés - CNAMTS*

Monsieur Michel REGEREAU

Monsieur Jean BELLET

*Au titre de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des  
professions non agricoles - CANAM*

Monsieur André BOIS-BOUVIER

Monsieur Michel COLOMBET

*Au titre de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole - CCMSA*

Monsieur Gérard PELHATE

Monsieur Henri ROCOULET

➤ ***Représentants des organismes de protection sociale complémentaire***

*Au titre des organismes mutualistes sur désignation de la Fédération nationale de la mutualité française - FNMF*

Monsieur Maurice RONAT

Monsieur Maurice DURANTON

Madame Josiane MAERTEN

*Au titre des organismes mutualistes sur désignation de la Fédération des mutuelles de France - FMF*

Madame Pascale VATEL

*Au titre des organismes mutualistes sur désignation de la Fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles - FNIM*

Monsieur Gilles MARCHANDON

*Au titre des entreprises d'assurance sur désignation de la Fédération française des sociétés d'assurance - FFSA*

Monsieur Alain ROUCHE

Monsieur Gilles JOHANET

*Au titre des entreprises d'assurance sur désignation du Groupement des entreprises mutuelles d'assurance - GEMA*

Madame Bernard SCAGLIOTTI

*Au titre des institutions de prévoyance sur désignation du Centre technique des institutions de prévoyance - CTIP*

Monsieur Jean-Louis FAURE

Madame Evelyne GUILLET

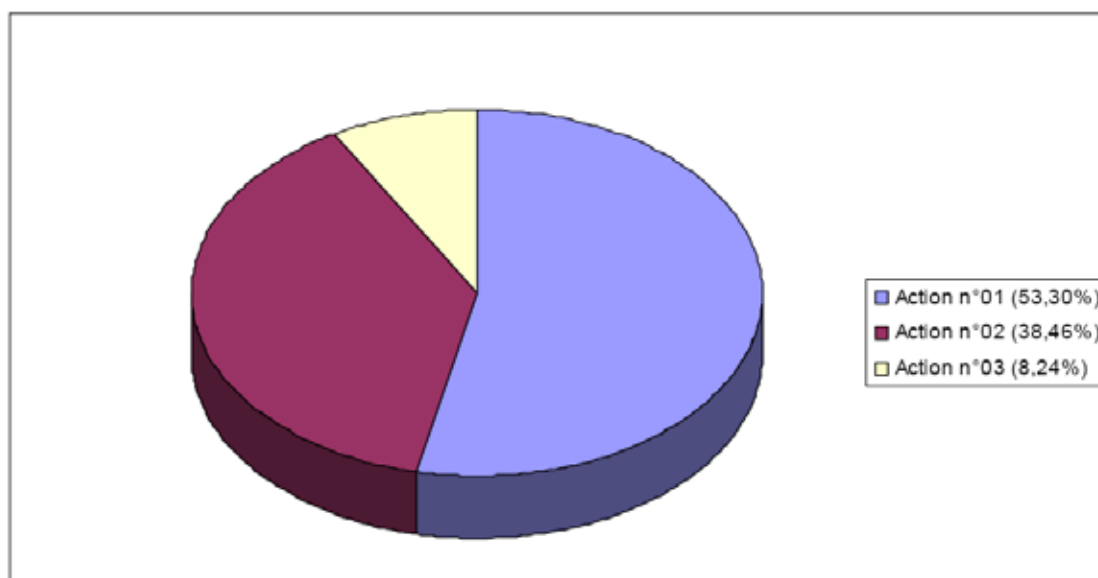
## PROGRAMME 183 DE LA LOI DE FINANCES POUR 2006 (EXTRAITS DE LA PRESENTATION « LOLF »)

### Projet annuel de performances : Présentation du programme, des actions, des objectifs et des indicateurs

#### Présentation par action des crédits demandés pour 2006

Numéro et intitulé de l'action	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
01 Accès à la protection maladie complémentaire	323.533.150	323.533.150
02 Aide médicale de l'Etat	233.480.000	233.480.000
03 Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	50.000.000	50.000.000
<b>Totaux</b>	<b>607.013.150</b>	<b>607.013.150</b>

#### Répartition par action des autorisations d'engagement demandées pour 2006



## Présentation du programme

### Finalités du programme

Le système français de protection sociale est généralement considéré comme abouti dans nombre de ses aspects. Toutefois, son champ d'application ne couvre pas toutes les personnes résidant en France ni tous les préjudices subis par elles. Ce programme a vocation à rassembler des dispositifs qui, apparemment quelque peu disparates, assurent tous un complément à la protection sociale obligatoire.

Ainsi les dispositifs de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) et de l'AME apportent les outils nécessaires pour garantir l'accès aux soins à l'ensemble de la population

La CMUc garantit l'affiliation à la sécurité sociale de droit commun et l'accès des personnes dont les ressources sont limitées à la couverture complémentaire. Il ne s'agit nullement d'aide sociale ou de protection de « second rang », mais au contraire de garantir une couverture applicable à tous, permettant un recours à certains soins dont le coût est pris en charge à 100% avec une dispense d'avance de frais.

L'aide médicale de l'Etat contribue également à l'accès aux soins, au profit des personnes qui ne remplissent pas les conditions d'affiliation à la sécurité sociale – en pratique, les étrangers en situation irrégulière. Il s'agit d'une prestation à la charge de l'Etat, dont la gestion est déléguée à l'assurance maladie.

Le dispositif d'indemnisation des victimes de l'amiante mis en place par le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante garantit l'équité de traitement entre les victimes des conséquences de l'exposition à ce matériau. Elles peuvent ainsi obtenir réparation de leurs préjudices dans un délai rapide et selon une procédure facilitée. De plus, l'adoption par le conseil d'administration d'un barème indicatif d'indemnisation, tend à garantir l'indemnisation équitable de toutes les victimes.

### Acteurs du programme

Le directeur de la sécurité sociale est responsable du programme. Le fonds CMU et la CNAMTS interviennent chacun selon leurs compétences pour permettre le règlement des dépenses.

Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante intervient, pour sa part, pour indemniser les préjudices des victimes.

### Structuration en actions

Ce programme de protection maladie se structure en trois actions :

- la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) qui permet à des personnes ayant de faibles ressources d'être couvertes pour la partie de leurs dépenses de santé non prise en charge par les régimes obligatoires, dans des conditions définies par voie législative et réglementaire ;
- l'aide médicale d'État (AME) permet aux personnes étrangères en situation irrégulière de recevoir les soins que nécessite leur état de santé dans un souci humanitaire ;
- l'indemnisation des victimes de l'amiante qui garantit à toute victime de l'amiante l'indemnisation intégrale de ses préjudices résultant de l'exposition à ce matériau.

## Présentation des actions

### Action n° 01 : Accès à la protection maladie complémentaire

#### Présentation

Les régimes obligatoires de sécurité sociale couvrent la majeure partie (77%) de la dépense de santé. Une part non nulle demeure toutefois à la charge des assurés, dont la plupart, dans le cadre d'un contrat collectif ou à titre individuel, ont souscrit un contrat d'assurance complémentaire ou adhère à une mutuelle. On estime, ainsi, qu'environ 92% des Français sont couverts par une assurance complémentaire, dont les titulaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc). Le taux de couverture complémentaire est, ainsi, au total, le plus élevé des pays industrialisés.

L'absence de couverture complémentaire est majoritairement liée à des considérations pécuniaires, alors même que la faiblesse des revenus expose davantage aux conséquences financières d'une absence d'assurance. L'enquête santé et protection sociale (ESPS) menée par le Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES devenu IRDES) en 2002 faisait ainsi ressortir l'amélioration du taux de couverture par une assurance complémentaire, notamment en raison de la mise en place de la CMU (7 % de personnes non couvertes contre 8 % en 2000). Toutefois, les taux de couverture restent plus faibles pour les personnes en situation sociale difficile.

La loi du 27 juillet 1999 a généralisé, d'une part, la couverture maladie de base et, d'autre part, créé la CMUc, qui confère une protection complémentaire publique, complète et gratuite, sous condition de revenu et de résidence. Les bénéficiaires de cette couverture voient leurs soins pris en charge à 100%, sans possibilité de dépassement de la part des professionnels et n'ont pas à consentir d'avance de frais (tiers payant). Il s'agit de garantir et d'améliorer un haut niveau de protection complémentaire pour les personnes dont les revenus sont les plus faibles, en maîtrisant l'évolution de la dépense.

En complément de ce dispositif, la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 a instauré à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005 un crédit d'impôt au titre des contrats individuels d'assurance complémentaire de santé permettant aux foyers disposant de ressources supérieures au plafond de la CMUc de moins de 15 % de bénéficier d'une déduction sur leur prime ou cotisation d'assurance complémentaire de 150 € par personne couverte de 25 à 59 ans, 75 € par personne couverte de moins de 25 ans, 250 € par personne couverte de 60 ans et plus.

#### Les acteurs du dispositif

Les prestations sont versées, au choix du bénéficiaire, soit par sa caisse d'assurance maladie, soit par un organisme complémentaire (OC) participant au dispositif (mutuelles, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance). Ces prestations sont remboursées par le fonds CMU de manière forfaitaire, à hauteur de 75 € par trimestre et par bénéficiaire en 2004, 76,13 € en 2005.

La mise en oeuvre du dispositif est suivie par les services déconcentrés :

- au niveau régional, les DRASS établissent la liste des OC volontaires pour servir les prestations aux bénéficiaires et assurent l'évaluation du dispositif;

- au niveau départemental, les DDASS assurent la mise en oeuvre opérationnelle du dispositif et, en tant que secrétaires-rapporteurs à la commission départementale d'aide sociale, instruisent les dossiers de recours contentieux contre les refus d'attribution.

Le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle, dit Fonds CMU, assure le financement du dispositif.

### **Responsable du programme :**

Directeur de la sécurité sociale

### **Usagers concernés**

Le dispositif de la CMUc couvre en 2003 un peu moins de 4,7 millions de personnes et en 2004 un peu plus de 4,7 millions. Ce nombre est stable sur l'année.

### **Les ressources du Fonds CMU**

Le financement de la CMUc est assuré par :

- une dotation budgétaire de l'État, destinée à équilibrer le fonds, qui s'élevait à 660,577 M € en 2005 ;
- une contribution des organismes complémentaires, par le moyen d'une taxe (1,75% de leur chiffre d'affaires " santé "), dont le rendement brut a été de 395 M € en 2004, et le rendement net (après déductions forfaitaires opérées par ces organismes au titre des dépenses de CMUc qu'ils gèrent), de 291 M € en 2004 ;
- à compter de l'année 2005, le produit de la taxe sur les alcools de plus de 25°, auparavant affecté à la CNAMTS, dont le montant est évalué à 380 M € pour 2005 ;
- à compter de 2005 également, une dotation de l'assurance maladie finance le nouveau dispositif " crédit d'impôt ".

### **Objectifs et indicateurs de l'action**

#### **Objectif n° 1 (du point de vue de l'utilisateur) : Garantir l'accès aux soins des personnes disposant de faibles ressources.**

La loi a prévu des dispositifs pour favoriser l'accès aux soins des personnes dont les ressources sont les plus modestes. Ces dispositifs reposent à la fois sur les caisses d'assurance maladie et les organismes complémentaires. Dès lors, il convient de s'assurer que ces personnes ne rencontrent pas de difficultés pour bénéficier de ces dispositifs : il s'agit de veiller à la bonne effectivité du droit à la CMUc et à l'aide à l'acquisition d'une assurance santé complémentaire. Les caisses contractualisant régulièrement autour d'objectifs, les indicateurs ci-dessous complètent les objectifs fixés aux caisses dans le cadre des conventions d'objectif et de gestion (COG).

**Précisions méthodologiques : enquête de satisfaction des bénéficiaires de la CMUc**

- **Sources des données :** Fonds CMU
- **Explication sur la construction de l'indicateur :**

Synthèse d'une enquête bi-annuelle menée par le fonds CMU visant à appréhender le degré de satisfaction des bénéficiaires de la CMUc et concernant différents items (éléments déclinés dans la convention passée avec cet opérateur)

L'indicateur est en construction. Les premières données, relatives à l'année 2006, seront disponibles dans le PAP joint au PLF 2007.

**Indicateur n° 2 : Pourcentage d'organismes complémentaires participant au dispositif CMUc**

	2003	2004	2004	2005	2006	2008
Unités	Réalisation	Prévision	Réalisation	Prévision	Prévision	Cible
%		25			25	

**Précisions méthodologiques : nombre d'organismes acceptant la gestion de la CMUc**

- **Sources des données :** Fonds CMU
- **Explications sur la construction de l'indicateur :**

Il s'agit de rapporter le nombre d'organismes complémentaires gérant les bénéficiaires de la CMUc au nombre total d'organismes complémentaires.

**Objectif n° 2 (du point de vue du citoyen et du contribuable) : Renforcer le contrôle du dispositif de la CMUc et améliorer la gestion du risque.**

L'évolution des dépenses moyennes par bénéficiaire de la CMUc doit être compatible avec l'évolution générale des dépenses de santé de l'ensemble de la population. A ce titre, il convient d'une part de lutter efficacement contre les fraudes à l'accès au droit à la CMUc et d'autre part de veiller à prévenir les abus dans le recours aux soins. A ce titre, des échanges de fichiers pourront être développés avec la DGI et avec les CAF.

**Indicateur n° 1 : Part des contrôles des bénéficiaires de la CMUc par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés consacrés aux priorités suivantes :**



Contrôle des ressources des  
bénéficiaires de la CMUc  
Contrôle du bon usage de la carte  
vitale par le(s) seul(s) bénéficiaire(s)  
de la CMUc

	2003	2004	2004	2005	2006	2008
Unités	Réalisation	Prévision	Réalisation	Prévision	Prévision	cible
%					40	100
%					40	100

**Précisions méthodologiques :** nombre de contrôles effectués pour 100 dossiers

- Sources des données : CNAMTS.

**Indicateur n° 2 :** Dépense totale et complémentaire moyenne comparée entre un bénéficiaire du régime général et un bénéficiaire de la CMUc à âge et sexe équivalents

Dépense totale - Ecart  
Dépense complémentaire - Ecart

	2003	2004	2004	2005	2006	2008
Unités	Réalisation	Prévision	Réalisation	Prévision	Prévision	cible
%						
%						

**ORGANIGRAMME DU FONDS AU 31/12/2005**

FONCTION	NOM
Directeur	Jean-François CHADELAT
Directeur adjoint	Bruno NEGRONI
Agent comptable	Michel GUILLOU
Fondé de pouvoir	Dominique-Jacques LE CHATTON
Comptable	Jacky ZANARDO
Conseiller technique	Marc ALLARD
Conseiller technique	Philippe COMTE
Conseiller technique	Olivier QUEROUIL
Assistante	Lyne DARRAS
Assistante	Ursula KPODEKON

## RECAPITULATIF DU PARCOURS DE SOINS DANS LE CADRE DE LA CMU

PART NON PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE		CMUc (L. 861-3)	Contrats de sortie CMUc (art. 6-1 L. 89-1009 du 31-12-89)	Contrats « responsables » (L. 871-1)
participation	TM droit commun (I du L. 322-3)	prise en charge totale	prise en charge totale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- consultations MT et MC : prise en charge mini. 30 %</li> <li>- médicaments prescrits par MT ou MC : SMR fort : prise en charge mini. : 30 %</li> <li>- biologie prescrite par MT ou MC : prise en charge mini. : 35 %</li> <li>- 2 prestations de prévention (parmi liste arrêté) : prise en charge totale</li> </ul> (R. 871-2)
	Majo TM hors MT <sup>1</sup> (5 <sup>ème</sup> al. L. 162-5-3)	prise en charge totale jusqu'à l'entrée en vigueur d'un décret CE en cours (5 <sup>ème</sup> al. L. 861-3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pour les prolongations entrant en vigueur à compter du 01-01-2006 : aucune prise en charge</li> <li>- pour les prolongations en cours au 01-01-2006 : prise en charge totale jusqu'à l'entrée en vigueur d'un décret CE en préparation<sup>2</sup> (2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> al. art. 6-1 L. 89-1009 du 31-12-89)</li> </ul>	aucune prise en charge (1 <sup>o</sup> R. 871-1)
	Majo TM hors accès au DMP à compter du 01-07-2007 (2 <sup>ème</sup> al. L. 161-36-2, II art. 3 LFSS 2006)	prise en charge totale jusqu'à l'entrée en vigueur d'un décret CE (5 <sup>ème</sup> al. L. 861-3)	aucune prise en charge (2 <sup>ème</sup> et 3 <sup>ème</sup> al. art. 6-1 L. 89-1009 du 31-12-89)	aucune prise en charge (1 <sup>o</sup> R. 871-1)
	TM pour SMR insuffisant 85 % (art. 41 LFSS 2006)	prise en charge totale jusqu'à l'entrée en vigueur d'un décret CE en cours (5 <sup>ème</sup> al. L. 861-3)	prise en charge totale jusqu'à l'entrée en vigueur d'un décret CE en cours	aucune obligation ni interdiction de prise en charge (II art. 41 LFSS 2006)
	TM forfaitaire pour acte coûteux 18 € (décret CE en cours)	prise en charge totale	prise en charge totale	acte prescrit par le MT ou MC : prise en charge identique à TM droit commun

<sup>1</sup> : en l'absence de désignation du médecin traitant ou de consultation d'un médecin sans y avoir été convié préalablement par le médecin traitant.

<sup>2</sup> : pour les prolongations de contrat ou d'adhésion offerts aux sortants de la CMUc, en cours au 1<sup>er</sup> janvier 2006, les prestations sont strictement identiques à celles applicables aux bénéficiaires de la CMUc ; en conséquence, la majoration de ticket modérateur hors MT est prise en charge ; toutefois, à compter de l'entrée en vigueur du décret en Conseil d'État actuellement en préparation qui prévoit l'exclusion de la prise en charge de la majoration de ticket modérateur par la CMU complémentaire, cette modification du champ des prestations sera également applicable à cette date aux contrats de sortie CMUc.

<b>PART NON PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE</b>		<b>CMUc</b> (L. 861-3)	<b>Contrats de sortie CMUc</b> (art. 6-1 L. 89-1009 du 31-12-89)	<b>Contrats « responsables »</b> (L. 871-1)
	forfaitaire (uniquement médecin et biologie) 1 € (II du L. 322-3)	non exigible	ni obligation ni interdiction de prise en charge	aucune prise en charge (hors L. 871-1 ; III à VI de l'art. 57 L. 2004-810 du 13-08-2004)
<b>dépassements</b>	consultation hors MT <sup>1</sup> médecin spécialiste secteur I ou II en ville ou à l'hôpital dans le cadre d'une activité libérale (18° du L. 162-5)	aucune prise en charge	aucune prise en charge	prise en charge interdite pour les actes cliniques et techniques à hauteur au moins du dépassement applicable sur actes cliniques (2° R. 871-1)
	consultation hors MT <sup>1</sup> médecin spécialiste hospitalier (comme salarié de l'établissement) (L. 162-26)	aucune prise en charge	aucune prise en charge	aucune obligation ni interdiction de prise en charge
	exigences particulières, dont visites injustifiées... (I du L. 162-5-13)	aucune prise en charge	aucune prise en charge	aucune obligation ni interdiction de prise en charge
	autres dépassements (notamment secteur II, le cas échéant au-delà du dépassement hors MT <sup>1</sup> )	aucun autre dépassement autorisé	aucune obligation ni interdiction de prise en charge	aucune obligation ni interdiction de prise en charge

Liste des sigles utilisés :

CE = Conseil d'État

CMUc = couverture maladie universelle complémentaire

DMP = dossier médical personnel

MC = médecin correspondant

MT = médecin traitant

SMR = service médical rendu

TM = ticket modérateur

## LES 100 ORGANISMES D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE DECLARANT L'ASSIETTE DE LA CONTRIBUTION LA PLUS IMPORTANTE EN 2005

ORDRE	SIREN	NOM	VILLE	Total 2004	Cumul 2004	% Cumul 2004	Total 2005	Cumul 2005	% Cumul 2005	Evolution 2004/2005	Observations (*)
1	775 685 399	MGEN - Mutuelle générale de l'éducation nationale	PARIS CEDEX 15	<b>942 378 206</b>	942 378 206	4,16%	<b>995 800 769</b>	995 800 769	4,08%	5,67%	
2	784 621 468	BTP prévoyance - CNPBTP	PARIS	<b>706 375 771</b>	1 648 753 977	7,28%	<b>813 101 256</b>	1 808 902 025	7,41%	15,11%	
3	322 215 021	SwissLife prévoyance et santé	PARIS	<b>680 981 853</b>	2 329 735 830	10,29%	<b>760 930 378</b>	2 569 832 403	10,53%	11,74%	
4	310 499 959	AXA France vie	PARIS-LA-DEFENSE CEDEX	<b>669 351 225</b>	2 999 087 055	13,24%	<b>736 383 728</b>	3 306 216 131	13,55%	10,01%	
5	775 685 340	MG - Mutuelle générale	PARIS	<b>557 744 017</b>	3 556 831 072	15,71%	<b>619 805 741</b>	3 926 021 872	16,08%	11,13%	
6	542 110 291	AGF IART - Assurances générales de France	PARIS-LA-DEFENSE	<b>527 887 881</b>	4 084 718 953	18,04%	<b>538 213 389</b>	4 464 235 261	18,29%	1,96%	
7	775 606 361	MNH - Mutuelle nationale des hospitaliers et des personnels de santé	MONTARGIS CEDEX	<b>465 949 216</b>	4 550 668 169	20,10%	<b>488 230 322</b>	4 952 465 583	20,29%	4,78%	
8	442 224 671	Préviade-Mutouest	PARIS	<b>419 080 959</b>	4 969 749 128	21,95%	<b>445 505 547</b>	5 397 971 130	22,12%	6,31%	
9	333 232 270	Groupe AG2R - AG2R prévoyance	PARIS CEDEX 14	<b>342 466 725</b>	5 312 215 853	23,46%	<b>362 981 141</b>	5 760 952 271	23,60%	5,99%	
10	775 678 584	MNT - Mutuelle nationale territoriale	PARIS CEDEX 09	<b>340 513 953</b>	5 652 729 806	24,96%	<b>360 561 730</b>	6 121 514 001	25,08%	5,89%	
11	318 990 736	Uniprévoyance	VINCENNES	<b>314 574 344</b>	5 967 304 150	26,35%	<b>323 557 285</b>	6 445 071 286	26,41%	2,86%	
12	775 691 181	Groupe Médéric - Médéric Prévoyance	PARIS CEDEX 09	<b>288 722 752</b>	6 256 026 902	27,63%	<b>292 509 071</b>	6 737 580 357	27,60%	1,31%	
13	331 542 142	MAAF santé	NIORT CEDEX 09	<b>235 644 190</b>	6 491 671 092	28,67%	<b>277 417 793</b>	7 014 998 150	28,74%	17,73%	
14	343 084 737	URRPIMMEC - Union des régimes de retraite et de prestations en cas d'invalidité et de maladie des industries MMEC	SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES CEDEX	<b>235 046 351</b>	6 726 717 443	29,70%	<b>252 342 477</b>	7 267 340 627	29,77%	7,36%	
15	775 688 658	MCD - Mutuelle nationale médico-chirurgico-dentaire	PARIS CEDEX 16	<b>223 828 137</b>	6 950 545 580	30,69%	<b>245 072 433</b>	7 512 413 060	30,78%	9,49%	
16	352 406 748	Assurances du crédit mutuel - IARD SA	STRASBOURG CEDEX 09	<b>236 652 795</b>	7 187 198 375	31,74%	<b>242 600 677</b>	7 755 013 737	31,77%	2,51%	
17	432 696 268	Imadiès	LE HAVRE CEDEX	<b>226 224 000</b>	7 413 422 375	32,74%	<b>235 359 298</b>	7 990 373 035	32,74%	4,04%	
18	382 565 745	Groupe AG2R - Primamut	PARIS CEDEX 14	<b>201 340 582</b>	7 614 762 957	33,63%	<b>212 745 743</b>	8 203 118 778	33,61%	5,66%	

ORDRE	SIREN	NOM	VILLE	Total 2004	Cumul 2004	% Cumul 2004	Total 2005	Cumul 2005	% Cumul 2005	Evolution 2004/2005	Observations (*)
19	775 666 324	Mutuelle nationale militaire	PARIS	203 300 650	7 818 063 607	34,52%	211 723 113	8 414 841 891	34,48%	4,14%	
20	775 652 126	MMA IARD - La mutuelle du Mans Assurances IARD	LE MANS CEDEX 09	186 882 470	8 004 946 077	35,35%	210 893 365	8 625 735 256	35,34%	12,85%	
21	340 427 616	GAN vie	PARIS-LA-DEFENSE CEDEX 13	194 773 457	8 199 719 534	36,21%	206 595 602	8 832 330 858	36,19%	6,07%	
22	394 638 449	CAPRICEL prévoyance	SARAN CEDEX	188 215 752	8 387 935 286	37,04%	205 193 005	9 037 523 863	37,03%	9,02%	
23	304 217 904	APGIS - Institution de prévoyance	VINCENNES CEDEX	200 539 977	8 588 475 263	37,93%	205 158 140	9 242 682 003	37,87%	2,30%	
24	784 669 954	Mutuelle SMI	LYON CEDEX	152 124 963	8 740 600 226	38,60%	181 048 467	9 423 730 470	38,61%	19,01%	(*)
25	331 691 683	Generali France assurances vie	PARIS	128 534 188	8 869 134 414	39,16%	180 707 999	9 604 438 469	39,35%	40,59%	
26	412 367 724	Quatrem - Assurances collectives	PARIS CEDEX 09	158 884 239	9 028 018 653	39,87%	178 618 144	9 783 056 613	40,08%	12,42%	
27	341 334 795	Réunica prévoyance	LEVALLOIS-PERRET CEDEX	152 260 345	9 180 278 998	40,54%	174 602 510	9 957 659 123	40,80%	14,67%	
28	434 243 085	Mutuelle Ociane	BORDEAUX CEDEX	165 807 772	9 346 086 770	41,27%	174 019 943	10 131 679 066	41,51%	4,95%	
29	302 927 553	Groupe APICIL AGIRA - Mutuelle Micils	CALUIRE-ET-CUIRE	143 930 015	9 490 016 785	41,91%	163 676 903	10 295 355 969	42,18%	13,72%	
30	341 403 178	Groupe Mornay - IPGM - Institution de prévoyance du groupe Mornay	PARIS	172 803 853	9 662 820 638	42,67%	159 235 023	10 454 590 992	42,83%	-7,85%	
31	353 457 245	AXA assurances vie mutuelle	PARIS-LA-DEFENSE CEDEX	143 651 608	9 806 472 246	43,30%	154 848 332	10 609 439 324	43,47%	7,79%	
32	552 062 663	Generali Assurances IARD	PARIS CEDEX 09	105 613 764	9 912 086 010	43,77%	154 509 525	10 763 948 849	44,10%	46,30%	
33	400 200 804	Mutuelle Présence	SAINT-ETIENNE CEDEX 02	135 292 505	10 047 378 515	44,37%	146 190 184	10 910 139 033	44,70%	8,05%	
34	321 862 500	Groupe APICIL AGIRA - APICIL prévoyance	CALUIRE-ET-CUIRE	135 063 602	10 182 442 117	44,96%	145 791 406	11 055 930 439	45,30%	7,94%	
35	383 844 693	GROUPAMA Loire-Bretagne	RENNES CEDEX	136 697 588	10 319 139 705	45,57%	144 163 318	11 200 093 757	45,89%	5,46%	
36	775 671 902	MIP - Mutuelle de l'industrie du pétrole	PARIS CEDEX 02	120 668 012	10 439 807 717	46,10%	140 641 706	11 340 735 463	46,46%	16,55%	
37	775 671 894	MGP - Mutuelle générale de la police	CRETEIL	133 964 416	10 573 772 133	46,69%	140 481 981	11 481 217 444	47,04%	4,87%	
38	306 522 665	AVIVA Assurances	BOIS COLOMBES	120 371 353	10 694 143 486	47,22%	137 643 538	11 618 860 982	47,60%	14,35%	
39	784 442 873	Mutuelle de la gendarmerie - Caisse nationale du gendarme	PARIS	122 576 184	10 816 719 670	47,77%	134 622 317	11 753 483 299	48,15%	9,83%	
40	781 166 293	SMATIS France - Solidarité mutualiste des travailleurs indépendants et salariés de France	ANGOULÊME CEDEX	125 810 492	10 942 530 162	48,32%	134 281 024	11 887 764 323	48,70%	6,73%	
41	391 851 557	GROUPAMA d'Oc	TOULOUSE CEDEX	114 394 772	11 056 924 934	48,83%	126 930 560	12 014 694 883	49,22%	10,96%	
42	779 558 501	Mutuelle Santé	TOURS CEDEX 03	38 772 999	11 095 697 933	49,00%	124 443 372	12 139 138 255	49,73%	220,95%	(*)

(\*) Le Fonds a eu connaissance d'absorption(s) d'autre(s) OC par cet OC

ORDRE	SIREN	NOM	VILLE	Total 2004	Cumul 2004	% Cumul 2004	Total 2005	Cumul 2005	% Cumul 2005	Evolution 2004/2005	Observations (*)
43	775 671 910	MGET - Mutuelle générale de l'équipement et des territoires	LE KREMLIN BICETRE CEDEX	107 092 095	11 202 790 028	49,47%	121 735 518	12 260 873 773	50,23%	13,67%	
44	775 659 907	Société mutuelle mieux-être (SMME)	PARIS CEDEX 11	119 043 740	11 321 833 768	50,00%	121 512 986	12 382 386 759	50,73%	2,07%	
45	602 062 481	SA Fédération continentale	PARIS	121 045 527	11 442 879 295	50,53%	118 620 057	12 501 006 816	51,22%	-2,00%	
46	331 067 041	Groupe Azur - Azur assurances	CHARTRES CEDEX 09	110 444 241	11 553 323 536	51,02%	115 233 971	12 616 240 787	51,69%	4,34%	
47	784 718 256	Groupe Médéric - Médéric mutualité	PARIS CEDEX 09	114 406 996	11 667 730 532	51,52%	114 430 521	12 730 671 308	52,16%	0,02%	
48	382 285 260	GROUPAMA Paris-Val-de-Loire	OLIVET	48 334 874	11 716 065 406	51,74%	114 226 587	12 844 897 895	52,63%	136,32%	(*)
49	429 026 453	Touraine mutualiste	TOURS CEDEX	92 432 648	11 808 498 054	52,14%	112 034 389	12 956 932 284	53,08%	21,21%	(*)
50	784 442 915	Mutuelle familiale	PARIS	104 945 411	11 913 443 465	52,61%	111 581 651	13 068 513 935	53,54%	6,32%	
51	423 406 339	Sphéria Val de France	ORLEANS CEDEX 01	111 242 673	12 024 686 138	53,10%	110 885 894	13 179 399 829	54,00%	-0,32%	
52	434 949 319	Mutuelle Atlantique	NANTES CEDEX 02	107 991 207	12 132 677 345	53,58%	110 391 684	13 289 791 513	54,45%	2,22%	
53	381 374 123	Société mutualiste Malakoff - SMM	SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES CEDEX	100 529 740	12 233 207 085	54,02%	109 723 023	13 399 514 536	54,90%	9,14%	
54	340 234 962	AGF vie	PARIS	129 103 472	12 362 310 557	54,59%	109 568 053	13 509 082 589	55,35%	-15,13%	
55	340 427 525	GAN Eurocourtage Vie	PARIS-LA-DEFENSE CEDEX	78 405 572	12 440 716 129	54,94%	108 080 934	13 617 163 523	55,79%	37,85%	
56	779 838 366	GROUPAMA Rhône-Alpes-Auvergne	LYON	101 952 980	12 542 669 109	55,39%	107 189 720	13 724 353 243	56,23%	5,14%	
57	775 671 993	Mutuelle bleue	PARIS CEDEX 08	97 498 457	12 640 167 566	55,82%	102 763 531	13 827 116 774	56,65%	5,40%	
58	352 358 865	Pacifica - L'assurance dommages au Crédit agricole	PARIS	68 708 435	12 708 876 001	56,12%	101 667 744	13 928 784 518	57,07%	47,97%	
59	782 395 511	Mutuelles du Soleil	NICE CEDEX 01	36 050 201	12 744 926 202	56,28%	97 200 384	14 025 984 902	57,46%	169,63%	(*)
60	775 627 391	Mutuelle Prévanor	VALENCIENNES	81 182 177	12 826 108 379	56,64%	95 738 908	14 121 723 810	57,86%	17,93%	
61	329 233 266	Groupe APRI - APRI prévoyance	BLOIS CEDEX 09	96 764 057	12 922 872 436	57,07%	95 426 172	14 217 149 982	58,25%	-1,38%	
62	384 496 493	IPECA prévoyance	PARIS CEDEX 15	72 657 534	12 995 529 970	57,39%	94 561 167	14 311 711 149	58,63%	30,15%	(*)
63	442 404 588	Mutuelle Arc-en-Ciel	SAINT QUENTIN	87 111 740	13 082 641 710	57,77%	92 336 578	14 404 047 727	59,01%	6,00%	
64	351 272 729	IONIS prévoyance	BOULOGNE-BILLANCOURT CEDEX	73 597 859	13 156 239 569	58,10%	90 768 301	14 494 816 028	59,38%	23,33%	(*)
65	341 230 381	MAI - Mutuelle des agents des impôts	PARIS CEDEX 13	78 748 076	13 234 987 645	58,44%	89 919 563	14 584 735 591	59,75%	14,19%	

(\*) Le Fonds a eu connaissance d'absorption(s) d'autre(s) OC par cet OC

ORDRE	SIREN	NOM	VILLE	Total 2004	Cumul 2004	% Cumul 2004	Total 2005	Cumul 2005	% Cumul 2005	Evolution 2004/2005	Observations (*)
66	381 043 686	GROUPAMA Centre-Atlantique	NIORT	<b>84 372 590</b>	13 319 360 235	58,82%	<b>88 992 508</b>	14 673 728 099	60,12%	5,48%	(*)
67	776 531 667	Mutuelle Sud Rhône-Alpes Mieux-être	LYON CEDEX 07	<b>62 906 768</b>	13 382 267 003	59,09%	<b>88 856 366</b>	14 762 584 465	60,48%	41,25%	
68	775 685 365	MGPAT - Mutuelle générale des préfectures et de l'administration territoriale	TOULOUSE CEDEX	<b>82 255 975</b>	13 464 522 978	59,46%	<b>87 957 660</b>	14 850 542 125	60,84%	6,93%	
69	383 853 801	GROUPAMA Centre-Manche	LE MANS CEDEX 09	<b>81 778 225</b>	13 546 301 203	59,82%	<b>87 325 697</b>	14 937 867 822	61,20%	6,78%	
70	434 806 089	Les mutuelles de la Drôme	VALENCE CEDEX	<b>90 947 819</b>	13 637 249 022	60,22%	<b>86 214 047</b>	15 024 081 869	61,55%	-5,20%	
71	784 621 476	Mutuelle civile de la Défense	PARIS CEDEX 15	<b>79 021 378</b>	13 716 270 400	60,57%	<b>85 622 982</b>	15 109 704 851	61,90%	8,35%	
72	784 338 675	Mutuelle de l'armée de l'air	BOULOGNE-BILLANCOURT CEDEX	<b>78 977 747</b>	13 795 248 147	60,92%	<b>84 762 124</b>	15 194 466 975	62,25%	7,32%	
73	379 718 653	MNPAF - Mutuelle nationale des personnels Air France	ROISSY CDG CEDEX	<b>79 953 664</b>	13 875 201 811	61,27%	<b>84 134 836</b>	15 278 601 811	62,60%	5,23%	(*)
74	383 987 625	GROUPAMA Nord-Est	REIMS CEDEX 02	<b>79 242 575</b>	13 954 444 386	61,62%	<b>82 531 156</b>	15 361 132 967	62,93%	4,15%	
75	339 358 681	Groupe APRI - Mutuelle d'accueil et de prévoyance interprofessionnelle - SMAPRI	BLOIS CEDEX 09	<b>63 190 971</b>	14 017 635 357	61,90%	<b>78 972 514</b>	15 440 105 481	63,26%	24,97%	
76	401 095 146	CAPAVES prévoyance	SARCELLES CEDEX	<b>67 220 769</b>	14 084 856 126	62,20%	<b>78 871 209</b>	15 518 976 690	63,58%	17,33%	
77	400 984 605	Groupe AG2R - CIRPRECA prévoyance	PARIS	<b>82 675 835</b>	14 167 531 961	62,56%	<b>78 672 761</b>	15 597 649 451	63,90%	-4,84%	
78	775 595 838	CCMIHA - Caisse chirurgicale mutualiste de l'Isère et des Hautes-Alpes	GRENOBLE CEDEX 02	<b>71 678 291</b>	14 239 210 252	62,88%	<b>77 968 101</b>	15 675 617 552	64,22%	8,78%	
79	384 268 413	AUDIENS prévoyance	VANVES CEDEX	<b>71 484 284</b>	14 310 694 536	63,19%	<b>77 738 572</b>	15 753 356 124	64,54%	8,75%	
80	414 261 032	MNAM - Mutuelle nationale aviation marine	PARIS	<b>65 898 271</b>	14 376 592 807	63,49%	<b>76 771 604</b>	15 830 127 728	64,86%	16,50%	(*)
81	351 175 153	Mutuelles de Vendée	LA ROCHE-SUR-YON CEDEX 09	<b>69 270 010</b>	14 445 862 817	63,79%	<b>76 612 743</b>	15 906 740 471	65,17%	10,60%	
82	340 359 900	Mutuelle Intégrance	PARIS	<b>62 746 269</b>	14 508 609 086	64,07%	<b>75 071 234</b>	15 981 811 705	65,48%	19,64%	
83	351 962 949	Mutuelle de l'Anjou	ANGERS CEDEX 01	<b>69 312 043</b>	14 577 921 129	64,37%	<b>74 911 540</b>	16 056 723 245	65,78%	8,08%	
84	384 839 544	Mutuelle Prévêa	ARRAS CEDEX	<b>68 380 763</b>	14 646 301 892	64,68%	<b>72 840 371</b>	16 129 563 616	66,08%	6,52%	
85	775 678 550	MGC - Mutuelle générale des cheminots	PARIS CEDEX 13	<b>64 671 198</b>	14 710 973 090	64,96%	<b>72 757 356</b>	16 202 320 972	66,38%	12,50%	
86	342 369 857	AVIVA AMIS	PARIS	<b>64 062 508</b>	14 775 035 598	65,24%	<b>71 245 496</b>	16 273 566 468	66,67%	11,21%	

(\*) Le Fonds a eu connaissance d'absorption(s) d'autre(s) OC par cet OC



ORDRE	SIREN	NOM	VILLE	Total 2004	Cumul 2004	% Cumul 2004	Total 2005	Cumul 2005	% Cumul 2005	Evolution 2004/2005	Observations (*)
87	379 906 753	GROUPAMA Grand-Est	DIJON CEDEX	65 243 236	14 840 278 834	65,53%	70 896 445	16 344 462 913	66,96%	8,66%	
88	781 337 266	Mutuelle des arts et métiers - SMAM	LA ROCHELLE	61 256 856	14 901 535 690	65,80%	69 927 597	16 414 390 510	67,25%	14,15%	
89	399 530 591	Groupe Vézelay - Caisse de prévoyance Haussmann	PARIS	66 548 379	14 968 084 069	66,10%	69 201 050	16 483 591 560	67,53%	3,99%	
90	784 492 084	Groupe France mutuelle	PARIS CEDEX 11	63 983 804	15 032 067 873	66,38%	67 162 494	16 550 754 054	67,81%	4,97%	
91	784 227 894	Mutuelle complémentaire de la ville de Paris, de l'AP, des administrations annexes	PARIS	63 431 195	15 095 499 068	66,66%	66 121 740	16 616 875 794	68,08%	4,24%	
92	775 641 681	La mutuelle de l'Est	STRASBOURG CEDEX	62 332 450	15 157 831 518	66,93%	62 523 294	16 679 399 088	68,33%	0,31%	
93	353 208 010	Prémalliance - Prado mutuelle	MARSEILLE CEDEX 20	47 292 623	15 205 124 141	67,14%	61 090 343	16 740 489 431	68,59%	29,18%	(*)
94	784 647 299	CMCACM - Caisse mutuelle complémentaire de l'automobile, du cycle et du motocycle	PARIS CEDEX 16	53 013 382	15 258 137 523	67,38%	59 686 442	16 800 175 873	68,83%	12,59%	
95	780 508 073	CCMO mutuelle - Caisse chirurgicale et médicale de l'Oise	BEAUVAIS CEDEX	52 505 815	15 310 643 338	67,61%	58 912 805	16 859 088 678	69,07%	12,20%	
96	382 968 865	Mutuelle Myriade	BORDEAUX CEDEX	56 659 226	15 367 302 564	67,86%	58 098 811	16 917 187 489	69,31%	2,54%	
97	775 671 969	Centre mutualiste du personnel de la RATP	PARIS CEDEX 12	52 658 788	15 419 961 352	68,09%	57 589 796	16 974 777 285	69,54%	9,36%	
98	783 711 989	Groupe Vauban - Mutuelle des cadres Vauban	LILLE CEDEX	50 500 551	15 470 461 903	68,32%	57 340 129	17 032 117 414	69,78%	13,54%	
99	383 179 025	Mutuelle Unio	MACON CEDEX	53 081 491	15 523 543 394	68,55%	57 119 972	17 089 237 386	70,01%	7,61%	
100	775 722 655	Mutuelle Renault	BOULOGNE- BILLANCOURT CEDEX	53 384 406	15 576 927 800	68,79%	56 301 010	17 145 538 396	70,24%	5,46%	
				Total assiette 2004 (1 176 OC)			Total assiette 2005 (1 073 OC)				
				22 645 638 000			24 408 349 000				

(\*) Le Fonds a eu connaissance d'absorption(s) d'autre(s) OC par cet OC

## LES 70 ORGANISMES D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE DECLARANT LE PLUS GRAND NOMBRE DE BENEFICIAIRES DE CMU-C ET DU CREDIT D'IMPOT EN 2005

CMU-C					CREDIT D'IMPOT						
Nom	Nature	T4 2005	Cumul	% Cumul	Classement	Nature	Préfet	Nom	T4 2005	Cumul	% Cumul
MAAF santé	Mutuelle	66 107	66 107	11,35	<b>1</b>	Mutuelle	Oui	MAAF santé	8 642	8 642	4,86
Préviade-Mutouest	Mutuelle	34 669	100 776	17,3	<b>2</b>	Mutuelle	Oui	Préviade-Mutouest	6 851	15 493	8,72
Imadiès	Mutuelle	25 514	126 290	21,68	<b>3</b>	Mutuelle	Oui	Imadiès	6 689	22 182	12,48
MPAS - Mutuelle populaire d'action sociale	Mutuelle	22 075	148 365	25,47	<b>4</b>	Assurance	Oui	SwissLife prévoyance et santé	4 933	27 115	15,26
AGF IART - Assurances générales de France	Assurance	20 633	168 998	29,01	<b>5</b>	Mutuelle	Non	Mutuelle Intégrance	4 693	31 808	17,9
Les mutuelles de la Drôme	Mutuelle	17 343	186 341	31,99	<b>6</b>	Assurance	Oui	AGF IART - Assurances générales de France	4 093	35 901	20,2
MGPS - Mutuelle générale de prévoyance sociale	Mutuelle	17 274	203 615	34,95	<b>7</b>	Mutuelle	Oui	Mutuelle Santé	4 027	39 928	22,47
SwissLife prévoyance et santé	Assurance	16 956	220 571	37,86	<b>8</b>	Institution de Prévoyance	Oui	CAPAVES prévoyance	3 961	43 889	24,7
MIP - Mutuelle interprofessionnelle de prévoyance	Mutuelle	15 871	236 442	40,59	<b>9</b>	Assurance	Oui	AXA France vie	3 704	47 593	26,78
AXA France vie	Assurance	14 121	250 563	43,01	<b>10</b>	Mutuelle	Oui jusqu'à N-1	Mutuelle familiale	3 349	50 942	28,67
Mutuelle Ociane	Mutuelle	10 598	261 161	44,83	<b>11</b>	Mutuelle	Non	Mutuelle des arts et métiers - SMAM	3 263	54 205	30,5
MGEN - Mutuelle générale de l'éducation nationale	Mutuelle	10 562	271 723	46,64	<b>12</b>	Mutuelle	Oui	Mutuelle Ociane	2 867	57 072	32,12
Mutuelle Atlantique	Mutuelle	10 122	281 845	48,38	<b>13</b>	Mutuelle	Non	MCD - Mutuelle nationale médico-chirurgico-dentaire	2 810	59 882	33,7
Touraine mutualiste	Mutuelle	9 997	291 842	50,1	<b>14</b>	Mutuelle	Oui	Mutuelle Sud Rhône-Alpes Mieux-être	2 410	62 292	35,05
BTP prévoyance - CNPBTP	Institution de révoyance	9 315	301 157	51,7	<b>15</b>	Mutuelle	Oui jusqu'à N-1	Les ménages prévoyants	2 234	64 526	36,31
Mutuelle bleue	Mutuelle	8 954	310 111	53,23	<b>16</b>	Assurance	Non	GAN vie	2 190	66 716	37,54
Assurances du crédit mutuel - IARD SA	Assurance	8 647	318 758	54,72	<b>17</b>	Mutuelle	Oui	Mutuelle Présence	1 973	68 689	38,65
MNT - Mutuelle nationale territoriale	Mutuelle	8 615	327 373	56,2	<b>18</b>	Assurance	Oui	MMA IARD - La mutuelle du Mans Assurances IARD	1 946	70 635	39,75
Mutuelle Présence	Mutuelle	8 596	335 969	57,67	<b>19</b>	Mutuelle	Oui	Touraine mutualiste	1 880	72 515	40,81
MMA IARD - La mutuelle du Mans Assurances IARD	Assurance	8 396	344 365	59,11	<b>20</b>	Assurance	Oui	GROUPAMA d'Oc	1 870	74 385	41,86
MG - Mutuelle générale	Mutuelle	8 130	352 495	60,51	<b>21</b>	Assurance	Non	GROUPAMA Océan Indien et Pacifique	1 850	76 235	42,9
Mutuelle Santé	Mutuelle	7 255	359 750	61,75	<b>22</b>	Assurance	Non	Pacifica - L'assurance dommages au Crédit agricole	1 835	78 070	43,93
MUTI - MIM - Mutuelle interprofessionnelle de Basse-Normandie - mutuelle intergroupe	Mutuelle	6 585	366 335	62,88	<b>23</b>	Mutuelle	Non	Unilia santé prévoyance	1 812	79 882	44,95

CMU-C					CREDIT D'IMPOT						
Nom	Nature	T4 2005	Cumul	% Cumul	Classement	Nature	Préfet	Nom	T4 2005	Cumul	% Cumul
Mutuelle Arpica	Mutuelle	6 134	372 469	63,94	24	Mutuelle	Oui	MNIL - Mutuelle nationale interprofessionnelle Laffitte	1 782	81 664	45,96
MNH - Mutuelle nationale des hospitaliers et des personnels de santé	Mutuelle	5 969	378 438	64,96	25	Mutuelle	Oui	Mutuelle générale santé de la Réunion - MGSR	1 782	83 446	46,96
Sphéria Val de France	Mutuelle	5 967	384 405	65,99	26	Mutuelle	Oui	SMATIS France - Solidarité mutualiste des travailleurs indépendants et salariés de France	1 583	85 029	47,85
Les mutuelles de l'Ain	Mutuelle	5 764	390 169	66,98	27	Mutuelle	Oui	Mutuelle Atlantique	1 540	86 569	48,72
Mutuelle Unio	Mutuelle	5 399	395 568	67,9	28	Institution de Prévoyance	Oui	BTP prévoyance - CNPBTP	1 453	88 022	49,53
AVIVA Assurances	Assurance	5 153	400 721	68,79	29	Mutuelle	Oui	Les mutuelles de la Drôme	1 451	89 473	50,35
Releya	Mutuelle	4 919	405 640	69,63	30	Assurance	Oui	AVIVA Assurances	1 426	90 899	51,15
SMIP - Service mutualistes des individuels et des professionnels	Mutuelle	4 620	410 260	70,42	31	Mutuelle	Oui jusqu'à N-1	Mutuelles du Soleil	1 282	92 181	51,88
Mutuelle de l'Anjou	Mutuelle	4 459	414 719	71,19	32	Mutuelle	Non	Mutuelle Prévéa	1 269	93 450	52,59
Mutuelle Sud Rhône-Alpes Mieux-être	Mutuelle	4 252	418 971	71,92	33	Mutuelle	Oui	MUTI - MIM - Mutuelle interprofessionnelle de Basse-Normandie - mutuelle intergroupe	1 261	94 711	53,3
GROUPAMA d'Oc	Assurance	4 197	423 168	72,64	34	Mutuelle	Non	Mutuelle générale de la Méditerranée	1 221	95 932	53,99
Suravenir assurances	Assurance	4 077	427 245	73,34	35	Mutuelle	Oui	Mutuelle bleue	1 160	97 092	54,64
Mutuelles de Vendée	Mutuelle	4 033	431 278	74,03	36	Mutuelle	Non	Mutuelle Arc-en-Ciel	1 153	98 245	55,29
Mutuelle du Var	Mutuelle	3 989	435 267	74,72	37	Mutuelle	Oui	Novalia Mutuelle	1 138	99 383	55,93
CCMIHA - Caisse chirurgicale mutualiste de l'Isère et des Hautes-Alpes	Mutuelle	3 871	439 138	75,38	38	Mutuelle	Non	Mutuelle Oréade	1 133	100 516	56,57
Groupe Azur - Azur assurances	Assurance	3 531	442 669	75,99	39	Mutuelle	Oui	Mutuelle Saint-Martin	1 106	101 622	57,19
Mutuelle Prisma	Mutuelle	3 475	446 144	76,58	40	Mutuelle	Oui	SMIP - Service mutualistes des individuels et des professionnels	1 106	102 728	57,81
Alteis mutuelles	Mutuelle	3 421	449 565	77,17	41	Mutuelle	Non	Mutuelle Prévanor	1 096	103 824	58,43
GROUPAMA Loire-Bretagne	Assurance	3 268	452 833	77,73	42	Mutuelle	Oui	Mutuelle santé atlantique	1 047	104 871	59,02
Groupe Radianc - SMP	Mutuelle	3 164	455 997	78,28	43	Mutuelle	Oui	UMS - Union mutualité solidarité	1 024	105 895	59,59
SMENO - Société mutualiste des étudiants du Nord-Ouest	Mutuelle	3 006	459 003	78,79	44	Mutuelle	Oui	Mutuelle Unio	1 015	106 910	60,16
GROUPAMA Grand-Est	Assurance	2 983	461 986	79,3	45	Mutuelle	Oui	Alteis mutuelles	1 004	107 914	60,73
Mutuelle MGTI	Mutuelle	2 944	464 930	79,81	46	Mutuelle	Oui	Sphéria Val de France	1 004	108 918	61,29
Roanne mutuelle	Mutuelle	2 615	467 545	80,26	47	Mutuelle	Oui	Releya	980	109 898	61,85
Mutuelle Myriade	Mutuelle	2 555	470 100	80,7	48	Assurance	Oui	Groupe Azur - Azur assurances	978	110 876	62,4
Mutuelle interprofessionnelle et familiale du Puy-de-Dôme (MIF)	Mutuelle	2 380	472 480	81,1	49	Assurance	Oui	Assurances du crédit mutuel - IARD SA	956	111 832	62,93
Groupe Radianc	Mutuelle	2 362	474 842	81,51	50	Mutuelle	Oui	Mutuelle de l'Anjou	936	112 768	63,46
MGEL - Mutuelle générale des étudiants de l'Est	Mutuelle	2 360	477 202	81,92	51	Assurance	Oui	AVIVA AMIS	927	113 695	63,98
Mutuelle interprofessionnelle Guadeloupe-Guyane	Mutuelle	2 346	479 548	82,32	52	Mutuelle	Oui	Les mutuelles de l'Ain	901	114 596	64,49

CMU-C					CREDIT D'IMPOT						
Nom	Nature	T4 2005	Cumul	% Cumul	Classement	Nature	Préfet	Nom	T4 2005	Cumul	% Cumul
Novalia Mutuelle	Mutuelle	2 330	481 878	82,72	<b>53</b>	Mutuelle	Oui	Mutuelles de l'Isère	865	115 461	64,98
Mutuelle du Cher	Mutuelle	2 310	484 188	83,11	<b>54</b>	Mutuelle	Oui	CCMIHA - Caisse chirurgicale mutualiste de l'Isère et des Hautes-Alpes	858	116 319	65,46
GROUPAMA Rhône-Alpes-Auvergne	Assurance	2 308	486 496	83,51	<b>55</b>	Mutuelle	Oui	MG - Mutuelle générale	854	117 173	65,94
Les mutuelles savoyardes	Mutuelle	2 287	488 783	83,9	<b>56</b>	Mutuelle	Oui	Mutuelles de Vendée	854	118 027	66,42
SMATIS France - Solidarité mutualiste des travailleurs indépendants et salariés de France	Mutuelle	2 198	490 981	84,28	<b>57</b>	Mutuelle	Oui	MGEN - Mutuelle générale de l'éducation nationale	850	118 877	66,9
MUPAS - Mutuelle complémentaire et de prévoyance des assurés sociaux	Mutuelle	2 114	493 095	84,64	<b>58</b>	Mutuelle	Oui	Mutuelle Myriade	801	119 678	67,35
GROUPAMA Sud	Assurance	2 099	495 194	85	<b>59</b>	Assurance	Oui	Suravenir assurances	768	120 446	67,78
SMISO Mutuelle - Société mutualiste interprofessionnelle	Mutuelle	2 051	497 245	85,36	<b>60</b>	Mutuelle	Non	Mutuelle SMI	766	121 212	68,21
MGAS - Mutuelle générale des affaires sociales	Mutuelle	2 000	499 245	85,7	<b>61</b>	Mutuelle	Oui	Mutuelle Prisma	737	121 949	68,63
Mutuelle familiale du Loir-et-Cher	Mutuelle	1897	501 142	86,02	<b>62</b>	Mutuelle	Non	Mutuelle GRM - Groupement régional mutualiste	721	122 670	69,03
Mutuelle complémentaire de la ville de Paris, de l'AP, des administrations annexes	Mutuelle	1865	503 007	86,34	<b>63</b>	Mutuelle	Oui	Mutuelle interprofessionnelle et familiale du Puy-de-Dôme (MIF)	704	123 374	69,43
AVIVA AMIS	Assurance	1761	504 713	86,51	<b>64</b>	Mutuelle	Oui	MNH - Mutuelle nationale des hospitaliers et des personnels de santé	672	124 046	69,55
Mutuelles de France de l'Ardèche	Mutuelle	1760	506 473	86,81	<b>65</b>	Assurance	Oui	AXA Assurances Vie Mutuelles - Direction Technique Santé Individuelle	667	124 713	69,93
GROUPAMA Centre-Atlantique	Assurance	1739	508 212	87,11	<b>66</b>	Mutuelle	Oui jusqu'à N-1	Languedoc mutualité	667	125 380	70,30
Mutuelle de Poitiers assurances	Assurance	1693	509 905	87,40	<b>67</b>	Mutuelle	Oui	Mutuelles de France de l'Aube	646	126 026	70,66
AXA Assurances Vie Mutuelles - Direction Technique Santé Individuelle	Assurance	1657	511 562	87,68	<b>68</b>	Mutuelle	Oui	Mutuelle du Cher	644	126 670	71,03
Société mutuelle mieux-être (SMME)	Mutuelle	1609	513 171	87,96	<b>69</b>	Mutuelle	Oui	Mutuelle Arpica	625	127 295	71,38
UMC - Société mutualiste panotechnique	Mutuelle	1524	514 695	88,22	<b>70</b>	Mutuelle	Non	Mutuelle du rempart - CMCM de la Haute-Garonne	624	127 919	71,73
<b>TOTAL : 292 OC déclarant des bénéficiaires du CMU-C</b>			<b>583 428</b>					<b>TOTAL : 564 OC déclarant des bénéficiaires du CI</b>	<b>178 335</b>		

## **L'EXAMEN DES RESSOURCES POUR LES PROFESSIONS INDEPENDANTES ET LES EXPLOITANTS AGRICOLES POUR L'OUVERTURE DU DROIT A LA CMU-C**

Les travailleurs non salariés sont soumis aux mêmes plafonds de ressources que les autres bénéficiaires de la CMU-C, mais la détermination des revenus perçus est plus complexe que celle des salariés ou des personnes percevant des prestations. Elle fait l'objet d'articles réglementaires particuliers, précisant les conditions administratives préalables que doit remplir le demandeur pour que son dossier soit examiné directement par les caisses d'assurance maladie.

Le code de la sécurité sociale décide en effet que :

- pour les exploitants agricoles, les demandes sont examinées directement par la caisse d'assurance maladie quand l'exploitant relève d'un régime forfaitaire d'imposition, et que le dernier bénéfice agricole forfaitaire ne dépasse pas 1030 fois le montant du SMIC (article R. 861-11) ;
- pour les travailleurs indépendants, les demandes sont examinées directement par la caisse d'assurance maladie quand leur dernier revenu fiscal n'excède pas le seuil de la micro entreprise, variable selon la nature de l'entreprise (article R. 861-12).

Lorsque les demandeurs ne remplissent pas ces conditions, les caisses ne peuvent instruire les demandes. Elles notifient donc un refus et invitent le demandeur à s'adresser au Préfet du département, avec les éléments permettant d'établir que leurs ressources ne dépassent pas le plafond d'accès à la CMU.

Cette procédure présente un certain nombre d'inconvénients. Elle est peu compréhensible pour les usagers qui doivent entreprendre une démarche complexe. Les services préfectoraux sont peu adaptés pour instruire ce genre de dossiers. La nouvelle procédure d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire (crédit d'impôt), qui est instruite dans les mêmes conditions que la CMU-C, donne une nouvelle actualité à ce dossier.

La question, posée dans le rapport d'évaluation de la CMU publié en décembre 2003, a été reprise au cours du Conseil de surveillance de décembre 2004. La CANAM et la CCMSA ont saisi la Direction de la Sécurité Sociale à ce sujet.