



RAPPORT D'ACTIVITÉ 2008

**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
www.cmu.fr
accueil@fonds-cmu.gouv.fr

Sur l'ensemble des thèmes abordés dans ce rapport, des données statistiques plus détaillées ainsi que les documents auxquels il est fait référence, sont disponibles sur le site du Fonds CMU :

www.cmu.fr



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

Contact Liens Mémo Plan du site

tion de 8 % sur un trimestre et de 34 % sur un an).

La CMU et vous

Vous êtes concernés par la CMU ou l'ACS et vous recherchez une information pratique et directement accessible. Pour tout savoir sur vos droits et vous permettre d'en bénéficier :

- CMU de base
- CMU complémentaire
- Aide complémentaire santé
- L'AME

La documentation CMU

Pour approfondir votre connaissance de la CMU ou de l'ACS, disposer de toutes les informations, études et chiffres clés, entrez dans la base documentaire du Fonds CMU :

- Juridique
- Etudes et rapports
- Statistiques
- Références CMU
- Pour les OC
- Actualités

Le Fonds CMU

Pour découvrir ou mieux connaître l'établissement public : "Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie" :

Vos démarches en pratique

Accès réservés

Fonds CMU © 2004 tous droits réservés www.cmu.fr - Mentions légales - Réalisation : IciPlanet

SOMMAIRE RAPPORT D'ACTIVITE 2008

SOMMAIRE RAPPORT D'ACTIVITE 2008	3
AVANT PROPOS	5
1. LE SUIVI DE LA CMU DANS LES LOIS FINANCIERES	7
1.1. Le nombre de bénéficiaires de la CMU-C	7
1.1.1. La répartition des bénéficiaires de la CMU-C	7
1.1.2. La baisse des effectifs	12
1.1.3. La rétropération	12
1.2. Satisfaction et renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU-C	13
1.3. Implication des organismes complémentaires dans la gestion de la CMU-C	17
1.4. Les contrôles du dispositif CMU	18
1.5. Les dépenses des bénéficiaires de la CMU-C	20
1.5.1. Les indicateurs de la loi de finances	20
1.5.2. Structure des dépenses de CMU complémentaire	23
1.6. L'aide complémentaire santé	25
1.6.1. Montée en charge de l'ACS	25
1.6.2. Enquête prix/contenu sur les contrats ACS	27
1.7. Le parcours de soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire	29
2. LE FINANCEMENT DE LA CMU-C ET DE L'ACS	31
2.1. Les recettes du Fonds CMU	31
2.1.1. La dotation budgétaire de l'Etat	31
2.1.2. Les taxes affectées	31
2.1.3. La dotation de l'assurance maladie relative à l'aide complémentaire santé	32
2.1.4. La contribution des organismes complémentaires	32
2.2. Le chiffre d'affaires des complémentaires santé	33
2.3. Les dépenses du Fonds CMU	37
2.3.1. Les versements aux régimes obligatoires	37
2.3.2. Les versements aux organismes complémentaires	38
2.4. Le poids financier de la CMU pour les gestionnaires	40
2.4.1. Les difficultés de trésorerie du Fonds	40
2.4.2. L'insuffisance du forfait pour couvrir les dépenses réelles	42
2.5. Présentation économique des comptes du Fonds CMU	43
PERSPECTIVES 2009	45

LISTE DES ANNEXES	47
ANNEXE 1 : LES MISSIONS DU FONDS CMU	49
ANNEXE 2 : PRESENTATION DE LA CMU ET DE L'ACS	53
ANNEXE 3 : TEXTES 2008 RELATIFS A LA CMU ET A L'ACS	55
ANNEXE 4 : BENEFICIAIRES CMU-C AU 31 DECEMBRE 2008	57
ANNEXE 5 : HISTORIQUE DES BENEFICIAIRES.....	59
ANNEXE 6 : REPARTITION TERRITORIALE DES BENEFICIAIRES DE LA CMU ..	62
ANNEXE 7 : STRUCTURE DES DEPENSES DE CMU COMPLEMENTAIRE.....	65
ANNEXE 8 : PRESENTATION DES RESULTATS COMPTABLES DU FONDS CMU .	68
ANNEXE 9 : PROFIL DE TRESORERIE 2008	69
ANNEXE 10 : COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	71
ANNEXE 11 : CONSEIL DE SURVEILLANCE.....	73
ANNEXE 12 : ORGANIGRAMME DU FONDS CMU	76
ANNEXE 13 : L'ACTUALITE DES COMPLEMENTAIRES SANTE	77
ANNEXE 14 : LISTE DES 100 ORGANISMES D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE AYANT DECLARE L'ASSIETTE LA PLUS IMPORTANTE EN 2008	85

AVANT PROPOS

L'année 2008 a vu se propager, à la fin de l'été, sur la « Vieille Europe », la terrible crise économique mondiale née de la folie financière d'outre-atlantique.

La France, peut être encore plus que les autres nations européennes, a su organiser la protection de ses ressortissants contre le risque maladie. Grâce à la CMU, la fraction la plus pauvre de la Nation bénéficie d'un accès aux soins dont le présent rapport d'activité permet de témoigner de la qualité et de l'efficacité. La loi CMU promulguée le 17 juillet 1999 est unanimement saluée comme une grande loi. L'année 2009 sera l'occasion de célébrer son dixième anniversaire.

Cette unanimité dans le salut ne veut pas pour autant dire que tout soit parfait ; la perfection n'étant qu'une notion théorique et abstraite.

- Les refus de soins : l'adoption par le conseil des ministres du 22 octobre 2008 de la loi HPST dont l'article 18 vise à fournir de nouvelles armes pour les combattre. Le rapport résume des études publiées par le Fonds CMU qui traitent du sujet des difficultés rencontrées par les professionnels de santé lorsqu'ils reçoivent un bénéficiaire de la CMU. Souvent mises en avant pour tenter d'excuser les refus de soins, les études convergent remarquablement pour montrer que si ces difficultés sont effectivement plus grandes avec un dossier de CMU qu'avec le dossier d'un autre assuré, elles restent à un niveau global très réduit, a fortiori lorsque le professionnel de santé utilise les feuilles de soins électroniques (FSE) et non les feuilles de soins papier.
- L'effet de seuil de la CMU est un reproche majeur fait à la loi CMU. Une réponse à cet effet de seuil a été la création par la loi du 13 août 2004 de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Le présent rapport consacre des développements d'où il ressort qu'après des premières années quelque peu « poussives », un net rebond est observé grâce à des campagnes de communication ciblées, avec presque 600 000 attestations délivrées, en hausse de près de 17 % et un taux d'utilisation qui atteint désormais 75 % contre 65 % en 2007.
- Les effets de la crise financière ne se font pas sentir sur l'évolution des effectifs de bénéficiaires de la CMU, du moins pas encore. En effet, comme le montre le rapport et en particulier son annexe 5, on observe une baisse régulière et globale qui atteint même – 5,22 % en glissement annuel au 31 décembre 2008. Cet aspect quelque peu paradoxal a pourtant une explication logique : il faudra attendre l'épuisement des droits des allocataires aux prestations de chômage pour ressentir sur la CMU les effets de la crise. Selon les durées d'indemnisation au chômage on arrive au deuxième semestre 2009 pour les emplois les plus précaires et même jusqu'à la fin 2010 pour les personnes qui bénéficiaient de situations plus stables.

Il est d'autres aspects de la loi CMU qui ont, sinon prêté le flanc à critiques, du moins servi à véhiculer des idées reçues, idées en bonne partie entachées d'inexactitude. Dans ce rapport d'activité on trouvera nombre d'éléments qui permettent d'éclairer ces points d'un jour nouveau.

- La CMU provoque une dérive des dépenses. En trésorerie sur l'année 2008 les dépenses de CMU-C reculent de plus de 4 %.
- La CMU coûte cher. Avec un coût moyen de 410 € en 2008 pour une complémentaire santé de bonne facture, il est difficile de considérer la CMU-C comme onéreuse. Seule serait en droit d'émettre cette critique, la CNAMTS qui n'a été remboursée en 2008 que de 340 € par bénéficiaire géré, elle y a donc perdu 70 € soit 241 millions d'euros.
- La CMU est un facteur de fraude. Sans prétendre que la fraude n'existe pas, le rapport d'activité dans le cadre de la description des indicateurs de la loi de finances montre que son ampleur est très marginale : moins de 5 % sur le taux de divergence du contrôle des ressources et moins de 1 % pour le contrôle de la carte Vitale, ces taux englobant de surcroit des difficultés administratives.
- La principale caractéristique du parcours de soins est qu'il n'est certes pas facile à comprendre, sans doute encore moins pour les bénéficiaires de la CMU, que pour les autres assurés sociaux. Longtemps ceux-ci ont été en retard dans la déclaration d'un médecin traitant. A la fin de l'année 2008, et pour la première fois, le taux de médecin traitant a été supérieur chez les bénéficiaires de la CMU par rapport au taux des autres assurés sociaux.

Ce rapport d'activité 2008 du Fonds CMU s'est voulu synthétique. La quantité des informations recueillies et traitées par la petite équipe du Fonds est suffisamment importante pour que nous ayons jugé préférable de renvoyer sur la consultation de notre site internet les données plus détaillées. Sans vouloir rivaliser avec les autres très grands sites, il est très satisfaisant de noter la vive croissance (+ 29 %) du nombre des visites.

Que tous ceux qui ont contribués à ces travaux si lourds soient ici remerciés.

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

1. LE SUIVI DE LA CMU DANS LES LOIS FINANCIERES

Dans la loi de finances de l'Etat, c'est le programme 183 et plus précisément son action numéro 1 « Accès à la protection maladie complémentaire » qui permet de suivre la CMU : projet annuel de performance (PAP), objectifs et indicateurs de performance, etc. Ces outils de suivi ont été introduits par la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) qui a profondément bouleversé le mode de présentation et de suivi des dépenses de l'Etat.

En appui de la loi de financement de la sécurité sociale, ce sont les programmes de qualité et d'efficience (PQE) qui fournissent d'autres indicateurs de suivi des dispositifs CMU et ACS.

La première partie du présent rapport d'activité est adaptée à ces présentations. Le Fonds CMU est en effet opérateur de l'Etat pour l'action n° 1 du programme 183 et participe à l'élaboration des PQE.

1.1. Le nombre de bénéficiaires de la CMU-C

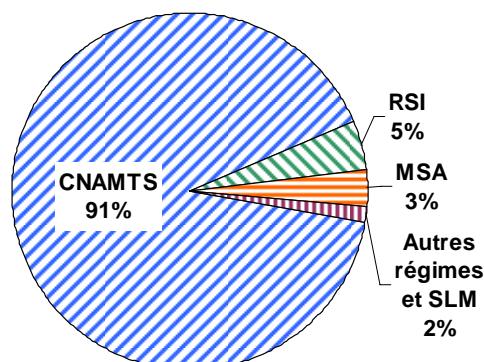
Au 31 décembre 2008, on compte 4 174 753 bénéficiaires de la CMU complémentaire, tous régimes confondus et sur l'ensemble du territoire, métropole et DOM.

1.1.1. La répartition des bénéficiaires de la CMU-C

▪ *Les bénéficiaires par régimes*

Pour l'ensemble des régimes et pour la métropole et les départements d'outre-mer, la plupart des bénéficiaires de la CMU-C, 91 %, dépendent du régime général de sécurité sociale.

	Effectifs	Pourcentage
CNAMTS	3 788 693	91%
RSI	194 100	5%
MSA	128 562	3%
Autres régimes et SLM	63 398	2%
Total	4 174 753	100%

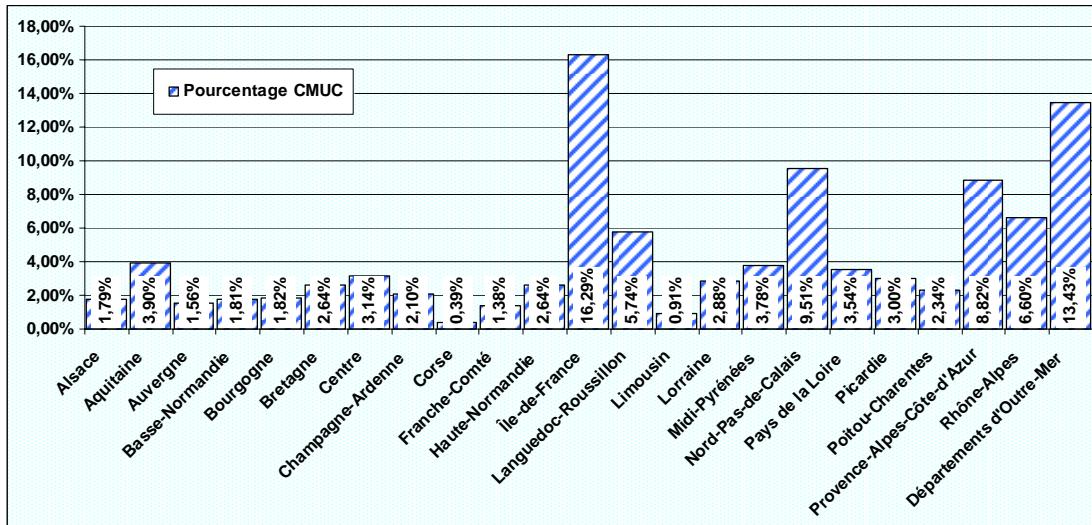


Source : tous régimes confondus

▪ *Les effectifs par régions et par départements*

Pour les trois régimes CNAMTS, RSI, MSA, métropole et DOM, l'ensemble des cinq régions, Nord-Pas-de-Calais, PACA, Languedoc-Roussillon, Île-de-France et Rhône-Alpes rassemblent 54,24 % des bénéficiaires. Avec un total de 669 630 bénéficiaires la région

Île-de-France représente presque 16,30 % des bénéficiaires. Les départements d'outre-mer représentent 2,80 % de la population mais 13,43 % des bénéficiaires de la CMU-C.



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, effectifs au 31/12/2008

Le département de la Réunion compte 282 359 bénéficiaires, soit le plus fort effectif pour l'ensemble du territoire.

Pour la métropole, les 5 premiers départements en effectifs rassemblent presque 26 % des effectifs de la CMU-C.

Num Dpt	Département	Total
59	Nord	246 624
13	Bouches-du-Rhône	198 750
75	Paris	171 713
93	Seine-Saint-Denis	152 374
62	Pas-de-Calais	144 558
Total		914 019

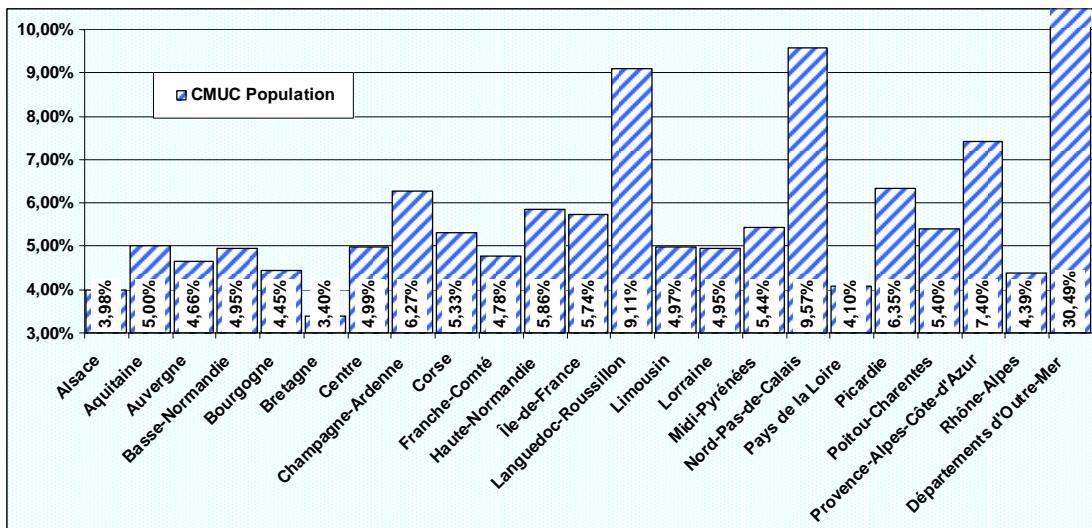
- La proportion de bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population.***

Si l'on retient les effectifs des principaux régimes (CNAMTS, RSI, MSA), pour la métropole, les effectifs au 31 décembre 2008 sont de 3 559 070 bénéficiaires, soit 5,67 % de la population.

Pour les départements d'outre-mer, la proportion de bénéficiaires de la CMU-C par rapport au nombre d'habitants est de 30,49 %.

En métropole, les proportions les plus importantes de bénéficiaires se situent dans le Nord-Pas-de-Calais, 9,57 %, le Languedoc-Roussillon, 9,11 % et la Provence-Alpes-Côte-d'Azur, 7,40 %. La proportion la plus faible se compte en Bretagne, 3,40 %.

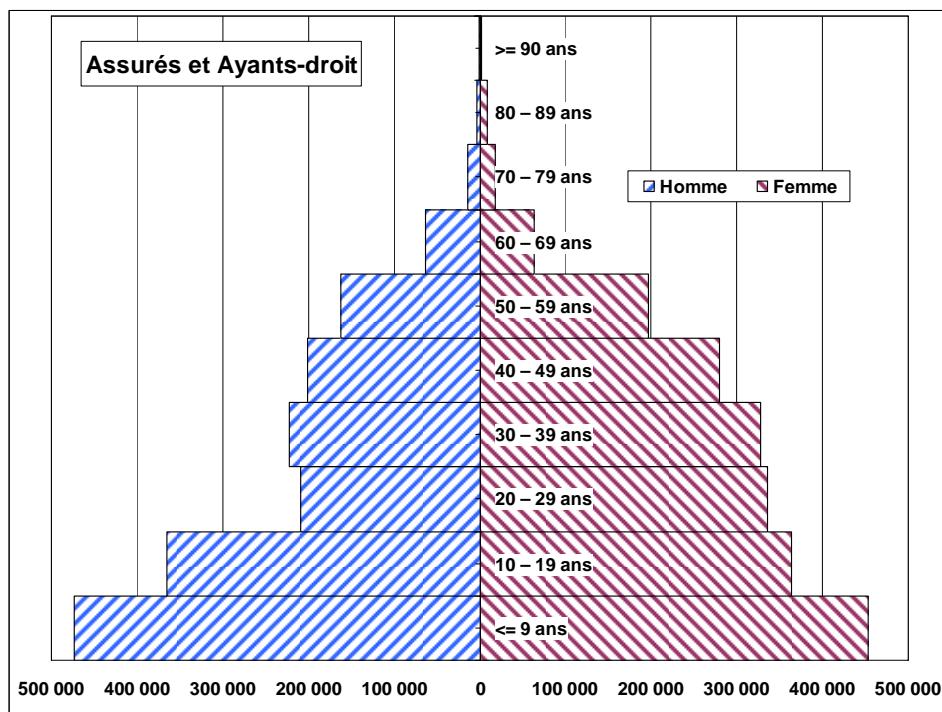
Les effectifs les plus importants sont en Île-de-France, 669 630, mais ne représentent que 5,74 % de la population de la région.



Sources : CNAME, RSI, CCMSA, effectifs au 31/12/2008

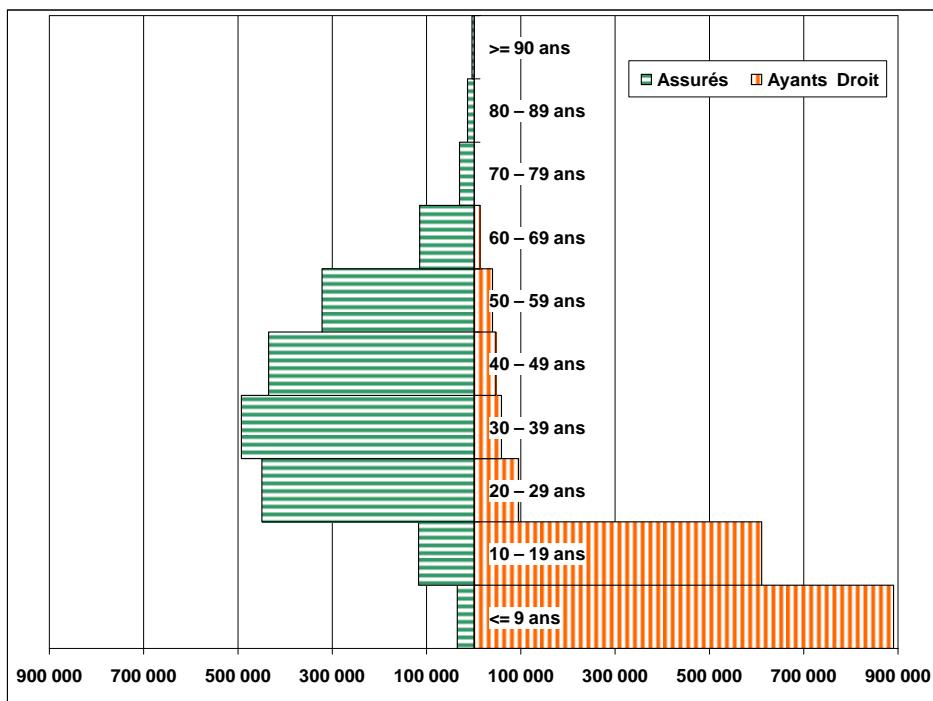
■ *La répartition des bénéficiaires par tranches d'âge et par sexe*

En se basant sur les effectifs de la CNAME au 31 décembre 2008, on constate la forte proportion de personnes de moins de 20 ans : 44 %.



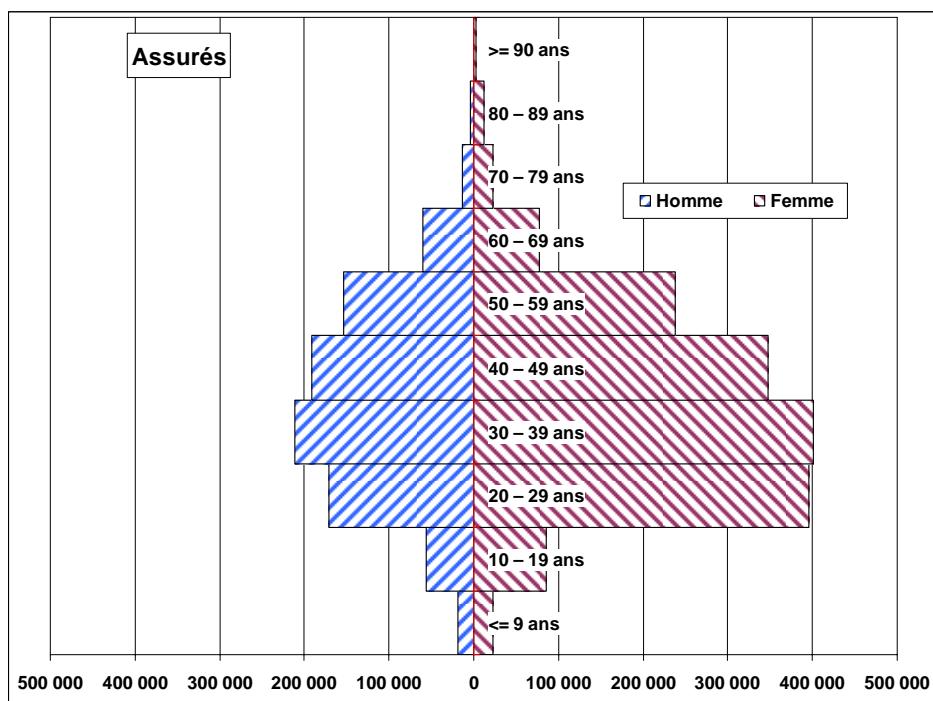
Source : CNAME

Dans ces tranches d'âge, il s'agit essentiellement d'ayants droit. La proportion d'ayants droit baisse ensuite régulièrement par tranche d'âge, jusqu'à être inférieure à 1 % après 70 ans. Les assurés se regroupent à 84,5 % d'entre eux entre 20 et 59 ans, avec un pic entre 30 et 39 ans.



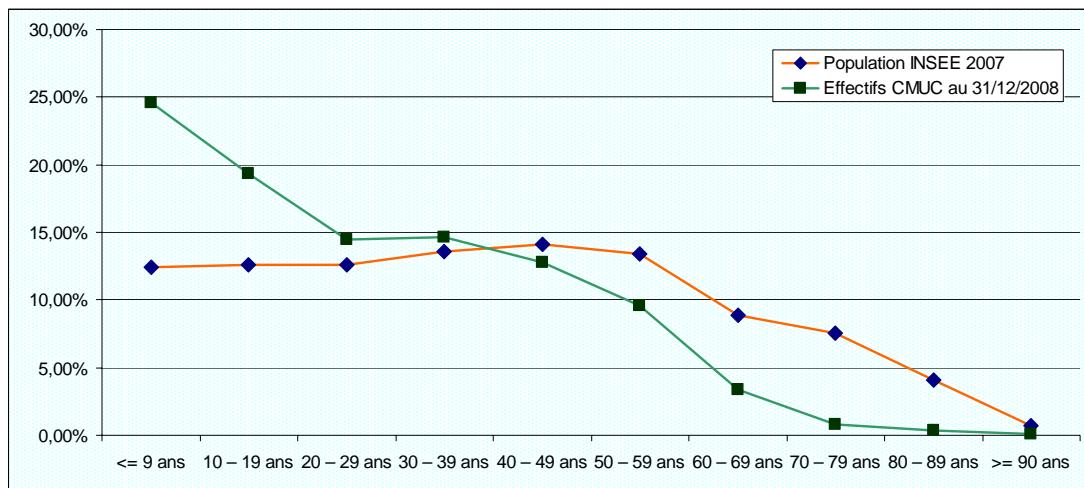
Source : Cnamts

Dans une répartition qui ne retienne que les assurés, par sexe et par tranches d'âge, les femmes sont largement majoritaires, les 20–39 étant en plus grand nombre, 49,5 % d'entre elles. Le nombre d'assurés, tout comme le nombre de bénéficiaires en règle générale, chute à partir de 60 ans. Ceci est lié au passage vers d'autres modes de revenus, qui peuvent légèrement dépasser le plafond de ressources fixé pour bénéficier de la CMU-C. Enfin, les mineurs directement assurés sont des enfants pris en charge dans le cadre de mesures liées à la protection de l'enfance.



Source : Cnamts

Les courbes de répartition des tranches d'âges par rapport à l'ensemble de la population confirment les tendances des graphiques précédents : une sur représentation des bénéficiaires de la CMU-C jusqu'à 40 ans puis une baisse vers les tranches d'âge supérieures.

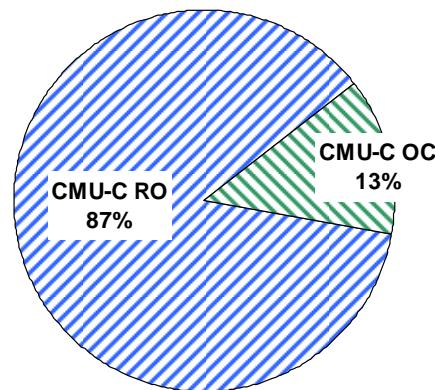


Sources : INSEE et CNAMTS

- ***La répartition entre gestion par le régime obligatoire et gestion par un organisme de complémentaire maladie***

Tous régimes confondus, métropole et DOM, la grande majorité des bénéficiaires, 87 %, confient la gestion de la CMU-C à leur régime obligatoire (CMU-C RO), plutôt qu'à un organisme de complémentaire maladie (CMU-C OC).

	Effectif
CMU-C RO	3 616 147
CMU-C OC	558 606
Total	4 174 753



Source : tous régimes confondus

En centrant cette approche sur les effectifs CNAMTS-RSI-MSA, pour les départements de la métropole, de fortes disparités dans cette répartition apparaissent. Les départements aux plus faibles effectifs affichent les proportions de CMU-C OC les plus importantes et les départements aux plus forts effectifs sont très en dessous du taux national, 1,9 % pour les Bouches-du-Rhône ou 6,3 % pour le Nord.

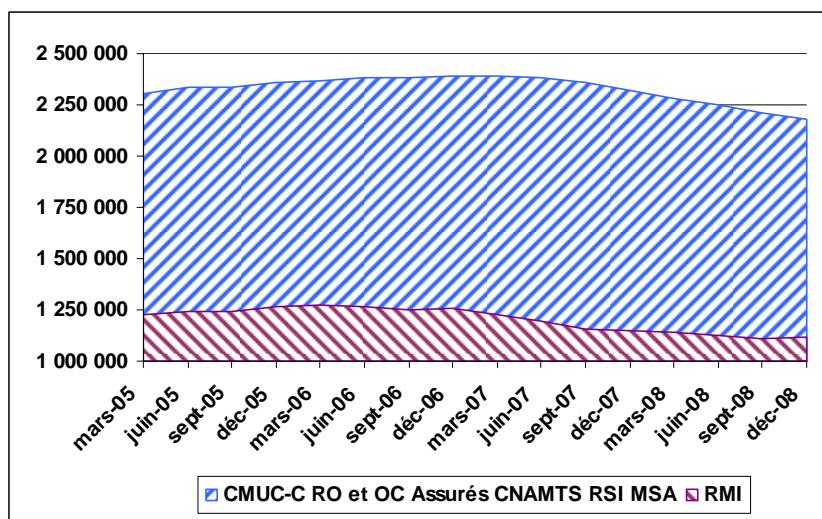
Pour les mêmes effectifs CNAMTS-RSI-MSA en métropole, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C baisse de 4,38 % entre janvier et décembre 2008. Cette baisse relève des effectifs CMU-C RO, - 5,22 %, les effectifs de la CMU-C OC augmentant de 1,41 %. Dans les DOM, la baisse des effectifs est de 5,65%, avec une répartition de - 6,02 % pour la CMU-C RO et de - 2,64 % pour la CMU-C OC.

1.1.2. La baisse des effectifs

Tous régimes confondus, les effectifs sont passés de 4 404 849 bénéficiaires au 31 décembre 2007 à 4 174 753 au 31 décembre 2008, soit une baisse de 5,22 % en 2008. Au niveau de la CNAMTS, cette baisse est de 4,38 % pour la même période.

En octobre 2008, les effectifs de la CNAMTS, pour la période 2005 à 2007, ont fait l'objet d'une rétropolation (cf. 1.1.3.). En intégrant cette nouvelle base pour recalculer le nombre de bénéficiaires tous régimes confondus, on obtient 4 508 132 bénéficiaires au 31 décembre 2006 pour 4 404 849 au 31 décembre 2007.

Cette baisse régulière se retrouve, du moins jusqu'à octobre 2008, sur l'accès au RMI depuis 2005. Sont ici retenus le nombre de dossiers pour le RMI et le nombre d'assurés pour la CMU-C pour les trois régimes CNAMTS-RSI-MSA.



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, CNAF

Cette baisse régulière et globale des bénéficiaires est liée à plusieurs facteurs, qui n'ont pas obligatoirement de rapport avec une montée du niveau de vie des personnes à faibles revenus. Les plafonds pour bénéficier des minima sociaux sont très bas.

Enfin, les chiffres de 2008 n'intègrent pas la crise économique qui s'est pleinement déclarée à partir de l'automne. Il faudra attendre l'épuisement des droits aux allocations chômage, d'ici le second semestre 2009 pour les emplois les plus précaires, jusqu'à la fin 2010 pour les personnes qui bénéficiaient de situations plus stables, pour constater une hausse consécutive sur le nombre de bénéficiaires de la CMU.

1.1.3. La rétropolation

La mise à jour du programme de dénombrement des bénéficiaires de la CMU pour la CNAMTS a eu lieu en mai 2008 et porte sur les deux points suivants :

– un bénéficiaire est désormais repéré par son matricule (ou NIR) : cet identifiant unique et stable dans le temps permet de supprimer les doubles comptes liés aux affiliations d'une même personne sur plusieurs assurés. En effet, auparavant, un bénéficiaire était repéré par le

matricule (ou NIR) de son ouvreur de droit, sa date de naissance et son rang « Laser ». Un enfant pouvait, par exemple, être rattaché à ses deux parents ;

– les indicateurs du RNIAM sont désormais utilisés : ils permettent notamment de savoir si un bénéficiaire est affilié à une caisse ou muté hors de cette caisse et de connaître la date de son affiliation ou de sa mutation. Il devient alors possible de comptabiliser les bénéficiaires de la CMU réellement affiliés dans une caisse et d'exclure des dénombrements les personnes ayant déménagé ou changé de régime de sécurité sociale.

Le premier traitement des données utilisant le nouveau programme de dénombrement des bénéficiaires de la CMU a eu lieu en mai 2008. Il fournissait les dénombrements définitifs au 29 février 2008. Pour les effectifs de janvier 2005 à janvier 2008, un coefficient correcteur a été déterminé en superposant les données de février 2008 obtenues selon l'ancien mode de requête et celles obtenues selon le nouveau, par caisse, catégorie de bénéficiaire et mode de couverture. Ces différents coefficients ont ensuite été appliqués mois par mois. L'écart entre l'ancien et le nouveau mode de requête est en moyenne de – 8,3 % pour la CMU-C RO et de – 6,8 % pour la CMU-C OC. Les études effectuées par le Fonds CMU depuis la rétropolation tiennent compte des effectifs recalculés.

1.2. Satisfaction et renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU-C

L'indicateur n°1 du programme 183 de la loi de finances se décompose en 3 sous-indicateurs :

- indice de satisfaction administrative ;
- écart de non recours au médecin et au dentiste avec les autres populations ;
- écart de santé global avec les autres populations.

		2006	2007	2008
Indice de satisfaction administrative	/10	7,20	7,14	7,08
Écart de non recours au médecin et au dentiste avec les autres populations	Point	8,45	8,05	-
Écart de santé globale avec les autres populations	Point	0,66	0,65	-

▪ *Indice de satisfaction administrative*

Le premier sous-indicateur est issu de l'enquête de satisfaction annuelle de la CNAMTS ; il représente la satisfaction des bénéficiaires relative à l'accueil et à l'efficacité des CPAM dans leurs relations avec les assurés. Cette enquête, dont l'individu statistique est un assuré de l'assurance maladie, comporte une sous-population spécifiquement identifiée comme se déclarant bénéficiaire de la CMU-C.

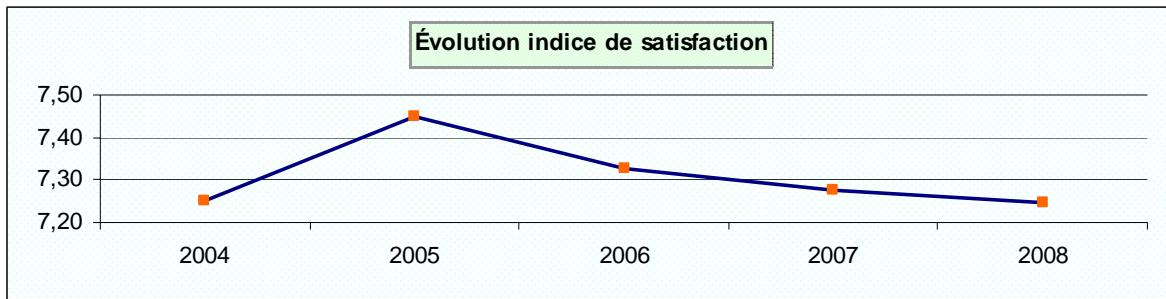
La note indiquée sur 10 représente la moyenne des notes affectées selon 5 critères :

- carte Vitale ;
- remboursements ;
- réclamations ;
- téléphone ;
- information diffusée.

La note de 2008, 7,08, s'inscrit dans la lignée d'une baisse amorcée depuis 2006.

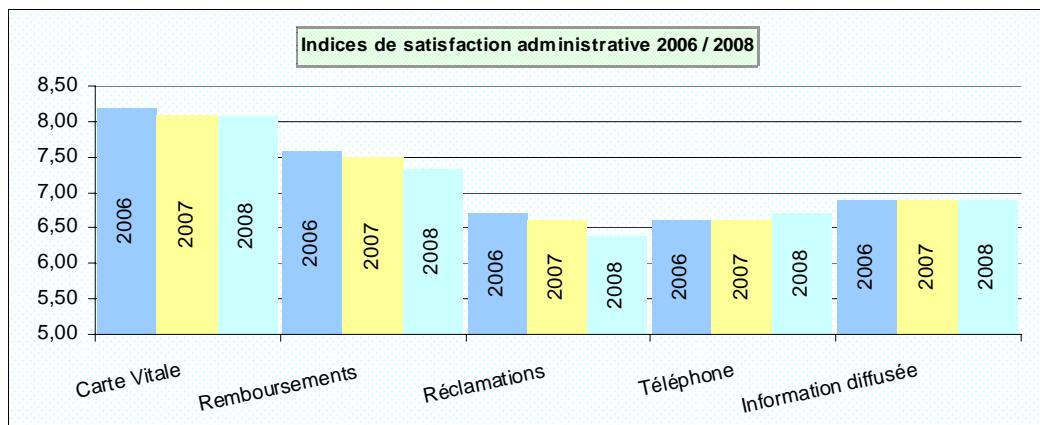
	2004	2005	2006	2007	2008
Satisfaction	7,25	7,30	7,20	7,14	7,08

Source : CNAMETS



La répartition entre les 5 critères reste la même en 2006, 2007 et 2008, avec le meilleur score sur la carte Vitale et le plus faible sur les réclamations ; une avancée est remarquée pour l'accueil téléphonique.

	2006	2007	2008
Carte Vitale	8,20	8,10	8,06
Remboursements	7,60	7,50	7,33
Réclamations	6,70	6,60	6,39
Téléphone	6,60	6,60	6,71
Information diffusée	6,90	6,90	6,89
Satisfaction administrative	7,20	7,14	7,08



Les années précédentes, la note indiquée représentait un indice de satisfaction globale. Cet indice est légèrement supérieur à la moyenne calculée désormais, mais les évolutions restent proches.

	2004	2005	2006	2007	2008
Satisfaction globale	7,77	7,90	7,90	7,55	
Moyenne 5 critères	7,25	7,30	7,20	7,14	7,08

- ***Ecart de non recours au médecin et au dentiste avec les autres populations***

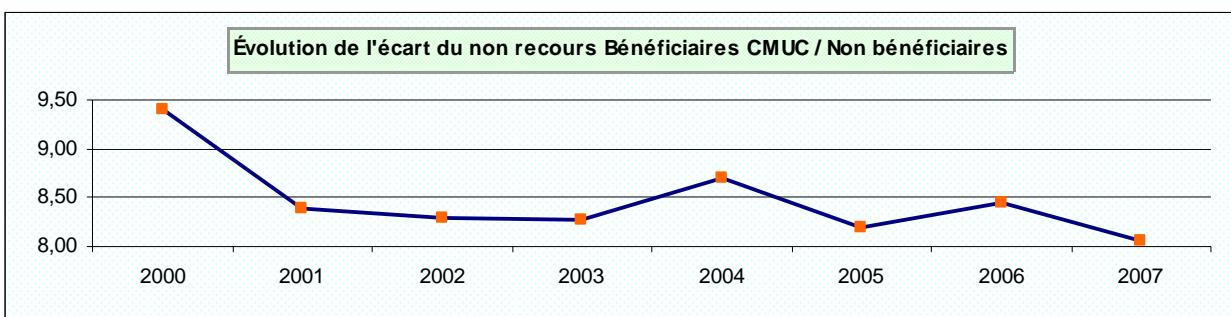
Le second sous-indicateur exprime la satisfaction « sanitaire » à travers la notion de « non-renoncement aux soins ». On suppose ici que la satisfaction sera d'autant plus grande que l'assuré n'aura pas dû renoncer à des soins, pour des raisons financières, entre autres.

Les données ont été fournies par le CETAf (Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé de la CNAMTS), sur la base des chiffres 2007. L'écart est calculé à partir des moyennes de non recours au médecin et de non recours au dentiste, pour les bénéficiaires de la CMU-C et pour les non bénéficiaires. Pour 2007, il est de 8,05.

A l'exception de 2004, l'écart de non recours entre bénéficiaires de la CMU-C et non bénéficiaires baisse régulièrement entre 2000 et 2007.

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Moyenne Non Recours	CMUC	23,12	21,33	21,26	20,37	21,03	20,22	20,25	20,05
	Non CMUC	13,72	12,95	12,97	12,11	12,33	12,02	11,80	12,00
	Écart	9,41	8,39	8,29	8,27	8,70	8,20	8,45	8,05

Source : CETAf



Entre 2000 et 2007, la baisse du taux de non recours est nettement plus accentuée pour les bénéficiaires de la CMU-C.

		2000	2007	Évolution
Moyenne Non Recours	CMUC	23,12	20,05	-3,07
	Non CMUC	13,72	12,00	-1,72
	Écart	9,41	8,05	-1,36

Dans le détail en 2007, le non recours au dentiste est plus important que le non recours au médecin pour l'ensemble de la population, mais il est encore plus élevé, pour les bénéficiaires de la CMU-C.

2007	CMUC	Non CMUC	Écart
Non recours Médecin	10,30	5,60	4,70
Non recours Dentiste	29,80	18,40	11,40
Moyenne Non Recours	20,05	12,00	8,05

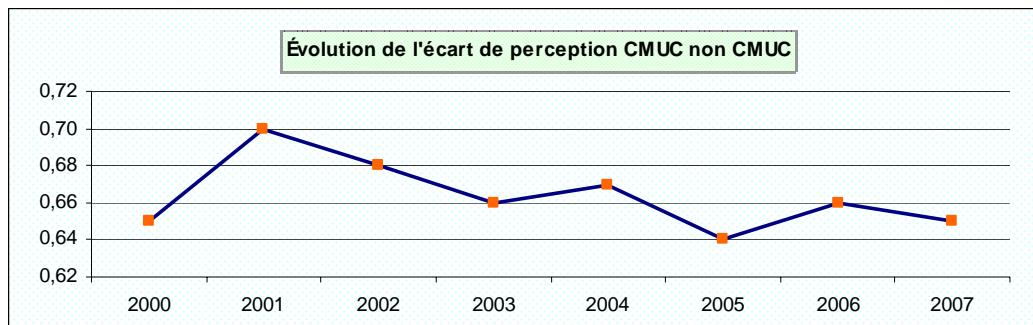
- ***Ecart de santé avec les autres populations***

Ce sous-indicateur est déterminé par l'écart entre la note moyenne de santé perçue, établie par le CETAF, pour les bénéficiaires de la CMU-C et la même note moyenne pour les autres consultants des examens de santé. Ces notes, sur 10, retracent l'état de santé réel des individus et leur place par rapport au système et à l'offre de soins, par une mesure de satisfaction sanitaire fondée sur la santé perçue à travers une note sur 10. Comme pour le renoncement aux soins, ces chiffres sont disponibles à la fin de l'année n pour l'année n-1, donc fin 2008 pour l'année 2007.

L'écart oscille toujours entre 0,64 et 0,70 entre la population des non bénéficiaires de la CMU-C et celle des bénéficiaires. En 2007, il se situe à 0,65, ce qui correspond à l'un des meilleurs scores connus.

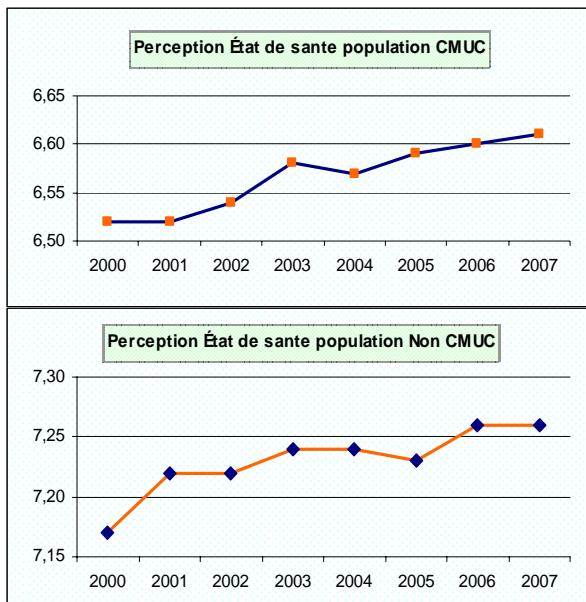
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Écart	0,65	0,70	0,68	0,66	0,67	0,64	0,66	0,65

Source : CETAF



Concomitamment, les notes de satisfaction sanitaire augmentent régulièrement pour les deux catégories de population.

Note de santé	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
	CMUC	6,52	6,52	6,54	6,58	6,57	6,59	6,60
Non CMUC	7,17	7,22	7,22	7,24	7,24	7,23	7,26	7,26



1.3. Implication des organismes complémentaires dans la gestion de la CMU-C

Cet indicateur représente le rapport entre le chiffre d'affaires des OC inscrits sur les arrêtés préfectoraux regroupant les organismes volontaires à la gestion de la CMU-C et celui de l'ensemble des OC cotisant au Fonds CMU.

Le bond de 2008, 86,6 % par rapport à 52,6 % en 2007, est lié au fait qu'il avait été annoncé, qu'à compter du 1^{er} janvier 2008, la gestion de la CMU-C deviendrait l'un des critères qui permet l'exonération du paiement de l'impôt sur les sociétés et de la taxe professionnelle sur le chiffre d'affaires santé pour les OC.

2005	2006	2007	2008
52,4%	52,7%	52,6%	86,6%

Source : déclarations des OC

La répartition entre les différents types d'organismes complémentaires montre les plus fortes évolutions pour les mutuelles et les institutions de prévoyance.

	2005	2006	2007	2008
Mutuelle	52,1%	52,3%	51,9%	89,9%
Assurance	68,6%	68,1%	67,1%	80,3%
Institution de Prévoyance	31,1%	31,9%	33,9%	85,2%
Total CA	52,4%	52,7%	52,6%	86,6%

Les chiffres d'affaires des seuls OC inscrits sur les listes préfectorales pour gérer des contrats CMU se répartissent, en 2008, à 58,8 % pour les mutuelles, 23,8 % pour les assurances et 17,4 % pour les institutions de prévoyance.

	2005	2006	2007	2008
Mutuelle	7 535 314 679	8 004 558 318	8 284 704 365	14 778 933 385
Assurance	3 970 270 934	4 317 329 302	4 511 820 808	5 968 958 842
Institution de Prévoyance	1 314 824 691	1 397 386 403	1 591 845 825	4 377 685 161
Total CA	12 820 410 304	13 719 274 023	14 388 370 998	25 125 577 388

Pour rappel, les années précédentes, le ratio se calculait à partir du rapport du nombre d'OC inscrits sur les arrêtés préfectoraux, regroupant les organismes volontaires à la gestion de la CMU-C, avec le nombre d'OC cotisant au Fonds CMU. En ce cas, les chiffres sont les suivants.

2005	2006	2007	2008
26,5%	25,5%	25,0%	63,6%

Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C gérés par les OC n'évoluent pas, pour leur part, d'une manière significative.

1.4. Les contrôles du dispositif CMU

Les résultats sont statistiquement significatifs mais ne portent pas sur l'ensemble des CPAM (90 organismes sur 132), compte tenu du délai très contraint de remontée des données par les caisses, et ils ne sont issus que de la CNAMTS, ils ne couvrent donc pas tous les régimes de sécurité sociale.

Ces données sont également transmises pour la première fois au Fonds CMU. Elles ne seront donc comparables qu'à partir de 2009.

	2008
Contrôle des ressources – Taux de divergence	4,54%
Contrôle carte Vitale – Taux de divergence	0,82%

Source : CNAMTS

- *Rapport entre le nombre de divergences constatées entre les ressources déclarées et le nombre de contrôle sur les ressources effectués auprès de la direction générale des impôts (DGI) ou de la CAF*

Le taux de divergence de 4,54 % est à mettre en rapport avec un taux de contrôle des dossiers proche des 80 %.

Contrôle des ressources – Taux de contrôle (A/B)	78,96%
Contrôle des ressources – Taux de divergence (C/A)	4,54%

Pour mieux comprendre le taux de 4,54 % (54 966 dossiers en divergence), il conviendrait toutefois de mieux connaître leur nature et leur montant ainsi que l'intention de l'usager. En effet, il faut tenir compte des particularités des personnes qui déposent un dossier de demande de CMU, notamment, pour certaines, de leur capacité à appréhender le langage administratif.

A	Nombre de contrôles auprès de la CAF et de la DGI	1 209 716
B	Nombre de dossiers de bénéficiaires de la CMUC	1 532 073
C	Nombre de divergences par rapport aux ressources déclarées	54 966

- *Rapport entre le nombre de divergences constatées entre le nombre de bénéficiaires à consommation atypique et le nombre total des bénéficiaires de la CMU-C ayant fait l'objet d'un contrôle de carte Vitale*

Le taux de divergence est très faible, pour un taux de signalement qui l'est également. Pour obtenir ce chiffre il était également nécessaire de ne pas retenir le seuil de consommation de soins > 1000 € initialement prévu, sinon les résultats auraient été voisins de 0.

Contrôle carte Vitale – Taux de signalement (D/E)	1,22%
Contrôle carte Vitale – Taux de divergence (F/D)	0,82%

Le nombre total de bénéficiaires pour cette étude est de 2 107 052, ce qui correspond à 54 % des bénéficiaires de la CMU-C suivis par la CNAMTS (3 882 898 en moyenne pour l'année 2008, d'après les évaluations au 1^{er} février 2009).

Les chiffres transmis peuvent constituer un échantillon représentatif. Dans ces conditions, les 210 bénéficiaires ayant fait l'objet de facturations incohérentes, et participant au taux de 0,82 % de divergence, sont similaires au très faible taux de fraude établi par ailleurs concernant la consommation de soins pour les bénéficiaires de la CMU-C. Il faut également tenir compte du fait que ces anomalies peuvent être liées à des erreurs de manipulation et que la fraude peut également être le fait d'un professionnel de santé, à l'insu du patient.

En conclusion, il reste bien établi que le coût de la lutte contre la fraude à la CMU-C ne se rentabilise pas financièrement. Son principal intérêt reste donc de maintenir la confiance des citoyens en un système de solidarité particulièrement symbolique, en prouvant que la fraude n'est qu'un phénomène très à la marge.

D	Nombre de bénéficiaires CMU-C ayant fait l'objet d'un signalement de carte Vitale opposable	25 695
E	Nombre total de bénéficiaires CMU-C	2 107 052
F	Nombre de bénéficiaires CMU-C ayant fait l'objet de facturations incohérentes	210

1.5. Les dépenses des bénéficiaires de la CMU-C

La dépense totale de CMU complémentaire évolue faiblement. Sur la base de la dépense réelle de la CNAMTS, en métropole, on observe une évolution de 3,3 % entre 2006 et 2007 (évolution de l'ONDAM : 4,2 %). Les prévisions pour la dépense totale réelle 2008 laissent même envisager une baisse. Il est donc clair qu'aucune dérive n'existe en matière de dépenses de CMU complémentaire. Sur les seules données en trésorerie, l'année 2008 fait apparaître un recul des dépenses de la CNAMTS de - 4,28 %, à 1 410 M€, chiffre, il est vrai, tiré vers le bas par la baisse des effectifs.

1.5.1. Les indicateurs de la loi de finances

Cet indicateur est composé de trois sous-indicateurs :

- l'écart de la dépense totale (soins de ville et hôpital) moyenne entre les bénéficiaires de la CMU-C et les autres assurés (hors ALD), avec une année de décalage, tenant compte des délais de transmission des informations par les hôpitaux ;
- l'écart de la dépense en ville des 9 premiers mois de l'année passée entre ces deux mêmes populations ;
- l'évolution de la part complémentaire moyenne de la dépense d'un bénéficiaire de la CMU-C.

	2005	2006	2007	2008
Ecart dépense ville + hôpital n-1	%	63	68	68
Ecart dépense ville n	%	21	27	27
Évolution part complémentaire	%	-	6,59	3,91

Source : CNAMTS

▪ *Écart sur la dépense totale année n-1*

L'écart est identique pour 2006 et 2007. En moyenne, à âge et sexe identique, un bénéficiaire de la CMU-C a une dépense supérieure de 68 % à celle d'un assuré hors CMU-C.

	2005	2006	2007
Ecart dépense ville + hôpital n-1	%	63	68

Les calculs sont effectués sur un échantillon, EPAS, au 1/600^{ème}.

Un bénéficiaire est considéré comme n'étant pas en ALD s'il n'a eu aucun remboursement avec exonération du ticket modérateur pour cause d'ALD au cours de l'année 2007.

Un bénéficiaire est considéré comme affilié à la CMU-C s'il a eu au moins un remboursement en tant que bénéficiaire de la CMU-C au cours de l'année 2007.

La structure d'âge par tranches de 10 ans (les 60 ans et plus étant regroupés en une tranche) et sexe des bénéficiaires de la CMU-C est appliquée aux non bénéficiaires pour calculer le ratio.

- **Écart sur la dépense en soins de ville, sur les 9 premiers mois de l'année n**

L'écart (+ 27 %) reste stable depuis 2006 sur la dépense de soins de ville.

		2005	2006	2007	2008
Ecart dépense ville n	%	21	27	27	27

Il est important de noter que ces indicateurs sont dépendants des variations marginales de consommation des bénéficiaires les plus gravement malades et précaires, tant il est vrai que la maladie peut provoquer un déclassement social : les plus malades présentent un risque d'exclusion accru et se retrouvent surreprésentés dans la prestation CMU. On concevra ainsi facilement qu'un sans domicile fixe présente des pathologies dont la gravité est bien supérieure à la moyenne de la population, à pathologie égale. Cette propension au fort risque génère nécessairement une surconsommation de soins, tant en ville qu'à l'hôpital : c'est ce que montre principalement le dernier décile des plus grands consommateurs bénéficiaires de la CMU-C.

Dans le détail, certains écarts par principaux postes peuvent légèrement varier entre 2007 et 2008. Entre 2007 et 2008, les variations les plus remarquables se situent au niveau des transports, des soins infirmiers et des visites, ces deux derniers présentant par ailleurs les écarts les plus importants.

Postes	Ratio 9 mois 2007	Ratio 9 mois 2008	Variation 2007/2008
Consultations des omnipraticiens	1,58	1,58	0,00
Consultations des spécialistes et des autres praticiens (*)	0,84	0,85	0,01
Visites (y compris frais de déplacement)	2,14	2,30	0,16
Actes techniques (y compris radiologie)	1,02	1,02	0,00
Forfaits techniques (IRMN, scanner, ...)	0,96	1,04	0,08
Honoraires dentaires	1,30	1,26	-0,04
Actes des infirmiers (y compris frais de déplacement)	1,41	1,60	0,19
Actes des kinésithérapeutes (y compris frais de déplacement)	0,90	0,91	0,01
Actes des orthophonistes (y compris frais de déplacement)	1,06	1,15	0,09
Actes des autres auxiliaires médicaux (y compris frais de déplacement)	0,72	0,71	-0,01
Biologie	1,20	1,20	0,00
Pharmacie	1,41	1,40	-0,01
LPP	1,13	1,18	0,05
Transports	2,08	2,42	0,34
Total Soins de ville	1,27	1,27	0,00

(*) Autres praticiens : neuropsychiatres, dentistes, sages-femmes, médecine hospitalière

- **Évolution de la part complémentaire moyenne de la dépense d'un bénéficiaire de la CMU-C**

La faible évolution entre 2007 et 2008 est vraisemblablement liée à une baisse de la dépense hospitalière. Mais l'exercice 2008 est calculé sur la base de la dépense réelle au titre de l'exercice et d'une évaluation de ce qui sera réglé en 2009 au titre des exercices antérieurs. Un rattrapage de la dépense hospitalière pourrait donc tout à fait s'opérer en 2009 pour l'année 2008, voire 2007. Cette faible évolution n'est donc à retenir qu'avec précaution.

		2005	2006	2007	2008
Coût moyen	€	359,28 €	382,94 €	397,93 €	410,27 €
Évolution part complémentaire	%	-	6,59	3,91	3,10

Source : CNAMTS

L'évolution plus forte entre 2005 et 2006 doit tenir compte d'un important rattrapage de la dépense hospitalière, y compris sur des exercices antérieurs jusqu'à n-2 à n-3. Dans ces conditions, l'évolution négative pour la dépense hospitalière de 2007 manque de sens et la reprise de l'évolution positive pour 2007/2008 ne sera vraiment significative qu'à l'issue des paiements effectués en 2009 au titre des exercices antérieurs. L'évolution de la dépense de ville, importante entre 2005/2006 et 2006/2007, inclut la revalorisation des forfaits dentaires et d'orthodontie. Pour ces années 2006 et 2007, l'augmentation de ces forfaits explique près de la moitié de l'évolution de la dépense de ville.

La répartition ville/hôpital pour 2008 est faite en tenant compte des provisions 2009 au titre de l'exercice antérieur. La provision a été répartie entre ville et hôpital sur la base d'un rapport 40 % ville/60 % hôpital, ce qui correspond à la moyenne des répartitions des dépenses au titre des exercices antérieurs de 2005 à 2007. Ces deux lignes calculées ont été ajoutées aux deux lignes ville et hôpital de la dépense 2008 au titre de l'exercice, puis divisées par la moyenne des effectifs sur l'année 2008.

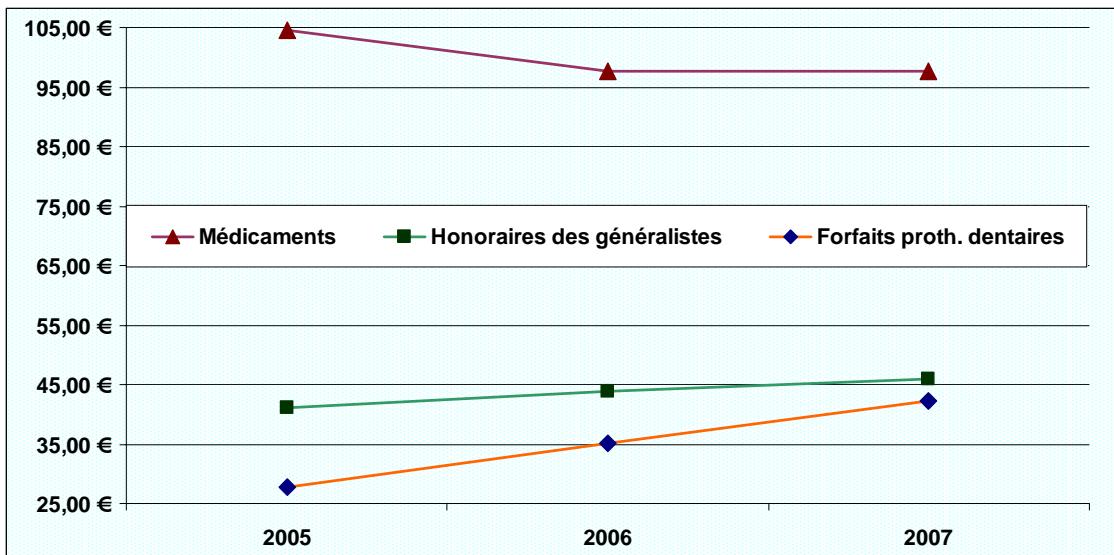
	2005	2006	Évolution%	2007	Évolution%	2008	Évolution%
Ville	269,52 €	278,81 €	3,45	293,88 €	5,40	300,89 €	2,39
Hôpital	89,76 €	104,13 €	16,01	104,06 €	-0,07	109,38 €	5,12

Pour la dépense de ville, les médicaments, les honoraires des généralistes et les forfaits pour les prothèses dentaires sont les trois principaux postes et représentent plus de 60 % à eux trois.

	2005	2006	2007
Ville	269,52 €	278,81 €	293,88 €
Médicaments	104,65 €	97,66 €	97,54 €
Honoraires des généralistes	41,04 €	43,91 €	45,94 €
Forfaits proth. dentaires	27,85 €	35,17 €	42,33 €
Total des trois postes	173,54 €	176,75 €	185,81 €
Pourcentage Dépense Ville	64,4%	63,4%	63,2%

De 2005 à 2007, la dépense pour les médicaments baisse. La dépense pour les généralistes augmente, mais en tenant compte de l'augmentation des tarifs de consultations. La dépense

pour les forfaits prothèses dentaires augmente plus rapidement, mais essentiellement en relation avec l'augmentation du forfait.



Source : CNAMTS

Les montants pour la dépense individuelle sont calculés sur la base de la dépense annuelle divisée par l'effectif moyen de l'année concernée. Les effectifs ont été rétropolés, en octobre 2008, pour les années 2005, 2006 et 2007, entraînant une baisse pouvant aller jusqu'à -8 %. De ce fait, la dépense individuelle pour chacune de ces trois années est supérieure à celle communiquée antérieurement à la rétropolation.

1.5.2. Structure des dépenses de CMU complémentaire

La dépense de CMU-C est analysée en date de soins, à partir des données communiquées par les différents régimes obligatoires. Ces données sont donc calculées pour l'année n-2, les dépenses payées pour l'exercice n'étant pas encore disponibles pour n-1.

CNAME	Dépenses	Montants unitaires			Croissance	
		2007	2005	2006	2007	2006
Métropole						
Effectifs		3 107 619	3 142 286	3 129 463	1,10%	-0,41%
Total	1 266 546 784,10 €	364,58 €	390,25 €	404,72 €	6,58%	3,57%
Ville	926 401 903,89 €	271,30 €	280,57 €	296,03 €	3,30%	5,22%
Hôpital	340 144 880,21 €	93,27 €	109,68 €	108,69 €	14,96%	-0,91%

Source : CNAMTS

La dépense est ventilée dans un premier temps entre les dépenses de ville et les dépenses hospitalières, puis en sous comptes plus détaillés (cf. annexe 7 pour le détail).

A titre d'exemples : la répartition Ville/Hôpital, pour la dépense CNAMTS en 2007 est de 73 % et de 27 % ; le médicament représente 33 % de la dépense de ville.

La dépense retenue, quels que soient les régimes, ne concerne que la métropole. En effet les remontées statistiques pour les DOM, pour certains régimes, ne permettent pas d'effectuer des comparaisons fiables.

Pour les évolutions détaillées, il faut retenir que 2006 a connu une augmentation des forfaits dentaires CMU-C, ce qui explique l'évolution forte par rapport à 2005, ainsi qu'un rattrapage sur la dépense hospitalière, au titre des exercices antérieurs. De ce fait, la baisse de dépense hospitalière pour 2007 ne signifie pas une baisse de la quantité de soins.

Les effectifs retenus pour calculer la dépense individuelle représentent les moyennes des effectifs de la métropole sur les 12 mois de chacune des années concernées. Ils tiennent également compte des rétropolations effectuées fin 2008 sur les effectifs de 2005 à 2007 pour la CNAMTS.

Métropole / Année 2007	CNAMTS	RSI	MSA	CNAMTS/RSI	CNAMTS/MSA
Effectifs	3 129 463	141 457	113 263		
Total	404,72 €	317,22 €	366,49 €	78,38%	90,55%
Ville	296,03 €	257,77 €	292,92 €	87,08%	98,95%
Hôpital	108,69 €	59,45 €	73,57 €	54,69%	67,69%

Source : CNAMTS, RSI, CCMSA

Les dépenses comparées entre la CNAMTS, le RSI et la MSA pour 2007 laissent apparaître une dépense individuelle très supérieure pour la CNAMTS.

Toutefois, l'écart le plus important se situe sur l'hôpital, la CNAMTS et la MSA se situant presque au même niveau pour la dépense de ville.

Il faut également tenir compte des particularités des populations des régimes. La CNAMTS accueille une majorité de personnes globalement en grande difficulté, donc en plus mauvaise santé et plus souvent hospitalisées.

Le RSI gère la CMU-C pour une plus grande proportion de personnes connaissant des difficultés matérielles plus ponctuelles. Pour exemple, les bénéficiaires du RSI consultent plus de spécialistes que ceux de la CNAMTS ou de la MSA, ce qui prolonge très certainement des pratiques antérieures au bénéfice de la CMU-C, liées à une meilleure condition sociale.

1.6. L'aide complémentaire santé

1.6.1. Montée en charge de l'ACS

Le nombre de bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé constitue un des indicateurs du programme de qualité et d'efficience « Maladie » (PQE) annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). Cet indicateur est rattaché à l'objectif n° 1 du PQE : « Assurer un égal accès aux soins ». Il s'agit plus précisément de l'indicateur n° 1-3 qui vise à suivre le recours à une complémentaire santé pour les plus démunis.

Dans ce cadre sont pris en compte les 2 indicateurs : le nombre de bénéficiaires d'attestations délivrées par les caisses d'assurance maladie et le nombre de bénéficiaires ayant utilisé l'attestation.

Le suivi de la montée en charge du dispositif met en évidence les chiffres suivants :

	Nombre de bénéficiaires d'attestations délivrées par les caisses d'assurance maladie	Nombre de bénéficiaires ayant effectivement utilisé l'attestation	Coût pour le Fonds CMU	Montant moyen déduction annuelle
févr-07	89 638 (*)	244 662	12 920 782 €	211 €
mai-07	217 416	275 472	14 887 015 €	216 €
août-07	338 734	304 774	16 597 216 €	218 €
nov-07	461 956	329 669	17 939 202 €	218 €
déc-07	511 119	—	—	—
févr-08	89 920 (*)	360 095	20 036 646 €	223 €
mai-08	231 416	382 069	21 047 049 €	220 €
août-08	355 328	410 262	22 590 922 €	220 €
nov-08	541 143	441 948	24 273 362 €	220 €
déc-08	596 626	—	—	—

Source : déclarations des organismes complémentaires au Fonds CMU, données CNAMTS, CCMSA, RSI

* Remise à 0 des décomptes au 1^{er} janvier

La délivrance des attestations d'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé tous régimes confondus est en augmentation de 16,7 % en 2008 par rapport à 2007. Les attestations délivrées couvrent 596 626 personnes.

Pour la CNAMTS, le nombre de personnes ayant bénéficié d'une attestation s'élève à 549 141 (+ 17 % par rapport à 2007), pour le RSI à 16 773 (+ 20 %), pour la CCMSA à 30 712 correspondant à une augmentation de 9 %.

Début 2008, l'attestation de droits a été remplacée par une « attestation chèque ». Il s'agissait en effet de créer un effet incitatif sur l'adhésion des bénéficiaires.

Au niveau de la CNAMTS, au global, on a constaté une accélération des ouvertures de droits à compter de septembre 2008 (autour de 53 000 mensuelles en moyenne, chiffre à comparer aux 40 000 constatées en moyenne sur la même période un an plus tôt). Cette accélération correspond à celle des envois des « courriers issus des fichiers CAF » par les CPAM, dont il ressort qu'une proportion importante a été effectuée entre septembre et octobre.

En effet, une expérimentation développée dans le département de l'Isère, visait à rapprocher les fichiers CAF et CPAM pour les titulaires des minima sociaux (Allocation aux adultes handicapés, Allocation de parent isolé) et les bénéficiaires d'aides au logement - ces personnes présentant des niveaux de ressources correspondant aux publics éligibles à l'ACS. Il a été procédé à une généralisation de la démarche sur l'ensemble du territoire, à compter du mois de mai 2008. La population concernée était estimée à 650 000 assurés.

Selon le bilan présenté par la CNAMTS, à fin novembre 2008, 469 781 courriers ont été envoyés par 97 caisses dans ce cadre. Le taux de retour de demande d'ACS ressort à 13 %. Ces résultats selon la CNAMTS sont encore provisoires, eu égard au phasage de l'envoi des courriers et au nombre important restant à envoyer.

D'après les données de la CNAMTS, 25 % des attestations délivrées concernent des renouvellements de droit (24 % des bénéficiaires). Toutefois, ce chiffre est minoré dans la mesure où certaines caisses (ayant attribué autour de 10 % des attestations) ne renseignent toujours pas cette rubrique.

En outre, les données disponibles montrent que 35 % des demandeurs ont vu leur droit à l'ACS refusé (essentiellement du fait de ressources supérieures au plafond).

La structure par âge des bénéficiaires d'attestations du régime général est stable entre 2007 et 2008 :

	Année 2008	Année 2007
Moins de 25 ans	35 %	37 %
Entre 25 et 59 ans	45 %	43 %
Plus de 60 ans	20 %	20 %

Source : CNAMTS

S'agissant de l'utilisation des attestations, le nombre de personnes ayant eu recours à leur droit (selon les déclarations des organismes complémentaires reçues au Fonds CMU) s'élève à 441 948 au 30 novembre 2008 (329 669 au 30 novembre 2007, soit une augmentation de 34 %). Le taux d'utilisation des attestations ressort désormais à près de 75 %. Ce chiffre s'établissait à 65 % fin 2007.

Parmi ces bénéficiaires, 74 % ont fait valoir leur droit auprès d'une mutuelle, 23 % auprès d'une société d'assurance et 3 % dans une institution de prévoyance.

Le Fonds CMU, avec la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), a demandé à huit mutuelles (échantillon représentant 37 000 bénéficiaires à la fin 2006) d'étudier, dans leur portefeuille, le devenir des bénéficiaires d'une ACS de la fin 2006. De cette étude, il ressort qu'une année après :

- 14 % ont quitté leur mutuelle, ce taux correspond au taux de rotation ordinaire du portefeuille d'une mutuelle ;
- 12 % sont désormais bénéficiaires de la CMU-C dans l'organisme ;
- 38 % restent titulaires de l'ACS dans la mutuelle ;
- 36 % bénéficient d'un contrat conclu avec le même organisme de santé complémentaire mais sans bénéficiaire d'une ACS.

En conséquence, 86 % des bénéficiaires d'une ACS conservent une complémentaire santé auprès du même organisme un an après.

1.6.2. Enquête prix/contenu sur les contrats ACS

L'étude annuelle sur les contrats de complémentaire santé ayant ouvert droit à l'aide complémentaire santé (ACS) contribue à dresser un panorama de la complémentaire santé. L'étude 2007, effectuée dans la continuité de celle de 2006 s'est basée sur la réponse de 53 OC couvrant 60 % des bénéficiaires de l'ACS (près de 120 000 contrats et 200 000 bénéficiaires). Pour plus de précisions sur les résultats, le lecteur est invité à consulter le rapport disponible en ligne sur le site du Fonds CMU.

On notera que les résultats obtenus confortent les conclusions tirées des deux enquêtes précédentes sur le sujet.

Dans les organismes complémentaires (OC) enquêtés, chaque contrat couvre, en moyenne, 1,7 personnes. Les contrats couvrant une seule personne représentent 70 % des contrats et 40 % des bénéficiaires.

Le prix annuel moyen du contrat (couvrant 1,7 personnes) est de 722 €(+ 4,3 % par rapport à 2006). L'ACS prend en charge 50 % du prix de la complémentaire santé. Le dispositif laisse à la charge des foyers bénéficiaires 356 €par an, montant qui représente 3,9 % de leur revenu annuel. Ce pourcentage correspond au « taux d'effort » de ces ménages pour acquérir leur complémentaire santé. Ce taux d'effort est proche de celui de 3,5 % observé par l'IRDES dans son enquête santé protection sociale 2006 (ESPS) concernant les ménages dont le revenu excède celui donnant droit à l'ACS.

Restes à charge et taux d'effort sont calculés par rapport à l'acquisition d'une complémentaire santé : la complémentaire santé peut laisser elle-même à la charge des ménages des dépenses de santé non remboursées, non négligeables.

Au-delà de ces résultats globaux, l'impact de différents facteurs (taille de la famille, âge du souscripteur du contrat, niveau de garantie) sur le niveau de prix des contrats, le montant et le taux de reste à charge (RAC) et le taux d'effort ont été mesurés. L'importance relative de ces différents facteurs a également été évaluée.

- ***Impact de la taille de la famille***

Les analyses montrent que le prix du contrat augmente avec le nombre de bénéficiaires de celui-ci (ainsi le passage de une à deux personnes couvertes amène une augmentation se situant autour de 50 % du prix du contrat). Toutefois, cette augmentation a tendance à être de plus en plus faible à mesure que le nombre de personnes couvertes augmente.

On constate que le taux d'effort diminue régulièrement avec le nombre de personnes couvertes pour atteindre 2,2 % dans les foyers dont la taille est la plus importante. En effet, contrairement à l'aide, le prix du contrat ne suit pas linéairement l'augmentation du nombre de personnes couvertes (des dispositions favorisant généralement les familles avec enfants). À partir de 3 bénéficiaires par contrat, on peut supposer qu'il s'agit généralement de familles avec enfants. L'ACS est donc un dispositif qui aide particulièrement les familles avec enfants.

- ***Impact de l'âge des bénéficiaires***

Les analyses menées sur les contrats couvrant une personne (seule l'information relative à l'âge du souscripteur est fournie) montrent que le prix est bien une fonction croissante de l'âge. La hausse est assez linéaire avant 60 ans (entre 15 % et 19 %). L'augmentation la plus marquante demeure celle constatée entre la classe des 50-59 ans et celle des 60 ans et plus (près de 37 %).

Avec l'âge, le taux d'effort augmente toujours progressivement, exception faite du passage de la tranche des « 16-24 ans » à celle des « 25-29 ans » (effet du montant différencié de l'ACS qui passe de 100 à 200 euros). On observe un taux d'effort similaire sur les deux dernières tranches d'âge (« 50-59 ans » et « 60 ans et plus ») et ce taux est le plus élevé constaté. C'est pour ces ménages que le poids de la complémentaire santé par rapport à leur revenu est donc le plus lourd. Le montant qui reste à payer une fois l'aide déduite (montant de RAC) est en effet très proche entre ces deux classes d'âge (349 contre 352 €). En l'espèce, la « surprime » ou « sur cotisation » payée par les plus âgés par rapport aux « 50-59 ans » (+ 36 %) est en moyenne compensée par un montant plus important de l'ACS (400 euros contre 200 euros pour les « 50-59 ans »).

- ***Impact du niveau de garantie***

Les contrats ont été ordonnés dans une classification établie par l'IRDES selon une logique croissante des niveaux de garantie. Les différences de prix entre les groupes de garantie sont relativement faibles. Paradoxalement, le niveau de garantie ne ressort pas comme un élément déterminant du prix du contrat. Ce résultat confirme les constats effectués dans les deux précédentes enquêtes.

- ***Impact relatif de chaque facteur***

La part de la variance expliquée par l'ensemble des facteurs déterminant le prix de vente des contrats est élevée (75,6 %), ce qui démontre la bonne qualité du modèle.

Pour expliquer le prix de vente des contrats, c'est le nombre de bénéficiaires du contrat qui ressort toujours fortement (46,3 % sur les 75,6 %), devant l'âge (25,0 %). L'impact du niveau de garantie chiffré à 2 % est très faible, malgré l'importance prêtée à cette dernière variable dans la tarification des contrats.

- *Comparaison des niveaux de garantie*

La comparaison entre les niveaux de garantie des contrats ayant bénéficié de l'ACS par rapport aux autres contrats individuels montre, de façon encore plus nette que dans l'étude 2006, que les personnes bénéficiant de l'ACS souscrivent des contrats globalement de niveau inférieur à celui des autres contrats individuels.

Enfin, à partir des données fournies par les OC, on constate que 58 % des personnes enquêtées n'avaient pas de complémentaire santé un an plus tôt. L'ACS au regard de cet indicateur apparaît comme un dispositif pouvant contribuer efficacement à un meilleur accès à la couverture complémentaire santé, un des objectifs d'ailleurs assigné au dispositif.

1.7. Le parcours de soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire

Les bénéficiaires de la CMU complémentaire sont essentiellement des personnes en situation de précarité. Or, l'accès effectif aux soins baisse avec l'augmentation du niveau de précarité mesuré. Cette tendance se confirme avec les bénéficiaires de la CMU.

- *L'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU*

Etant donné le type de pathologies dont souffrent les bénéficiaires de la CMU-C, il y a une incohérence entre leurs besoins et le taux de fréquentation de ces assurés chez des spécialistes.

Outre les renoncements aux soins pour raisons financières, les bénéficiaires de la CMU complémentaire sont également confrontés à des délais d'accès aux soins plus longs. Les causes sont diverses : recherche de professionnels acceptant de les recevoir en consultation, services de consultations externes des hôpitaux saturés, rendez-vous donnés tardivement, etc.

Cependant, bien que les délais d'accès soient allongés, les bénéficiaires accèdent aux soins. Et de plus en plus, ils y accèdent selon un parcours bien coordonné.

- *Le respect du parcours de soins par les bénéficiaires de la CMU complémentaire*

Le parcours de soins a été instauré par la loi portant réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004. Il vise à une meilleure coordination des soins.

Les bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'ACS sont incités au respect du parcours de soins coordonné comme tous les assurés. Au 31 décembre 2008, à structure d'âge et de sexe équivalente, 84,7 % des bénéficiaires de la CMU-C avaient déclaré un médecin traitant contre 83,9 % dans le reste de la population.

Les bénéficiaires d'une ACS, doivent, pour bénéficier de l'aide, souscrire à un contrat d'assurance complémentaire dit « responsable » c'est-à-dire ne couvrant pas les pénalités financières pour non respect du parcours de soins, la participation forfaitaire de 1€ et les franchises médicales.

2. LE FINANCEMENT DE LA CMU-C ET DE L'ACS

Les comptes du Fonds CMU pour l'année 2008 présentent un résultat positif de 29 millions d'euros (M€). Compte tenu du report à nouveau constaté fin 2007 (+ 53 M€), le solde cumulé au 31 décembre 2008 s'élève à 83 M€(cf. annexe 8 : présentation des résultats du Fonds).

2.1. Les recettes du Fonds CMU

Les recettes du Fonds sont constituées en 2008 d'une dotation budgétaire de l'Etat, du produit de la cotisation sur les boissons alcooliques et d'une fraction des taxes sur les tabacs, d'une dotation de l'assurance maladie destinée à financer l'aide complémentaire santé (ACS) et du produit de la contribution versée par les organismes complémentaires.

2.1.1. La dotation budgétaire de l'Etat

La part de la dotation de l'Etat finançant le Fonds CMU décroît (47 M€en 2008, programme « protection maladie » n° 183 de la loi de finances). Autrefois majoritaire dans son financement, la dotation budgétaire proprement dite est remplacée peu à peu par des taxes ou contributions affectées.

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 déséquilibre éventuel des comptes du Fonds (positif ou négatif), clos en mars de l'année n + 1, ne pourra être ajusté que lors des lois de finances adoptées ultérieurement. L'équilibre doit donc être compris comme réalisé sur plusieurs années.

2.1.2. 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 receveurs des douanes versent ces sommes directement sur le compte du Fonds par l'intermédiaire du contrôle budgétaire et comptable ministériel. Le rendement de cette cotisation est de 349 M€pour 2008 (pas de produits à recevoir contrairement à 2007).

La loi de finances pour 2006 a décidé 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 loi de finances pour 2007 a augmenté ce taux à 4,34 %. Selon le même circuit que pour la cotisation alcool, 372 M€ont alimenté le Fonds CMU à ce titre en 2008 (pas de produits à recevoir).

2.1.3. La dotation de l'assurance maladie relative à l'aide complémentaire santé

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 de cette dotation entre les régimes d'assurance maladie à la clé de répartition de la dotation globale hospitalière. Cette dotation finance l'aide complémentaire santé.

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 à l'ACS 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 à l'ACS. A l'inverse et paradoxalement, si la dotation a été sous évaluée une année donnée, elle ne sera pas régularisée l'année suivante.

La dotation est 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 2008 et de la régularisation 2007 (- 3 M€), l'arrêté du 24 juin 2008 a fixé le montant du versement des régimes à 87 M€

2.1.4. La contribution des organismes complémentaires

Le taux de cette contribution à la charge des OC sur leur chiffre d'affaires santé est de 2,5 % en 2008. Le produit s'établit comptablement pour 2008 à 569 M€ (171 M€ de produits à recevoir).

La répartition mensuelle des encaissements nets des URSSAF (trésorerie) s'établit pour l'année 2008 à :

janv	fév	mars	avril	mai	juin	juill	août	sept	oct	nov	déc	Total
22 796	92 615	1 032	35 168	122 559	1 330	41 179	72 418	1 382	36 962	83 343	879	511 663

Source : ACOSS

Les trois premiers mois concernent essentiellement des encaissements se rapportant au 4^{ème} trimestre 2007. Les encaissements relatifs au 4^{ème} trimestre 2008 seront versés au cours du 1^{er} trimestre 2009.

Pour l'année 2008, 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 72 % des encaissements.

2.2. 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 autres, le montant de l'assiette de la contribution CMU. Les OC envoient en parallèle une copie de ce document au Fonds. Son exploitation fait ressortir les résultats mentionnés dans un tableau qui suit.

Ces données permettent de reconstituer un chiffre d'affaires santé des OC déclaré en 2008 auprès des URSSAF et du Fonds CMU.

On notera que la déclaration de l'assiette de la contribution CMU est fondée sur le montant des primes ou cotisations émises au cours d'un trimestre civil, ou, à défaut d'émission, recouvrées, afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé, à l'exclusion des réassurances. La notion de chiffre d'affaires santé telle qu'abordée dans ce rapport peut donc diverger de celle reprise dans les documents des organismes complémentaires. Pour le paiement de la contribution, la notion d'exercice comptable n'existe pas. Ainsi, un OC déclarant son assiette de contribution selon les cotisations recouvrées fera apparaître une cotisation 2008 recouvrée en 2009 sur sa déclaration du 1^{er} trimestre 2009 (alors que cette cotisation figurera dans ses comptes 2008).

En 2008, le nombre d'organismes s'établit à 876. Il est en constante diminution depuis 2000 (48 % de moins par rapport à 2001). Cette diminution est due essentiellement à des regroupements d'organismes et des disparitions de mutuelles.

Les mutuelles sont au nombre de 748, les sociétés d'assurance de 92, le nombre d'institutions de prévoyance s'élève quant à lui à 36 (cf. annexe 14 : la liste des organismes les plus importants en terme d'assiette déclarée).

L'ensemble du marché de la complémentaire santé connaît toujours une progression sensible avec une évolution de quasiment 6 % en 2008 par rapport à 2007.

Les résultats obtenus à partir de l'exploitation des bordereaux déclaratifs sont les suivants :

Année		Mutuelle	Institution de Prévoyance	Assurance	en milliers d'euros
					Total Assiette
2001	Assiette Santé	10 596 238	3 279 444	3 692 075	17 567 757
	Structure	60,32%	18,67%	21,02%	100,00%
2002	Assiette Santé	11 263 618	3 573 357	3 990 662	18 827 638
	Structure	59,82%	18,98%	21,20%	100,00%
	Évolution/n-1	6,30%	8,96%	8,09%	7,17%
2003	Assiette Santé	12 128 661	3 809 370	4 538 495	20 476 526
	Structure	59,23%	18,60%	22,16%	100,00%
	Évolution/n-1	7,68%	6,60%	13,73%	8,76%
2004	Assiette Santé	13 366 911	4 040 936	5 238 845	22 646 692
	Structure	59,02%	17,84%	23,13%	100,00%
	Évolution/n-1	10,21%	6,08%	15,43%	10,60%
2005	Assiette Santé	14 452 274	4 224 606	5 788 273	24 465 153
	Structure	59,07%	17,27%	23,66%	100,00%
	Évolution/n-1	8,12%	4,55%	10,49%	8,03%
2006	Assiette Santé	15 319 184	4 379 285	6 344 137	26 042 606
	Structure	58,82%	16,82%	24,36%	100,00%
	Évolution/n-1	6,00%	3,66%	9,60%	6,45%
2007	Assiette Santé	15 951 164	4 694 626	6 728 645	27 374 434
	Structure	58,27%	17,15%	24,58%	100,00%
	Évolution/n-1	4,13%	7,20%	6,06%	5,11%
2008	Assiette Santé	16 438 830	5 137 680	7 433 600	29 010 110
	Structure	56,67%	17,71%	25,62%	100,00%
	Évolution/n-1	3,06%	9,44%	10,48%	5,98%
Évolution 2008/2001		55,14%	56,66%	101,34%	65,13%
Nombre OC 2008		748	36	92	876
Structure		85,39%	4,11%	10,50%	100,00%

Source : déclarations des OC

2008 est la première année depuis 2005 où l'augmentation de l'assiette déclarée est plus forte que celle de l'année précédente. On rappellera qu'entre 2001 et 2004, l'évolution était en accélération permanente pour atteindre un pic de 10 % entre 2003 et 2004.

Depuis 2001, le marché a progressé de 65 %, soit un taux de croissance annuel moyen de 7,4 % sur la période.

Les institutions de prévoyance représentent près de 18 % de ce marché alors qu'elles représentent 4 % du nombre des organismes. Il s'agit dans l'ensemble de grandes institutions de complémentaire santé (31 des 36 institutions de prévoyance ont une assiette supérieure à 10 millions d'euros dont 14 ont une assiette supérieure à 100 millions d'euros ; elles étaient 10 en 2005). 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 10 % des organismes, réalisent près de 26 % du marché. Une différenciation plus grande existe au sein de ce type d'organisme. 54 sociétés d'assurance ont une assiette supérieure à 10 millions d'euros (dont 19 à plus de 100 millions d'euros contre 12 en 2003). Les autres ont en moyenne une assiette de 2,5 millions d'euros. Il s'agit principalement de petites structures et, dans une moindre mesure, de sociétés de taille moyenne mais dont l'activité santé apparaît marginale.

Quant aux mutuelles, elles représentent 85 % des organismes et 57 % du marché. Le monde de la mutualité, malgré la mutation en cours, demeure encore très morcelé. Ce constat est renforcé par le fait que l'assiette déclarée par les mutuelles substituées, qui existent encore juridiquement, est généralement intégrée dans 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 2008, 218 mutuelles (205 en 2003) déclarent une assiette supérieure à 10 millions d'euros (dont 34 à plus de 100 millions d'euros contre 19 en 2003). Les autres ont une assiette d'environ 2,5 millions d'euros.

Au sein de la mutualité, en terme d'assiette, 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 24 et 30 % de ce même marché. Les mutuelles de France (FMF), autre regroupement identifié au sein du monde FNMF, ne représentent que 5 % de l'assiette déclarée par les mutuelles.

Les mutuelles de la FNMI (11 % des organismes cotisants et 30 % de l'assiette totale) et surtout celles de la MFP (respectivement 3,5 % et 24 %) 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 5 % de l'assiette).

L'observation au cours des 7 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 sociétés d'assurance s'accroît lentement mais constamment depuis 2001 (+ 4,6 points) et ce, au détriment principalement des mutuelles, dans une moindre mesure des institutions de prévoyance (- 3,65 points pour les mutuelles, - 0,96 points pour les institutions de prévoyance). On notera cependant la confirmation de la reprise du redressement en termes de part de marché des institutions de prévoyance initiée en 2007.

Ce « grignotage » résulte d'un différentiel dans le taux de croissance observé par chaque catégorie d'OC. Les sociétés d'assurance ont connu un accroissement de leur assiette de 101 % entre 2001 et 2008. Dans le même temps, les mutuelles et les institutions de prévoyance ne connaissaient quant à elles qu'une augmentation de respectivement 55 % et 57 %.

Le marché de la complémentaire santé connaît depuis plusieurs années une phase de concentration caractérisée par 2 constats : la chute du nombre d'organismes ainsi que la croissance de la part des groupes consolidés dans le chiffre d'affaires santé des organismes complémentaires.

En comparaison avec l'année dernière, les six principaux groupes consolidés représentent désormais 25,2 % du marché de la complémentaire santé (contre 21,7 % en 2007). Parmi eux, ce sont désormais six groupes qui dépassent le milliard d'euros d'assiette déclarée contre 4 en 2007 :

Nature	Nom Groupe	Assiette 2008
Assurance	Groupe Groupama - Gan	1 502
IP + Mutuelle	Groupe Malakoff-Médéric	1 304
Assurance	Groupe AXA	1 216
Mutuelle	MGEN	1 135
IP + Mutuelle	Groupe AG2R	1 099
IP	BTP prévoyance - CNPBTP	1 065

2.3. Les dépenses du Fonds CMU

Les dépenses de gestion technique du Fonds CMU sont uniquement liées au nombre de bénéficiaires de la CMU-C pour les régimes. Chaque bénéficiaire de la CMU-C ouvre droit pour son gestionnaire à un forfait trimestriel de 85 € en 2008. Pour les OC, lorsque la somme des déductions CMU-C et ACS est supérieure au montant de la contribution due, la différence est payée à l'OC par le Fonds CMU.

2.3.1. 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).

Organismes	Montant des acomptes 2008	Régularisations 2008	Total
CNAMTS	1 070 000	98 132	1 168 132
RSI	48 000	5 438	53 438
CCMSA	44 400	-4 990	39 410
CNMSS (Militaires)	950	119	1 069
ENIM (Marins)	0	824	824
CAVIMAC (Cultes)	800	9	809
GAMEX (Agriculteurs)	310	-28	282
SNCF	160	-28	132
CANSSM (Mines)	150	-35	115
CRPCEN (Notaires)	80	-22	58
RATP	40	5	45
TOTAL	1 164 890	99 424	1 264 314

Source : données des régimes

Le tableau ci-dessus présente l'ensemble des acomptes versés en 2008, le montant des régularisations se rapportant à 2008 et en conséquence le montant total des dépenses du Fonds se rapportant à 2008. Les versements au régime général représentent 92 % des versements aux régimes.

C'est à partir de 2008 que sont prises en compte les régularisations statistiques dans le régime général (cf. partie 1.1.).

Il convient de noter que l'ENIM ne fournissant pas les documents comptables nécessaires, aucun versement effectif ne lui a été fait depuis 3 ans.

2.3.2. Les versements aux organismes complémentaires

▪ *Les paiements aux OC*

Pour les organismes complémentaires, lorsque les déductions (CMU-C et ACS) sont supérieures à la contribution des OC au financement de la CMU-C, la différence fait l'objet d'un paiement par le Fonds CMU.

425 paiements, pour un montant global de 80 M€ ressortent des déclarations trimestrielles des OC relatives à l'exercice 2008. Le montant moyen des paiements s'établit à 183 000 € Ce montant diminue pour la première fois depuis 2000 (197 000 € en 2007) alors que, dans le même temps, le nombre de paiements augmente légèrement (417 en 2007). La montée en charge de l'ACS, même si elle a un impact très modéré sur les versements du Fonds, explique en grande partie ce second constat.

Le Fonds a maintenu la procédure de régularisation pour permettre aux OC d'ajuster les déductions CMU-C à la réalité. La régularisation est effectuée à titre rétroactif, compte tenu des difficultés de transmission par les caisses d'assurance maladie et la réception par les organismes d'assurance complémentaire des informations nécessaires à la comptabilisation des déductions CMU-C selon les délais impartis. Cette procédure, rattachée à la déclaration du 1^{er} trimestre 2008, a permis d'ajuster les déductions CMU relatives à l'exercice 2007. 102 OC l'ont utilisée. Les régularisations ont représenté 2 % des déductions déclarées initialement en 2007, chiffre stable par rapport à 2006.

▪ *Le contrôle des bénéficiaires CMU-C et ACS déclarés par les OC*

Le Fonds CMU a pour mission de contrôler les déductions opérées par les OC sur leurs déclarations à la contribution pour le financement de la CMU complémentaire. Il s'agit de vérifier l'exactitude des déductions relatives à la CMU complémentaire et à l'ACS (que ces déclarations aient fait l'objet d'un paiement ou non). Dans ce cadre, la Fonds établit un plan de contrôle annuel.

La première étape du contrôle vise à vérifier les listes de bénéficiaires tenues à la disposition du Fonds par les OC. La liste doit correspondre aux déductions effectuées sur la déclaration du trimestre contrôlé. Ce contrôle de liste est alors ou non suivi d'un contrôle approfondi. Il s'agit alors de confronter les informations mentionnées dans la liste relatives aux bénéficiaires avec celles mentionnées sur les attestations de droits et ce, à partir d'un échantillon tiré aléatoirement.

En matière de CMU complémentaire, champ sur lequel 117 contrôles de listes ont été effectués (plus 49 sur les listes de bénéficiaires présentées dans le cadre des régularisations), le taux d'anomalie est ressorti à 0,31 %. Toutefois, une seule vérification est à l'origine de 80 % des anomalies. Hors cette situation exceptionnelle, le taux d'anomalie serait ressorti à 0,07 % ce qui correspond au taux le plus faible enregistré jusqu'à présent.

Pour l'ACS où 156 vérifications de listes ont été effectués, le taux d'anomalie est ressorti à 0,19 %. Ce taux appliqué à l'ensemble des déductions ACS représente un enjeu global annuel évalué autour de 170 000 € Comme pour la CMU, l'enjeu du contrôle à partir de l'examen

des listes de bénéficiaires est très concentré, puisque 5 OC sont à l'origine de près de 75 % des anomalies.

A l'occasion de ces contrôles, le Fonds peut d'ailleurs également être conduit à constater quelques situations de « sous déclarations ».

A l'issue de ces vérifications, les quelques OC concernés, identifiés comme étant à risques, constituent une cible privilégiée des contrôles des URSSAF réalisés à la demande du Fonds.

Treize contrôles approfondis ont été effectués, conformément au plan de vérification initialement présenté. Le taux d'anomalie constaté à l'issue de ces contrôles sur le champ de la CMU complémentaire s'établit à 1,21 %. Une fois encore, les anomalies sont très concentrées puisqu'un OC regroupe 87 % des anomalies.

Les quelques contrôles approfondis menés sur l'ACS n'ont abouti à quasiment aucune anomalie (0,15 %), ce qui est assez logique puisque, dans ce dispositif, c'est l'OC qui déclenche le droit et détient l'original de l'attestation. En outre, le Fonds a également vérifié le caractère responsable des contrats ayant ouvert droit à l'ACS (contrôle des garanties, etc.). Aucune anomalie n'a été constatée sur ce champ.

Il est important de souligner l'implication croissante des URSSAF dans le contrôle des éléments relatifs à la déclaration de la contribution CMU. Le nombre de contrôles augmente, des formations et des outils d'analyse affinés sont mis à la disposition des inspecteurs URSSAF en la matière. Outre les déductions, les URSSAF contrôlent également l'assiette de la contribution qui a représenté près de 70 % du montant des redressements opérés en 2007.

S'il ne contrôle pas directement l'assiette, le Fonds CMU est cependant très attentif à cette donnée et ses évolutions. Ses demandes de contrôles aux URSSAF, via l'ACOSS, se fondent d'ailleurs désormais principalement sur ce critère. Sur le champ de la déclaration CMU, URSSAF, ACOSS et Fonds CMU travaillent en étroite collaboration avec le souci d'une coordination de leurs actions, conformément aux principes affichés dans la convention signée le 31 mars 2005 entre les 2 organismes nationaux.

2.4. Le poids financier de la CMU pour les gestionnaires

2.4.1. Les difficultés de trésorerie du Fonds

Le profil de trésorerie du Fonds CMU (cf. annexe 9) est marqué par l'irrégularité de la perception des recettes du Fonds. Si, antérieurement à 2005, l'essentiel des recettes était constitué par la dotation budgétaire de l'Etat versée mensuellement par douzième (3,9 M€ en 2008), le versement des taxes alcool et tabac est plus irrégulier (de 57 à 91 M€ selon les mois).

De plus, le versement par l'ACOSS de la contribution perçue par les URSSAF est trimestriel (au 15 du 2^{ème} mois de chaque trimestre civil). C'est à ces dates que des régularisations envers les régimes peuvent être effectuées ou que la trésorerie du Fonds 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 tout en prenant en compte son propre profil (le Fonds CMU ne peut être en négatif sur son compte).

Par construction, même si les comptes du Fonds sont équilibrés, sa trésorerie permet difficilement d'ajuster ses versements pour les rendre neutres en trésorerie pour les régimes, en fonction du profil de ses recettes. En outre, les comptes du Fonds sont équilibrés par des produits à recevoir : en 2008 par la contribution des OC versée le 15 février de l'année n + 1 (95 M€). Les forfaits versés par le Fonds, représentatifs de la dépense pour les régimes (dépenses de l'année plus provisions) sont en conséquence versés avec retard par rapport à ces dépenses.

Le tableau ci-après illustre cette situation pour la CNAMTS. Les dépenses 2008 de la CNAMTS, se rapportant à cette même année, sont indiquées dans la seconde colonne. Pour 2009, il s'agit des dépenses prévisionnelles de la CNAMTS se rapportant à 2008 (le montant de 133 M€ correspondant aux provisions de dépenses passées par celle-ci).

Les acomptes effectivement versés par le Fonds en 2008 puis les régularisations prévues sont ensuite indiqués. On aboutit ainsi à des décalages de trésorerie. Le signe – montre un retard. Une neutralité en trésorerie supposerait que le Fonds dispose d'un report à nouveau positif (fonds de roulement) en raison du décalage entre ses comptes et sa trésorerie.

En millions d'euros

	Dépenses 2008 CNAMETS (prestations CMU-C se rapportant à 2008)	Acomptes versés par le Fonds à la CNAMETS	Régularisations prévues (versement Fonds)	Décalages de trésorerie
janv.-08	60	80		20
févr.-08	92	160		88
mars-08	104	50		34
avr.-08	115	50		-31
mai-08	109	20		-120
juin-08	121	50		-191
juil.-08	121	50		-262
août-08	81	180		-163
sept.-08	115	70		-208
oct.-08	128	130		-206
nov.-08	104	180		-130
déc.-08	126	50		-206
Total 2008	1 276	1 070		
janv.-09	68			-274
févr.-09	25			-299
mars-09	13			-312
avr.-09	7			-319
mai-09	5			-324
Fin 09	15		98	-241
Total 2009	133			

Source : Fonds CMU

La somme de – 241 M€ indiquée à l'avant dernière ligne correspond à la différence entre le total des versements du Fonds (somme des forfaits de 340 € en fonction du nombre de bénéficiaires) et les dépenses de prestations CMU-C véritablement supportées par la CNAMETS. Cette somme ne sera jamais comblée et sera supportée par la CNAMETS mais il ne s'agit plus d'une question de trésorerie.

2.4.2. L'insuffisance du forfait pour couvrir les dépenses réelles

Le Fonds CMU détermine, à partir des données fournies par les régimes et les organismes complémentaires, le coût moyen d'un dossier de bénéficiaire de CMU-C pour la part complémentaire de ses dépenses.

France entière (sauf MSA)	2005	2006	2007	2008
				Estimation
Montant du forfait	304,52	340	340	340
Evolution		12,0%	0,0%	0,0%
CNAMTS (y compris SLM)	359	383	398	410
Evolution		6,7%	3,9%	3,1%
CCMSA métropole	314	335	362	391
Evolution		6,7%	8,1%	8,0%
RSI	301	312	317	320
Evolution		3,7%	1,6%	0,9%
Organismes complémentaires	301	314	335	346
Evolution		4,3%	6,7%	3,3%
Evolution ONDAM	4,0%	3,1%	4,2%	3,2%

Sources : données des régimes et des OC

Pour le régime général, on constate que les dépenses de CMU-C en part complémentaire évoluent d'une manière proche (et même inférieure) à celle de l'ONDAM. En 2006 (et en partie en 2007), l'accélération est plus vive. Il ne s'agit pas d'une dérive des dépenses mais de la conséquence de décisions de revalorisation des dépenses prises en charge par la CMU complémentaire en matière de soins dentaires et d'hospitalisation.

La prise en charge de ces dépenses des gestionnaires de contrats CMU est réalisée par le Fonds sous la forme d'un forfait par bénéficiaire (340 € depuis 2006). Dès lors, si les dépenses réelles dépassent le montant du forfait, ce sont les gestionnaires qui supportent la différence (et inversement).

Pour 2008 (il s'agit d'une prévision), le RSI reste « bénéficiaire », le montant de ses dépenses étant inférieur au forfait. Si les dépenses des organismes complémentaires sont proches du forfait, celles du régime agricole et surtout du régime général s'en éloignent.

Le régime général gérant 3,4 millions de bénéficiaires de CMU-C et supportant 70 € (410 – 340) de dépenses par bénéficiaire, au total ce sont 241 M€ que supporteront les comptes de la CNAMTS en 2008 au titre de la CMU-C.

2.5. Présentation économique des comptes du Fonds CMU

Pour les régimes obligatoires comme pour les organismes complémentaires santé, le Fonds participe à hauteur d'un forfait par bénéficiaire pour les dépenses de CMU-C supportées par eux. Ce forfait trimestriel est versé aux régimes obligatoires et vient en déduction de la contribution à laquelle les OC sont soumis (lorsque la somme des déductions CMU-C et ACS est supérieure au montant de la contribution, un versement de la différence est effectué par le Fonds).

La présentation des recettes et des dépenses du Fonds, exposée dans les autres parties, correspondent 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 par les organismes complémentaires et le montant des paiements réalisés par le Fonds aux OC sont inscrits.

Or, en terme économique, et pour affiner l'analyse, il semble important de faire apparaître la totalité du montant de la contribution (2,5 % du chiffre d'affaires santé des complémentaires en 2008), 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.

<i>En millions d'euros</i>							
Recettes	2000	2002	2004	2006	2007	2008	% évol
Dotation budgétaire – Loi de finances initiale (LFI)	1 067	930	997	346	109	47	-57%
Dotation budgétaire – Loi de finances rectificative (LFR)	-267	220	40				
Taxe alcool				404	480	372	-23%
Taxe tabac				217	411	348	-15%
Contribution des OC	280	330	395	650	684	725	6%
Dotation assurance maladie (ACS)				40	62	87	40%
Total recettes	1 080	1 480	1 432	1 657	1 746	1 579	-10%
Dépenses							
Versements aux régimes	1 001	1 159	1 222	1 436	1 443	1 266	-12%
Déductions CMU-C	44	142	197	211	204	196	-4%
Déductions ACS				40	62	87	40%
Gestion administrative	1	1	1	1	1	1	
Total dépenses	1 046	1 302	1 420	1 688	1 710	1 550	-9%
Résultat de l'année	34	178	75	- 31	36	29	
Résultat cumulé	34	47	5	17	53	83	

Source : Fonds CMU

PERSPECTIVES 2009

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 fait évoluer d'une manière importante les dispositions concernant le Fonds CMU en modifiant les articles L. 862-2 et suivants du code de la sécurité sociale.

Le Fonds CMU ne sera plus financé en 2009 que par la contribution des organismes complémentaires. Le taux de cette contribution est relevé à 5,9 % (2,5 % en 2008). La fraction de droit de consommation sur les tabacs et la cotisation sur les boissons alcooliques ne sont plus affectés au Fonds CMU mais à l'assurance maladie. La dotation de l'assurance maladie devant financer l'aide complémentaire santé est supprimée et c'est en conséquence le Fonds CMU qui supportera directement cette charge.

La dotation budgétaire de l'Etat, destinée à équilibrer les comptes du Fonds CMU, demeure, dans le code de la sécurité sociale, une recette de l'établissement, mais la loi de finances pour 2009 prévoit que la dotation soit nulle pour cette année. En matière de dépenses du Fonds, le forfait CMU est quant à lui porté en 2009 à 370 € par an (340 € en 2008).

L'ensemble de ces mesures permet d'apporter à l'assurance maladie un financement supplémentaire d'un milliard d'euros venant de fait des complémentaires santé, comme l'avait prévu le protocole d'accord signé fin juillet entre la mutualité française et le gouvernement. Le report à nouveau positif du Fonds CMU, constaté en fin d'année, est (et ce, dès la clôture des comptes 2008) affecté pour tout ou partie à la CNAMTS l'année suivante. Cette décision est formalisée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Le législateur a également souhaité être informé chaque année de la situation financière réelle des organismes complémentaires et pour cela, l'article L. 862-7 du code est complété par un *e* ainsi rédigé : « *e) L'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles et le fonds mentionné à l'article L. 862-1 (le Fonds CMU) transmettent chaque année, avant le 1^{er} juin, aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au Parlement les données nécessaires à l'établissement des comptes des organismes visés au I de l'article L. 862-4.* Sur cette base, le Gouvernement établit un rapport faisant apparaître notamment l'évolution du montant des primes ou cotisations mentionnées à ce même I, du montant des prestations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé versées par ces organismes, du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit au crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1, du montant des impôts, taxes et contributions qu'ils acquittent et de leur rapport de solvabilité. Ce rapport est remis avant le 15 septembre au Parlement. Il est rendu public. »

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 modifie enfin la formulation des dépenses du Fonds CMU en faveur des organismes complémentaires (passage du terme « versement aux OC » à celui de « montant des déductions »). Ainsi, comme l'avait demandé le conseil d'administration du Fonds, les comptes du Fonds ne contracteront plus les écritures relatives à la contribution des OC et aux déductions. La présentation budgétaire et comptable des prévisions et des résultats du Fonds CMU représenteront ainsi la réalité économique de ces mouvements.

Par ailleurs, l'année 2009 sera consacrée pour le Fonds CMU à la rédaction du 4^{ème} rapport d'évaluation de la loi CMU (prévue par la loi de 1999) qui doit être remis avant l'été.

LISTE DES ANNEXES

- 1. LES MISSIONS DU FONDS CMU**
- 2. PRESENTATION DE LA CMU ET DE L'ACS**
- 3. TEXTES 2008 RELATIFS A LA CMU ET A L'ACS**
- 4. EFFECTIFS DES BENEFICIAIRES AU 31 DECEMBRE 2008**
- 5. HISTORIQUE DES BENEFICIAIRES**
- 6. REPARTITION TERRITORIALE DES BENEFICIAIRES DE LA CMU**
- 7. STRUCTURE DES DEPENSES DE CMU COMPLEMENTAIRE**
- 8. PRESENTATION DES RESULTATS COMPTABLES DU FONDS CMU**
- 9. PROFIL DE TRESORERIE 2008**
- 10. COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION**
- 11. CONSEIL DE SURVEILLANCE**
- 12. ORGANIGRAMME DU FONDS CMU**
- 13. L'ACTUALITE DES COMPLEMENTAIRES SANTE**
- 14. LISTE DES 100 ORGANISMES D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE AYANT DECLARE L'ASSIETTE LA PLUS IMPORTANTE EN 2008**

ANNEXE 1 : LES MISSIONS DU FONDS CMU

Le Fonds, qui finance le volet complémentaire de la couverture maladie universelle (CMU-C) et assure la gestion de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) est un établissement public administratif de l'Etat. En 2008, son financement est assuré par une dotation budgétaire de l'Etat, par le produit de la cotisation sur les boissons alcooliques et d'une fraction des droits sur les tabacs, par une dotation de l'assurance maladie destinée à financer l'ACS, et par une contribution à laquelle sont assujettis les organismes d'assurance complémentaire intervenant dans le domaine des soins de 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 santé 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 340 € pour l'année 2008). 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.

Les organismes complémentaires déduisent également de leur contribution le montant de l'aide complémentaire santé dont leurs assurés bénéficient. Le cas échéant, les organismes d'assurance santé 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 ACS dans leurs 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 et 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 de mesures à prendre.

En 2008, différentes études ont été rendues publiques (elles sont disponibles sur le site internet du Fonds CMU).

Le Fonds CMU a souhaité approfondir la question de la forte rotation des bénéficiaires de la CMU. En effet, dans les statistiques « brutes » de la CNAMTS ce taux ressort à 30 %. Deux CPAM (Allier et Eure) ont accepté de participer à cette étude, à partir de l'exploitation plus approfondie de leur fichier, mais aussi par des requêtes et enquêtes supplémentaires.

Synthétiquement, on peut dire que, sur 100 personnes devant faire renouveler leur droit :

- 75 % obtiennent la CMU-C dont une partie (aux alentours de 5 %) avec retard ;
- environ 10 % sont sortis de la CMU-C pour des raisons financières (emploi, etc.) et ils sont majoritairement couverts par une complémentaire santé ;
- parmi les presque 15 % restant, la moitié pourrait demander leur renouvellement de droit (mais il n'est pas certain qu'ils le fassent, en particulier pour des difficultés administratives).

Le second groupe d'études (CPAM des Hauts-de-Seine et de l'Eure) avait pour objet d'étudier les difficultés administratives dans les relations entre caisses d'assurance maladie et professionnels de santé. En effet, dans le cadre des travaux relatifs aux refus de soins, ces difficultés (qui ne sauraient justifier de telles pratiques) étaient régulièrement mises en avant comme une des explications de la réticence de certains professionnels à recevoir des bénéficiaires de la CMU-C.

Les taux de rejets (rejets qui impliquent une nouvelle facturation de la part du professionnel de santé) sont sensiblement plus importants dans les dossiers CMU-C que pour la moyenne des dossiers des assurés sans CMU : + 42 % dans un cas, + 65 % dans l'autre (mais dans le cas de la CMU-C, c'est le professionnel qui en subit la conséquence du fait du tiers-payant). Cependant ces taux restent limités : en moyenne 3,7 % et 4,7 %. Ils sont de 2 à 4 fois supérieurs lorsqu'il s'agit de feuilles de soins papier par rapport aux transmissions électroniques.

La responsabilité de ces difficultés semble très partagée : mauvais remplissage de la feuille de soins par le professionnel, non mise à jour de la carte Vitale par l'assuré, difficulté liée à la qualité du fichier de la CPAM. Ces constats impliquent des actions pédagogiques des CPAM tant envers les professionnels de santé (y compris dans les libellés des rejets) que des bénéficiaires de la CMU-C (parcours de soins et mise à jour régulière de la carte Vitale en attendant Vitale 2).

Le Fonds a enfin une fonction d'information : 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 ACS.

En 2008, le site internet du Fonds a été visité 570 000 fois (+ 29 % par rapport à 2007).

La lettre trimestrielle du Fonds « Références CMU » est diffusée à plus de 4 000 exemplaires (caisses de sécurité sociale, organismes complémentaires, administration, etc.).

Pour mener à bien ces différentes missions, l'équipe du Fonds CMU est constituée de 9 personnes, auxquelles s'ajoute un agent comptable en adjonction de service.

En 2008, l'équipe a connu de nombreux changements :

- Michel Guillou a été remplacé au poste d'agent comptable par Thérèse Castella ;
- Dominique-Jacques Le Chatton, foncé de pouvoir de l'agent comptable, à rejoint une URSSAF et c'est Jacky Zanardo, ancien comptable du Fonds, qui l'a remplacé ;
- Sidonie Pereira Neto est venue de la CNAMTS comme comptable ;
- deux conseillers techniques, Olivier Quérouil et Marc Allard ont quitté le Fonds ; Stéphane Runfola est venu de la CRPCEN comme conseiller technique et une deuxième embauche est prévue début 2009 ;
- enfin, Ursula Kpodekon, assistante, a quitté de Fonds pour une CAF et a été remplacée par Vanessa Derbali.

ANNEXE 2 : PRÉSENTATION DE LA CMU ET DE L'ACS

■ *La CMU de base*

La couverture maladie universelle de base, permet l'accès à l'ensemble des prestations en nature de l'assurance maladie. Ses bénéficiaires doivent résider en France de manière stable et régulière et ne pas disposer d'un autre droit à l'assurance maladie. La demande de CMU de base s'effectue auprès des caisses d'assurance maladie du régime général.

La seule CMU de base engendre les mêmes obligations que l'assurance maladie, le bénéficiaire est redevable du ticket modérateur et du forfait hospitalier, c'est-à-dire de la part non prise en charge par l'assurance maladie. En outre, il est tenu de faire l'avance des frais, il est soumis au paiement de la participation forfaitaire de 1 € et aux franchises médicales portant sur les médicaments, les transports sanitaires, et les actes réalisés par un auxiliaire médical.

Au dessus d'un plafond de ressources annuelles (8 774 € par an à compter du 1^{er} octobre 2008), une cotisation de 8 % est due.

Un contrôle annuel des ressources et de la résidence est effectué par les organismes d'assurance maladie.

■ *La CMU complémentaire*

La couverture maladie universelle complémentaire est accordée pour un an. La demande est étudiée par la caisse d'assurance maladie du demandeur.

Elle offre une protection complémentaire santé gratuite gérée, soit par le régime de sécurité sociale de base, soit par un organisme complémentaire au choix du bénéficiaire. Pour bénéficier de la CMU-C, les ressources annuelles des demandeurs doivent être inférieures à un plafond qui varie selon la composition du foyer (7 447 € pour une personne seule en métropole à compter de juillet 2008).

Ce dispositif prend en charge le ticket modérateur pour les soins de ville et hospitaliers, et le forfait hospitalier. Au delà des tarifs de l'assurance maladie, des forfaits de dépassements pour les prothèses dentaires et les appareillages sont également pris en charge. Le bénéficiaire de la CMU complémentaire est exonéré de la participation forfaitaire de 1€ et des franchises médicales.

C'est donc la possibilité d'accéder à l'ensemble du système de soins sans dépense à charge et sans avance de frais (le tiers payant est de droit pour le bénéficiaire ; le professionnel de santé est payé par l'assurance maladie et il doit respecter les tarifs de convention – dépassements interdits).

- ***L'aide complémentaire santé (ACS)***

L'aide complémentaire santé, vise à atténuer l'effet de seuil de la CMU complémentaire, elle se demande d'ailleurs par le biais du même formulaire. Elle consiste en une aide financière pour l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé individuel.

Cette aide s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 20 %. Le montant de l'ACS est plafonné au montant de la cotisation ou de la prime due. Il varie en fonction de l'âge des personnes composant le foyer couvert par le contrat (100 € pour les personnes âgées de moins de 25 ans, 200 € par personne âgée de 25 à 59 ans, 400 € pour celles de 60 ans et plus). L'aide est accordée pour un an renouvelable.

La demande d'ACS, comme pour la CMU complémentaire, se fait auprès de la caisse d'assurance maladie du demandeur. En cas d'accord, celle-ci remet une attestation de droit à l'ACS qui donne droit à une réduction sur le contrat santé individuel nouvellement choisi ou déjà souscrit. Cette réduction s'impute sur le montant de la cotisation ou de la prime annuelle à payer.

Depuis le 1^{er} janvier 2006, en vertu d'un accord signé entre l'assurance maladie et les représentants des médecins libéraux, les bénéficiaires de l'aide complémentaire santé et leurs ayants droit, dans le cadre d'un parcours de soins coordonné, ont droit à la dispense d'avance de frais sur la partie prise en charge par l'assurance maladie. Ce droit au tiers payant reste valable 18 mois à compter de la remise de l'attestation de droit à une déduction sur les cotisations, que le bénéficiaire ait, ou non, souscrit une complémentaire santé.

ANNEXE 3 : TEXTES 2008 RELATIFS A LA CMU ET A L'ACS

Organismes/Ministères	Statut	Date du texte	Date publication	Libellé
Ministère de la Santé, de la Jeunesse, et des Sports	Décret n° 2008-1527	30/12/2008	31/12/2008 JORF n° 0304	Relatif aux pénalités financières prévues à l'article L.162-1-14 du Code de la sécurité sociale
Parlement	Loi	17/12/2008	18/12/2008 JORF n° 0294	Loi de financement de la sécurité sociale pour 2009
Ministère du Budget, des comptes publics et de la fonction publique – Direction de la sécurité sociale	Circulaire DSS/2A/2B/3A n° 2008-245	22/07/2008	15/09/2008 BO Protection solidarités n° 2008/8	Modalités de contrôle de la condition de résidence pour le bénéfice de certaines prestations sociales.
Ministère du Budget, des comptes publics et de la fonction publique – Direction de la sécurité sociale	Circulaire DSS/2A/2008-181	06/06/2008	15/07/2008 BO Protection solidarités n° 2008/6	Modalités d'application de la procédure d'évaluation des ressources selon les éléments de train de vie pour le bénéfice de certaines prestations sociales sous conditions de ressources.
Ministère du Budget, des comptes publics et de la fonction publique – Direction de la sécurité sociale	Circulaire interministérielle DSS/2A/2008-155	07/05/2008	15/07/2008 BO Protection solidarités n° 2008/6	Modalités d'attribution immédiate de la protection complémentaire en matière de santé.
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés	Circulaire n° 33/2008	30/06/2008	30/06/2008	Prise en charge des réclamations et plaintes formulées par les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou par les professionnels de santé. www.ameli.fr/l-assurance-maladie/textes-reglementaires/circulaires.php
Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative	Décret n° 2008-628	27/06/2008	29/06/2008 JORF n° 0151	Augmentation du plafond de ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé
Ministère du Budget, des comptes publics et de la fonction publique	Arrêté	09/06/2008	19/06/2008 JORF n° 0142	Mise en service à la direction générale des impôts et à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés d'une procédure automatisée de transfert de données fiscales.
Ministère du Budget, des comptes publics et de la fonction publique – Direction de la sécurité sociale	Lettre ministérielle DSS/2A	25/04/2008	15/06/2008 BO Protection solidarités n° 2008/5	Renouvellement anticipé du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé

Organismes/Ministères	Statut	Date du texte	Date publication	Libellé
Ministère du Budget, des comptes publics et de la fonction publique	Arrêté	27/05/2008	31/05/2008 JORF n° 0126	Le plafond applicable à la cotisation de la CMU de base est fixé à 8 774 € pour la période du 1 ^{er} octobre 2008 au 30 septembre 2009
Ministère du Budget, des comptes publics, et de la fonction publique – Direction de la sécurité sociale.	Lettre ministérielle DSS/2A	08/04/2008	15/05/2008 BO Protection solidarité n° 2008/4	Modalités d’application des dispositions du décret n° 2008-88 du 28 janvier intéressant la CMU complémentaire et l’ACS
Ministère du Logement et de la Ville- Ministère du Travail, des relations sociales, et de la Solidarité	Circulaire DGAS/MAS n° 2008/70	25/02/2008	15/04/2008 BO Protection solidarités n° 2008/3	Relative à la domiciliation des personnes sans domicile stable
Ministère du Budget, des comptes publics et de la fonction publique	Décret n° 2008-88	28/01/2008	30/01/2008 JORF n° 0025	Modalités d’évaluation des biens et des éléments de train de vie pour le bénéfice de certaines prestations sociales sous conditions de ressources.
Ministère du Budget, des comptes publics et de la fonction publique- Direction de la sécurité sociale- Division des Affaires communautaires et internationales	Circulaire DSS/DACI n° 2007- 418	23/11/2007	15/01/2008 BO Protection solidarités n° 2007/12	Relative au bénéfice de la CMU de base et de la CMU-C des ressortissants de l’Union Européenne, de l’Espace Economique européen et de la Suisse résidant ou souhaitant résider en France en tant qu’inactifs, étudiants, ou demandeurs d’emploi.

ANNEXE 4 : BENEFICIAIRES CMU-C AU 31 DECEMBRE 2008

Effectifs CMU-C au 31 décembre 2008										
Régimes d'attribution	Régime général		Régime agricole		Régime des travailleurs indépendants		Autres régimes et sections locales mutualistes		Total	
Organismes gestionnaires	CNAMTS	OC	CCMSA	OC	RSI	OC	Régimes de base	OC	Régimes	OC
Métropole	2 831 784	427 975	98 675	17 813	147 872	35 085	48 196	15 202	3 126 527	496 075
DOM	467 742	61 192	11 402	672	10 476	667	0	0	489 620	62 531
France entière	3 299 526	489 167	110 077	18 485	158 348	35 752	48 196	15 202	3 616 147	558 606
Total	3 788 693		128 562		194 100		63 398		4 174 753	

Source : tous régimes d'attribution

Le nombre de bénéficiaires de la CMU de base est de 1 500 000 personnes.

ANNEXE 5 : HISTORIQUE DES BENEFICIAIRES

Historique mensuel des bénéficiaires de la CMU-C – Tous régimes

Mois	Gestion par le régime obligatoire			Gestion par un organisme complémentaire			Total CMU-C	Taux croissance Mois N-1
	Métropole	DOM	Total	Métropole	DOM	Total		
2005 janv	3 317 360	473 964	3 791 324	501 636	78 264	579 900	4 371 224	
2005 févr	3 320 269	480 718	3 800 987	499 828	77 269	577 097	4 378 084	
2005 mars	3 320 044	485 577	3 805 621	496 798	76 054	572 852	4 378 473	
2005 avr	3 319 406	488 714	3 808 120	494 157	75 675	569 832	4 377 952	
2005 mai	3 339 439	493 521	3 832 960	493 132	76 216	569 348	4 402 308	
2005 juin	3 366 476	498 313	3 864 789	495 765	76 274	572 039	4 436 828	
2005 juil	3 354 796	499 311	3 854 107	492 791	74 590	567 381	4 421 488	
2005 août	3 345 324	499 827	3 845 151	494 243	73 714	567 957	4 413 108	
2005 sept	3 357 763	500 666	3 858 429	493 277	72 815	566 092	4 424 521	
2005 oct	3 360 489	503 745	3 864 234	494 575	71 827	566 402	4 430 636	
2005 nov	3 358 793	505 584	3 864 377	494 260	71 449	565 709	4 430 086	
2005 déc	3 374 917	505 744	3 880 661	496 024	71 234	567 258	4 447 919	
2006 janv	3 365 892	507 397	3 873 289	497 473	72 115	569 588	4 442 877	1,64%
2006 févr	3 370 706	507 961	3 878 667	498 081	73 547	571 628	4 450 295	1,65%
2006 mars	3 380 636	510 297	3 890 933	499 046	74 493	573 539	4 464 472	1,96%
2006 avr	3 396 372	513 032	3 909 404	502 746	75 431	578 177	4 487 581	2,50%
2006 mai	3 402 751	513 365	3 916 116	503 338	75 641	578 979	4 495 095	2,11%
2006 juin	3 409 833	514 506	3 924 339	505 500	76 455	581 955	4 506 294	1,57%
2006 juil	3 403 923	514 249	3 918 172	497 850	76 154	574 004	4 492 176	1,60%
2006 août	3 411 220	513 804	3 925 024	498 986	75 935	574 921	4 499 945	1,97%
2006 sept	3 407 106	509 652	3 916 758	500 247	75 578	575 825	4 492 583	1,54%
2006 oct	3 410 730	511 746	3 922 476	502 079	75 265	577 344	4 499 820	1,56%
2006 nov	3 412 434	512 614	3 925 048	502 915	75 780	578 695	4 503 743	1,66%
2006 déc	3 411 387	516 373	3 927 760	504 478	75 894	580 372	4 508 132	1,35%
2007 janv	3 417 361	516 756	3 934 117	504 012	73 968	577 980	4 512 097	1,56%

Historique mensuel des bénéficiaires de la CMU-C – Tous régimes

Mois	Gestion par le régime obligatoire			Gestion par un organisme complémentaire			Total CMU-C	Taux croissance Mois N-1
	Métropole	DOM	Total	Métropole	DOM	Total		
2007 fevr	3 421 104	517 452	3 938 556	505 432	72 628	578 060	4 516 616	1,49%
2007 mars	3 427 753	516 876	3 944 629	505 648	72 055	577 703	4 522 332	1,30%
2007 avr	3 428 853	519 194	3 948 047	504 367	71 246	575 613	4 523 660	0,80%
2007 mai	3 427 149	521 457	3 948 606	503 841	70 336	574 177	4 522 783	0,62%
2007 juin	3 425 502	521 433	3 946 935	503 754	69 827	573 581	4 520 516	0,32%
2007 juil	3 391 668	522 943	3 914 611	500 967	67 728	568 695	4 483 306	-0,20%
2007 août	3 400 278	524 760	3 925 038	503 097	67 100	570 197	4 495 235	-0,10%
2007 sept	3 387 985	524 052	3 912 037	501 602	66 178	567 780	4 479 817	-0,28%
2007 oct	3 360 217	523 424	3 883 641	499 220	65 019	564 239	4 447 880	-1,15%
2007 nov	3 322 666	524 313	3 846 979	496 566	64 194	560 760	4 407 739	-2,13%
2007 déc	3 322 540	523 960	3 846 500	494 757	63 592	558 349	4 404 849	-2,29%
2008 janv	3 299 608	520 965	3 820 573	490 511	64 229	554 740	4 375 313	-3,03%
2008 févr	3 286 545	519 317	3 805 862	489 183	64 865	554 048	4 359 910	-3,47%
2008 mars	3 271 260	517 591	3 788 851	489 602	64 774	554 376	4 343 227	-3,96%
2008 avr	3 256 967	516 301	3 773 268	487 935	64 856	552 791	4 326 059	-4,37%
2008 mai	3 248 607	514 879	3 763 486	488 564	65 164	553 728	4 317 214	-4,55%
2008 juin	3 233 509	512 461	3 745 970	488 353	65 254	553 607	4 299 577	-4,89%
2008 juil	3 203 309	509 649	3 712 958	488 575	65 421	553 996	4 266 954	-4,83%
2008 août	3 182 210	506 383	3 688 593	489 338	65 388	554 726	4 243 319	-5,60%
2008 sept	3 170 442	504 545	3 674 987	490 630	65 204	555 834	4 230 821	-5,56%
2008 oct	3 150 142	499 535	3 649 677	492 058	64 872	556 930	4 206 607	-5,42%
2008 nov	3 131 831	494 127	3 625 958	493 570	63 733	557 303	4 183 261	-5,09%
2008 déc	3 126 527	489 620	3 616 147	496 075	62 531	558 606	4 174 753	-5,22%

Source : tous régimes d'attribution

À la date de parution, certains effectifs peuvent être le résultat d'une évaluation pour la fin de l'année 2008

Historique annuel des bénéficiaires de la CMU-C – Tous régimes

Année	Régime obligatoire			Organisme complémentaire			Total CMU-C	Taux croissance An N-1
	Métropole	DOM	Total	Métropole	DOM	Total		
Moyenne 2005	3 344 590	494 640	3 839 230	495 541	74 615	570 156	4 409 386	
Moyenne 2006	3 398 583	512 083	3 910 666	501 062	75 191	576 252	4 486 918	1,76%
Moyenne 2007	3 394 423	521 385	3 915 808	501 939	68 656	570 595	4 486 403	-0,01%
Moyenne 2008	3 213 413	508 781	3 722 194	490 366	64 691	555 057	4 277 251	-4,66%

Source : tous régimes d'attribution

ANNEXE 6 : REPARTITION TERRITORIALE DES BENEFICIAIRES DE LA CMU

Effectifs CMU-C par régions

Mois	Régimes
2008-déc	CNAMTS + MSA + RSI

Région	CMU-C RO	CMU-C OC	Total CMU-C	Population	CMU-C/ Population	Répartition CMU-C	Répartition Population
Alsace	68 489	5 105	73 594	1 847 604	3,98%	1,79%	2,86%
Aquitaine	135 764	24 555	160 319	3 205 490	5,00%	3,90%	4,96%
Auvergne	51 665	12 592	64 257	1 379 138	4,66%	1,56%	2,13%
Basse-Normandie	50 709	23 537	74 246	1 500 300	4,95%	1,81%	2,32%
Bourgogne	49 787	24 999	74 786	1 681 293	4,45%	1,82%	2,60%
Bretagne	71 374	37 078	108 452	3 193 598	3,40%	2,64%	4,94%
Centre	100 693	28 544	129 237	2 591 265	4,99%	3,14%	4,01%
Champagne-Ardenne	78 041	8 358	86 399	1 378 356	6,27%	2,10%	2,13%
Corse	14 611	1 344	15 955	299 542	5,33%	0,39%	0,46%
Franche-Comté	45 547	11 220	56 767	1 187 665	4,78%	1,38%	1,84%
Haute-Normandie	87 006	21 454	108 460	1 851 344	5,86%	2,64%	2,86%
Île-de-France	624 754	44 876	669 630	11 671 585	5,74%	16,29%	18,06%
Languedoc-Roussillon	216 789	19 138	235 927	2 589 704	9,11%	5,74%	4,01%
Limousin	33 352	4 087	37 439	753 537	4,97%	0,91%	1,17%
Lorraine	101 221	17 243	118 464	2 391 381	4,95%	2,88%	3,70%
Midi-Pyrénées	140 988	14 244	155 232	2 855 792	5,44%	3,78%	4,42%
Nord-Pas-de-Calais	364 177	27 005	391 182	4 088 785	9,57%	9,51%	6,33%
Pays de la Loire	105 014	40 525	145 539	3 553 353	4,10%	3,54%	5,50%
Picardie	115 832	7 477	123 309	1 942 169	6,35%	3,00%	3,01%
Poitou-Charentes	79 215	16 855	96 070	1 778 856	5,40%	2,34%	2,75%
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	346 436	16 146	362 582	4 896 850	7,40%	8,82%	7,58%
Rhône-Alpes	196 753	74 471	271 224	6 172 369	4,39%	6,60%	9,55%
Départements d'Outre-Mer	489 620	62 531	552 151	1 811 031	30,49%	13,43%	2,80%
TOTAL	3 567 837	543 384	4 111 221	64 621 007	6,36%	100,00%	100,00%

Source : CNAMTS, RSI, CCMSA

Effectifs CMU-C par départements

Mois	Régimes
2008-déc	CNAMETS + MSA + RSI

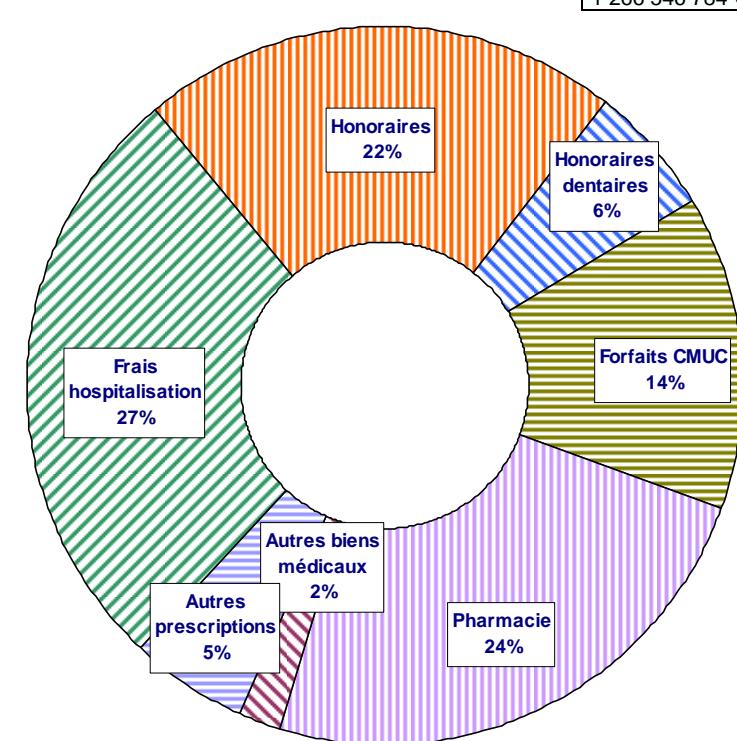
Num Dpt	Département	CMU-C RO	CMU-C OC	Total CMU-C	Population	CMU-C/ Population
01	Ain	8 682	6 501	15 183	583 595	2,6%
02	Aisne	36 728	3 813	40 541	552 216	7,3%
03	Allier	18 664	1 834	20 498	354 231	5,8%
04	Alpes-Haute-Provence	6 911	783	7 694	159 681	4,8%
05	Hautes-Alpes	3 408	640	4 048	135 824	3,0%
06	Alpes-Maritimes	45 195	1 758	46 953	1 087 863	4,3%
07	Ardèche	7 480	8 450	15 930	316 168	5,0%
08	Ardennes	21 918	2 095	24 013	294 635	8,2%
09	Ariège	10 388	1 243	11 631	151 477	7,7%
10	Aube	20 002	1 289	21 291	308 503	6,9%
11	Aude	27 982	1 618	29 600	350 198	8,5%
12	Aveyron	8 551	1 018	9 569	285 177	3,4%
13	Bouches-du-Rhône	195 124	3 626	198 750	1 963 988	10,1%
14	Calvados	21 283	15 091	36 374	687 348	5,3%
15	Cantal	5 264	577	5 841	155 998	3,7%
16	Charente	19 976	2 729	22 705	360 170	6,3%
17	Charente-Maritime	28 631	5 535	34 166	616 708	5,5%
18	Cher	17 959	3 304	21 263	323 579	6,6%
19	Corrèze	7 503	471	7 974	249 000	3,2%
201	Corse-du-Sud	5 407	680	6 087	138 329	4,4%
202	Haute-Corse	9 204	664	9 868	161 213	6,1%
21	Côte-d'Or	9 740	12 782	22 522	531 211	4,2%
22	Côtes-d'Armor	12 613	7 459	20 072	591 883	3,4%
23	Creuse	6 641	1 373	8 014	128 492	6,2%
24	Dordogne	18 334	2 656	20 990	416 729	5,0%
25	Doubs	22 265	4 633	26 898	531 607	5,1%
26	Drôme	9 905	18 966	28 871	483 120	6,0%
27	Eure	22 494	3 444	25 938	582 034	4,5%
28	Eure-et-Loir	15 265	4 877	20 142	433 053	4,7%
29	Finistère	19 929	10 980	30 909	913 309	3,4%
30	Gard	64 037	4 379	68 416	698 698	9,8%
31	Haute-Garonne	61 989	5 011	67 000	1 207 642	5,5%
32	Gers	7 587	803	8 390	188 524	4,5%
33	Gironde	64 592	11 521	76 113	1 421 659	5,4%
34	Hérault	79 032	11 104	90 136	1 018 958	8,8%
35	Ille-et-Vilaine	25 488	9 367	34 855	970 580	3,6%
36	Indre	8 994	1 406	10 400	240 565	4,3%
37	Indre-et-Loire	18 148	7 212	25 360	595 100	4,3%
38	Isère	35 069	8 469	43 538	1 195 585	3,6%
39	Jura	8 308	2 119	10 427	267 941	3,9%
40	Landes	12 360	3 076	15 436	375 869	4,1%
41	Loir-et-Cher	11 171	5 520	16 691	335 749	5,0%
42	Loire	24 524	12 652	37 176	759 605	4,9%
43	Haute-Loire	3 966	3 380	7 346	227 741	3,2%
44	Loire-Atlantique	37 498	16 899	54 397	1 268 173	4,3%
45	Loiret	29 156	6 225	35 381	663 219	5,3%
46	Lot	7 277	1 002	8 279	176 021	4,7%
47	Lot-et-Garonne	17 515	1 156	18 671	333 555	5,6%
48	Lozère	2 593	303	2 896	80 965	3,6%

Num Dpt	Département	CMU-C RO	CMU-C OC	Total CMU-C	Population	CMU-C/ Population
49	Maine-et-Loire	26 862	8 268	35 130	790 659	4,4%
50	Manche	15 706	5 480	21 186	509 952	4,2%
51	Marne	27 810	2 649	30 459	580 390	5,2%
52	Haute-Marne	8 311	2 325	10 636	194 828	5,5%
53	Mayenne	7 147	2 840	9 987	309 106	3,2%
54	Meurthe-et-Moselle	34 681	5 603	40 284	738 974	5,5%
55	Meuse	8 251	3 130	11 381	200 198	5,7%
56	Morbihan	13 344	9 272	22 616	717 826	3,2%
57	Moselle	41 722	3 600	45 322	1 058 410	4,3%
58	Nièvre	8 973	3 059	12 032	229 726	5,2%
59	Nord	231 037	15 587	246 624	2 607 356	9,5%
60	Oise	36 927	1 801	38 728	812 454	4,8%
61	Orne	13 720	2 966	16 686	303 000	5,5%
62	Pas-de-Calais	133 140	11 418	144 558	1 481 429	9,8%
63	Puy-de-Dôme	23 771	6 801	30 572	641 168	4,8%
64	Pyrénées-Atlantiques	22 963	6 146	29 109	657 678	4,4%
65	Hautes-Pyrénées	10 538	1 715	12 253	236 091	5,2%
66	Pyrénées-Orientales	43 145	1 734	44 879	440 885	10,2%
67	Bas-Rhin	39 755	3 252	43 007	1 096 711	3,9%
68	Haut-Rhin	28 734	1 853	30 587	750 893	4,1%
69	Rhône	89 281	9 817	99 098	1 700 438	5,8%
70	Haute-Saône	8 766	1 266	10 032	243 458	4,1%
71	Saône-et-Loire	18 075	5 477	23 552	569 083	4,1%
72	Sarthe	22 549	6 286	28 835	568 708	5,1%
73	Savoie	7 389	4 501	11 890	416 123	2,9%
74	Haute-Savoie	14 423	5 115	19 538	717 735	2,7%
75	Paris	161 448	10 265	171 713	2 201 578	7,8%
76	Seine-Maritime	64 512	18 010	82 522	1 269 310	6,5%
77	Seine-et-Marne	38 607	10 294	48 901	1 294 762	3,8%
78	Yvelines	36 202	9 736	45 938	1 421 389	3,2%
79	Deux-Sèvres	9 982	4 428	14 410	371 747	3,9%
80	Somme	42 177	1 863	44 040	577 499	7,6%
81	Tarn	19 389	1 893	21 282	377 500	5,6%
82	Tarn-et-Garonne	15 269	1 559	16 828	233 360	7,2%
83	Var	57 337	5 538	62 875	1 002 739	6,3%
84	Vaucluse	38 461	3 801	42 262	546 755	7,7%
85	Vendée	10 958	6 232	17 190	616 707	2,8%
86	Vienne	20 626	4 163	24 789	430 231	5,8%
87	Haute-Vienne	19 208	2 243	21 451	376 045	5,7%
88	Vosges	16 567	4 910	21 477	393 799	5,5%
89	Yonne	12 999	3 681	16 680	351 273	4,7%
90	Territoire-de-Belfort	6 208	3 202	9 410	144 659	6,5%
91	Essonne	53 196	867	54 063	1 214 290	4,5%
92	Hauts-de-Seine	56 433	4 560	60 993	1 552 943	3,9%
93	Seine-Saint-Denis	147 322	5 052	152 374	1 503 536	10,1%
94	Val-de-Marne	66 691	2 980	69 671	1 310 345	5,3%
95	Val-d'Oise	64 855	1 122	65 977	1 172 742	5,6%
Total métropole		3 078 217	480 853	3 559 070	62 809 976	5,7%
971	Guadeloupe	52 816	41 940	94 756	407 719	23,2%
972	Martinique	90 448	20 427	110 875	403 820	27,5%
973	Guyane	64 000	161	64 161	208 171	30,8%
974	Réunion	282 356	3	282 359	791 321	35,7%
Total Dom		489 620	62 531	552 151	1 811 031	30,5%
Total métropole et Dom		3 567 837	543 384	4 111 221	64 621 007	6,4%

Source : Cnamts, Rsi, Ccma

ANNEXE 7 : STRUCTURE DES DEPENSES DE CMU COMPLEMENTAIRE

Répartition de la dépense CNAMTS en 2007				Répartition par postes de dépenses Modèle Comptes nationaux de la santé DREES		
Effectifs – Moyenne sur l'année 2007				Modèle Comptes nationaux de la santé DREES		
	3 129 463					
	Total	Coût unitaire	Répartition	N° Détail	Prestation	Montant
Total	1 266 546 784,10 €	404,72 €	100,00%	7,8,9	Autres prescriptions	67 131 077 €
Ville	926 401 903,89 €	296,03 €	73,14%	10,11,12,13	Forfaits CMU-C	178 159 975 €
Hôpital	340 144 880,21 €	108,69 €	26,86%	3	Dentaire	73 525 820 €
Ville	926 401 903,89 €	296,03 €	100,00%	6	Autres biens médicaux	26 921 872 €
Honoraires médicaux (1,2)	217 330 452,58 €	69,45 €	23,46%	1,2,4	Honoraires	275 954 261 €
Forfaits CMU (10,11,12,13)	178 159 975,49 €	56,93 €	19,23%	5	Pharmacie	304 708 898 €
Autres (3,4,5,6,7,8,9)	530 911 475,82 €	169,65 €	57,31%	14,15	Frais hospitalisation	340 144 880 €
Hôpital	340 144 880,21 €	108,69 €	100,00%			1 266 546 784 €
Honoraires du secteur public et Prestations (14)	232 434 066,29 €	74,27 €	68,33%			
Forfait hospitalier (15)	107 710 813,92 €	34,42 €	31,67%			
Détail						
1	Honoraires des généralistes	143 520 977,42 €	45,86 €	11,33%		
2	Honoraires des spécialistes	73 809 475,16 €	23,59 €	5,83%		
3	Honoraires dentaires	73 525 820,31 €	23,49 €	5,81%		
4	Honoraires paramédicaux	58 623 808,03 €	18,73 €	4,63%		
5	Médicaments	304 708 898,12 €	97,37 €	24,06%		
6	Dispositifs médicaux	26 921 871,96 €	8,60 €	2,13%		
7	Analyse et biologie	48 769 019,38 €	15,58 €	3,85%		
8	Frais de transport	16 217 978,38 €	5,18 €	1,28%		
9	Autres prestations en nature	2 144 079,64 €	0,69 €	0,17%		
10	Forfaits proth. dentaires	137 251 783,79 €	43,86 €	10,84%		
11	Forfaits orthodontie	19 032 376,57 €	6,08 €	1,50%		
12	Forfaits optique médicale	20 391 829,96 €	6,52 €	1,61%		
13	Forfaits proth. auditives	1 483 985,17 €	0,47 €	0,12%		
14	Honoraires du secteur public/Prestations hospitalières	232 434 066,29 €	74,27 €	18,35%		
15	Forfait journalier	107 710 813,92 €	34,42 €	8,50%		



Evolution de la dépense unitaire

CNAMETS		Dépense		Montants unitaires		Croissance	
Métropole		2007	2007	2006	2005	2007	2006
Effectifs				3 129 463	3 142 286	-0,41%	1,10%
Total		1 266 546 784,10 €	404,72 €	390,25 €	364,58 €	3,57%	6,58%
Ville		926 401 903,89 €	296,03 €	280,57 €	271,30 €	5,22%	3,30%
Hôpital		340 144 880,21 €	108,69 €	109,68 €	93,27 €	-0,91%	14,96%
Ville		926 401 903,89 €	296,03 €	280,57 €	271,30 €	5,22%	3,30%
Honoraires médicaux (1,2)		217 330 452,58 €	69,45 €	66,97 €	62,19 €	3,56%	7,14%
Forfaits CMU (10,11,12,13)		178 159 975,49 €	56,93 €	47,14 €	38,72 €	17,20%	17,86%
Autres (3,4,5,6,7,8,9)		530 911 475,82 €	169,65 €	166,45 €	170,39 €	1,88%	-2,36%
Hôpital		340 144 880,21 €	108,69 €	109,68 €	93,27 €	-0,91%	14,96%
Honoraires du secteur public et Prestations (14)		232 434 066,29 €	74,27 €	79,31 €	64,11 €	-6,78%	19,16%
Forfait hospitalier (15)		107 710 813,92 €	34,42 €	30,37 €	29,16 €	11,77%	3,98%
Détail		1 266 546 784,10 €	404,72 €	390,25 €	364,58 €	3,57%	6,58%
1 Honoraires des généralistes		143 520 977,42 €	45,86 €	43,71 €	40,81 €	4,69%	6,65%
2 Honoraires des spécialistes		73 809 475,16 €	23,59 €	23,26 €	21,39 €	1,37%	8,06%
3 Honoraires dentaires		73 525 820,31 €	23,49 €	22,23 €	21,00 €	5,39%	5,51%
4 Honoraires paramédicaux		58 623 808,03 €	18,73 €	17,84 €	17,15 €	4,75%	3,91%
5 Médicaments		304 708 898,12 €	97,37 €	97,35 €	104,60 €	0,02%	-7,45%
6 Dispositifs médicaux		26 921 871,96 €	8,60 €	8,14 €	7,92 €	5,34%	2,70%
7 Analyse et biologie		48 769 019,38 €	15,58 €	15,33 €	15,10 €	1,60%	1,50%
8 Frais de transport		16 217 978,38 €	5,18 €	4,86 €	4,21 €	6,22%	13,31%
9 Autres prestations en nature		2 144 079,64 €	0,69 €	0,70 €	0,40 €	-1,87%	42,27%
10 Forfaits proth. dentaires		137 251 783,79 €	43,86 €	36,34 €	28,71 €	17,15%	20,99%
11 Forfaits orthodontie		19 032 376,57 €	6,08 €	4,14 €	3,48 €	31,99%	15,76%
12 Forfaits optique médicale		20 391 829,96 €	6,52 €	6,28 €	6,16 €	3,57%	1,96%
13 Forfaits proth. auditives		1 483 985,17 €	0,47 €	0,38 €	0,37 €	18,97%	4,45%
14 Honoraires du secteur public/Prestations hospitalières		232 434 066,29 €	74,27 €	79,31 €	64,11 €	-6,78%	19,16%
15 Forfait journalier		107 710 813,92 €	34,42 €	30,37 €	29,16 €	11,77%	3,98%

Source : CNAMETS

Comparatif du coût moyen par bénéficiaire des dépenses de CMU-C pour la CNAMTS, le RSI et la MSA en 2007

Métropole	CNAMTS	RSI	MSA	CNAMTS/RSI	CNAMTS/MSA
Effectifs	3 129 463	141 457	113 263		
Total	404,72 €	317,22 €	366,49 €	78,38%	90,55%
Ville	296,03 €	257,77 €	292,92 €	87,08%	98,95%
Hôpital	108,69 €	59,45 €	73,57 €	54,69%	67,69%
Ville	296,03 €	257,77 €	292,92 €	87,08%	98,95%
Honoraires médicaux (1,2)	69,45 €	61,44 €	65,54 €	88,48%	94,37%
Forfaits CMU (10,11,12,13)	56,93 €	49,85 €	60,34 €	87,56%	105,99%
Autres (3,4,5,6,7,8,9)	169,65 €	146,48 €	167,04 €	86,35%	98,46%
Hôpital	108,69 €	59,45 €	73,57 €	54,69%	67,69%
Honoraires du secteur public et Prestations (14)	74,27 €	44,38 €	47,83 €	59,76%	64,40%
Forfait hospitalier (15)	34,42 €	15,06 €	25,74 €	43,77%	74,79%
Détail	404,72 €	318,35 €	366,50 €	78,66%	90,56%
1 Honoraires des généralistes	45,86 €	33,52 €	44,55 €	73,10%	97,15%
2 Honoraires des spécialistes	23,59 €	27,92 €	20,99 €	118,38%	88,98%
3 Honoraires dentaires	23,49 €	23,34 €	25,66 €	99,33%	109,24%
4 Honoraires paramédicaux	18,73 €	14,86 €	17,57 €	79,32%	93,78%
5 Médicaments	97,37 €	83,78 €	94,00 €	86,04%	96,55%
6 Dispositifs médicaux	8,60 €	8,27 €	9,02 €	96,18%	104,83%
7 Analyse et biologie	15,58 €	14,70 €	15,52 €	94,33%	99,60%
8 Frais de transport	5,18 €	2,22 €	5,00 €	42,93%	96,53%
9 Autres prestations en nature	0,69 €	0,44 €	0,27 €	64,38%	39,12%
10 Forfaits proth. dentaires	43,86 €	38,11 €	48,27 €	86,90%	110,06%
11 Forfaits orthodontie	6,08 €	4,88 €	5,79 €	80,19%	95,27%
12 Forfaits optique médicale	6,52 €	6,42 €	5,77 €	98,48%	88,52%
13 Forfaits proth. auditives	0,47 €	0,44 €	0,51 €	92,76%	107,13%
14 Honoraires du secteur public/Prestations hospitalières	74,27 €	44,38 €	47,83 €	59,76%	64,40%
15 Forfait journalier	34,42 €	15,06 €	25,74 €	43,77%	74,79%

Source : CNAMTS, RSI, CCMSA

ANNEXE 8 : PRÉSENTATION DES RESULTATS COMPTABLES DU FONDS CMU

ANNEE 2008

En millions d'euros

Charges		Produits	
Paiement aux régimes de base	1 263	Dotation de l'Etat	47
Paiement aux organismes complémentaires	80	Contribution des organismes	569
Dotations aux provisions	79	Reprises sur provisions	28
Gestion administrative	1	Contribution ACS	87
		Taxe tabac	372
		Taxe alcool	349
Résultat (excédent)	29		
Total des charges	1 452	Total des produits	1 452

RECAPITULATIF DES COMPTES DU FONDS

En millions d'euros

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Produits									
Dotation de l'Etat	800	889	1 150	970	1 037	695	346	109	47
Taxe alcool						386	404	480	349
Taxe tabac							217	411	372
Contribution ACS						13	40	65	87
Contribution des organismes complémentaires	247	223	223	245	291	302	492	494	569
Reprises sur provisions		94	159	143	202	22	25	35	28
Total produits	1 047	1 206	1 532	1 358	1 530	1 418	1 524	1 595	1 452
Charges									
Paiement aux régimes de base	908	1 189	1 164	1 210	1 357	1 270	1 438	1 442	1 263
Paiement aux organismes complémentaires	10	22	47	62	73	78	81	88	80
Annulation produits antérieurs					2				
Dotations aux provisions	94	159	143	202	22	25	35	28	79
Gestion administrative	0,5	1	1	1	1	1	1	1	1
Total charges	1 013	1 371	1 355	1 475	1 455	1 374	1 555	1 559	1 423
Résultat de l'année	34	- 165	177	117	75	44	- 31	36	29
Résultat cumulé	34	-131	47	- 70	5	48	17	53	83

ANNEXE 9 : PROFIL DE TRESORERIE 2008

En euros

	Solde	Dépenses	Recettes	Commentaires
1-janv.-08	156 420 764		91 184 474	Taxes tabacs et alcools
7-janv.-08	152 620 764	7 700 000	3 900 000	Acompte aux régimes + dotation budgétaire
14-janv.-08	152 459 416	161 348		Paiement aux organismes complémentaires
15-janv.-08	151 296 166	1 163 250		Budget GA 2008
17-janv.-08	71 296 166	80 000 000		Acompte aux régimes
25-janv.-08	69 480 774	1 815 392		Paiement aux organismes complémentaires
1-févr.-08	73 380 774		3 900 000	Dotation budgétaire
4-févr.-08	74 590 157	67 700 000	68 909 383	Acompte aux régimes + taxes tabacs et alcools
5-févr.-08	66 286 124	8 304 033		Paiement aux organismes complémentaires
6-févr.-08	56 659 376	9 626 748		Paiement aux organismes complémentaires
7-févr.-08	55 476 289	1 183 087		Paiement aux organismes complémentaires
8-févr.-08	54 836 123	640 166		Paiement aux organismes complémentaires
14-févr.-08	54 005 785	830 338		Paiement aux organismes complémentaires
15-févr.-08	63 561 699	100 000 000	109 555 915	Acompte aux régimes - dotation ACS
3-mars-08	124 452 444		60 991 032	Taxes tabacs et alcools
5-mars-08	66 752 444	57 700 000		Acompte aux régimes
31-mars-08	66 500 035	252 405		Régularisations 2007 petits régimes
1-avr.-08	60 143 765	10 256 270	3 900 000	Régularisation 2007 RSI + dotation budgétaire
3-avr.-08	122 609 435		62 465 670	Taxes tabacs et alcools
4-avr.-08	64 909 435	57 700 000		Acompte aux régimes
7-avr.-08	14 909 435	50 000 000		Régularisation partielle 2007 CNAMTS
21-avr.-08	14 081 963	827 472		Paiement aux organismes complémentaires
30-avr.-08	13 159 421	922 542		Paiement aux organismes complémentaires
2-mai-08	78 930 718		65 771 305	Dotation budgétaire + taxes tabacs et alcools
5-mai-08	52 651 658	26 279 060		Acompte aux régimes + régularisation 2007 MSA
7-mai-08	51 248 074	1 403 584		Paiement aux organismes complémentaires
15-mai-08	27 691 100	190 000 000	166 443 026	Acompte aux régimes - dotation ACS
19-mai-08	17 474 967	10 216 133		Paiement aux organismes complémentaires
30-mai-08	13 783 478	3 691 489		Paiement aux organismes complémentaires
2-juin-08	17 683 478		3 900 000	Dotation budgétaire
3-juin-08	81 006 794		63 323 316	Taxes tabacs et alcools
5-juin-08	23 306 794	57 700 000		Acompte aux régimes
1-juil.-08	27 206 794		3 900 000	Dotation budgétaire
3-juil.-08	108 619 220		81 412 425	Taxes tabacs et alcools
4-juil.-08	48 494 370	60 124 850		Acompte aux régimes
17-juil.-08	47 635 462	858 908		Paiement aux organismes complémentaires
1-août-08	117 260 871		69 625 410	Dotation budgétaire + taxes tabacs et alcools
5-août-08	29 560 871	87 700 000		Acompte aux régimes
6-août-08	16 907 326	12 653 545		Paiement aux organismes complémentaires
11-août-08	13 805 939	3 101 383		Paiement aux organismes complémentaires
18-août-08	22 862 132	100 000 000	109 056 193	Acompte aux régimes - dotation ACS
1-sept.-08	26 731 118		3 900 000	Dotation budgétaire
3-sept.-08	101 827 534		75 096 416	Taxes tabacs et alcools
4-sept.-08	99 604 577	2 222 957		Paiement aux organismes complémentaires
5-sept.-08	21 904 577	77 700 000		Acompte aux régimes
1-oct.-08	25 721 546		3 900 000	Dotation budgétaire
3-oct.-08	106 051 444		80 329 898	Taxes tabacs et alcools
6-oct.-08	55 692 755	50 358 689		Acompte aux régimes - dotation ACS
22-oct.-08	54 317 034	1 375 710		Paiement aux organismes complémentaires
27-oct.-08	52 616 633	1 700 401		Paiement aux organismes complémentaires
31-oct.-08	49 253 024	3 363 609		Paiement aux organismes complémentaires
3-nov.-08	114 209 463		64 956 440	Dotation budgétaire + taxes tabacs et alcools
5-nov.-08	26 509 463	87 700 000		Acompte aux régimes
7-nov.-08	21 726 800	4 755 470		Paiement aux organismes complémentaires
10-nov.-08	16 053 721	5 673 079		Paiement aux organismes complémentaires
14-nov.-08	12 261 931	3 791 790		Paiement aux organismes complémentaires
17-nov.-08	1 709 357	135 532 065	124 979 491	Acpte aux régimes + régul 2007 CNAMTS + verst ACOS
1-déc.-08	5 830 224		4 100 000	Dotation budgétaire
3-déc.-08	77 351 334		71 521 110	Taxes tabacs et alcools
5-déc.-08	19 651 334	57 700 000		Acompte aux régimes
18-déc.-08	18 335 717	1 315 617		Paiement aux organismes complémentaires
30-déc.-08	97 048 571		78 712 855	Taxes tabacs et alcools

Source : Fonds CMU

ANNEXE 10 : COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Président

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 général du Trésor et de la politique économique

Représentants du ministre chargé du budget

Le directeur du budget

Le directeur général des finances publiques

ANNEXE 11 : CONSEIL DE SURVEILLANCE

Le conseil de surveillance du Fonds CMU a tenu sa première réunion le 24 juin 2008.

Le rapport d'activité 2007 a été présenté au conseil. Celui-ci a donné un avis favorable pour que ce rapport soit transmis au Parlement en application de l'article R. 862-8 du code de la sécurité sociale.

Le conseil a ensuite pris connaissance du rapport sur les coûts moyens de la CMU-C en 2006 et 2007 dans les régimes de base et dans les organismes complémentaires.

Enfin, deux études sur la forte rotation des bénéficiaires de la CMU-C dans le dispositif ont été présentées.

C'est le 2 décembre 2008 que le conseil de surveillance du Fonds CMU a tenu sa seconde réunion pour l'année.

Une première discussion s'est ouverte après la présentation des dispositions concernant le Fonds CMU contenues dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Les représentants des organismes complémentaires se sont unanimement élevés contre le relèvement du taux de la contribution finançant le Fonds CMU. Les associations ont, quant à elles, fait part de leur crainte que cette mesure amène une augmentation des primes et cotisations, et en conséquence une difficulté plus grande pour les démunis à accéder à un contrat de complémentaire santé. Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale, a insisté sur l'apport à la réflexion que constituera le nouveau rapport public sur la situation financière des complémentaires santé, réalisé à partir des données du Fonds CMU et de l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM). Il a rappelé les données relatives aux affections de longue durée (ALD) qui constatent une prise en charge de plus en plus importante par les régimes de base de ces personnes.

Le conseil a ensuite pris connaissance du rapport relatif aux prix et aux contenus des contrats ayant bénéficié de l'ACS en 2007.

Enfin, les deux études réalisées par des CPAM traitant des difficultés administratives dans les relations entre professionnels de santé et caisses d'assurance maladie autour de la CMU ont été présentées au conseil de surveillance.

COMPOSITION DU CONSEIL DE SURVEILLANCE AU 31 DECEMBRE 2008.

Président

Jean-Marie ROLLAND

Membres de l'Assemblée nationale

Martine CARRILLON-COUVREUR

Jacques DOMERGUE

Membres du Sénat

Michel MOREIGNE

Anne-Marie PAYET

Alain VASSELLE

Représentants des organismes œuvrant dans le domaine économique et social en faveur des populations les plus démunies

La Croix-Rouge française

David MARCON

Secours populaire français

Raymond GALINSKI

Secours catholique

Fabrice MOLLIEX

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

Cécile CHARTREAU

Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale

Jean-Marie RABO

Médecins du Monde

Bernard MORIAU

ATD Quart Monde

Chantal BLANC

Représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés – CNAMTS

Michel REGEREAU
Jean BELLET

Régime social des indépendants – RSI

Gérard QUEVILLON
Odile BARNAUD

Caisse centrale de mutualité sociale agricole - CCMSA

Gérard PELHATE
Henri ROCOULET

Représentants des organismes de protection sociale complémentaire

Organismes mutualistes sur désignation de la Fédération nationale de la mutualité française - FNMF

Fabrice HENRY
Maurice RONAT
Josiane MAERTEN

Organismes mutualistes sur désignation de la Fédération des mutuelles de France - FMF

Pascale VATEL

Organismes mutualistes sur désignation de la Fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles - FNIM

Philippe DELEMARRE

Entreprises d'assurance sur désignation de la Fédération française des sociétés d'assurance - FFSA

Alain ROUCHE
Gilles JOHANNET

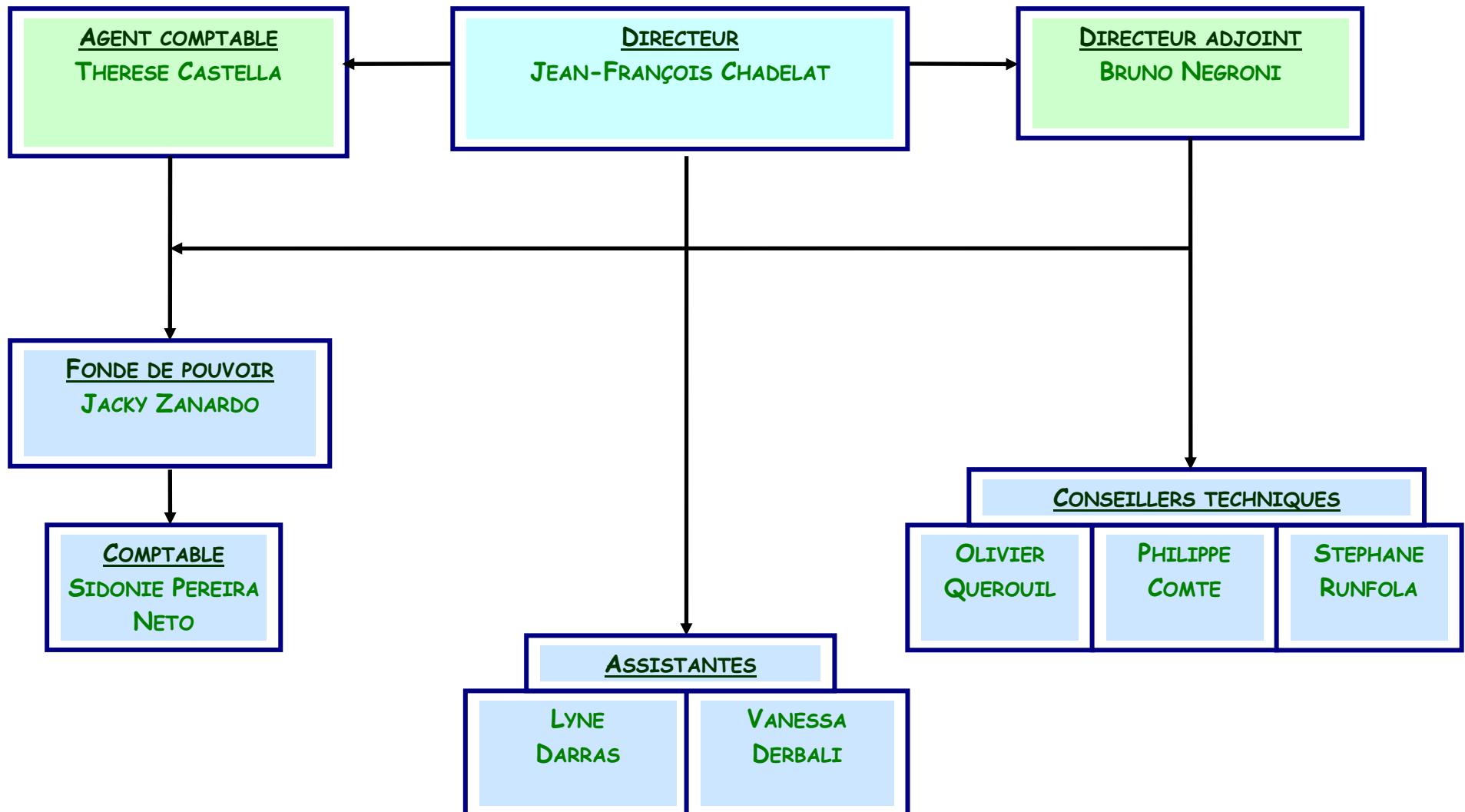
Entreprises d'assurance sur désignation du Groupement des entreprises mutuelles d'assurance - GEMA

Bernard SCAGLIOTTI

Institutions de prévoyance sur désignation du Centre technique des institutions de prévoyance - CTIP

Jean-Louis FAURE
Evelyne GUILLET

ANNEXE 12 : ORGANIGRAMME DU FONDS CMU



ANNEXE 13 : L'ACTUALITE DES COMPLEMENTAIRES SANTE

1) Tarifs : quelles perspectives pour les OCAM en 2009 ?

Un article, Espace Social Européen (n° 871 – 7 au 13 novembre 2008) évoque pour la fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) une augmentation des cotisations santé de 4 % en 2008, et dans une fourchette allant de 5 à 6 % en 2009, incluant l'intégralité de l'augmentation de la contribution CMU à intervenir au 1^{er} janvier 2009.

Le numéro suivant du même hebdomadaire (n° 872 – 14 au 20 novembre 2008) cite Maurice Ronat, président des mutuelles FNMI, pour qui un rapide tour d'horizon des mutuelles montre que cela pourrait varier au final dans une fourchette allant de 2 % à 2,8 %. Les mutuelles ont cependant des positions diverses concernant la répercussion de la contribution : des structures feront tout pour ne pas la répercuter (Groupe EOVI pour 2008), d'autres la prendront en charge partiellement (MNT ou le réseau Radiance), d'autres n'auront pas de démarche uniforme d'une gamme à l'autre.

S'agissant du collectif, le journal souligne que la concurrence est rude et que la tendance est de regarder précisément les résultats techniques de chaque contrat, afin d'agir sur l'évolution du tarif.

A ce jour, le Fonds CMU enregistre une évolution de 5,1 % du chiffre d'affaires santé des complémentaires sur les 3 premiers trimestres 2008 par rapport à la même période un an plus tôt.

2) Le débat sur la contribution d'un milliard d'euros des complémentaires santé et les conséquences de son instauration sur le fonctionnement de l'UNOCAM

- Dans une interview retranscrite dans l'argus de l'assurance (n°7096 du 14 novembre 2008), Roselyne Bachelot revient sur la contribution annoncée. D'après la Ministre, « l'association des organismes complémentaires à la gestion du risque justifie, notamment leur participation au financement de l'assurance maladie », « la bonne santé des organismes complémentaires est à prendre en compte ». Cette bonne santé, d'après la Ministre, qui se réfère au dernier rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, est surtout due à la prise en charge croissante par l'assurance maladie obligatoire d'un certain nombre de dépenses : « l'assurance maladie obligatoire augmente chaque année mécaniquement sa dépense d'au minimum 600 M€ toutes choses égales par ailleurs, sous l'effet combiné du vieillissement de la population et du régime des affections longues durées. Cela constitue autant d'économies pour les complémentaires ou de décalage entre la croissance spontanée des dépenses de l'assurance maladie et de celles des organismes complémentaires ». « Nous avons estimé qu'il n'était pas illégitime de chercher à rééquilibrer ce transfert par un juste "versement". Je suis convaincue donc que les organismes complémentaires sont à même de supporter cette contribution ».

Concernant la question de la pérennisation de la contribution, la Ministre clarifie sa position : son non renouvellement après 2010 impliquerait qu'elle ait un caractère exceptionnel. Or, il faut tenir compte de deux éléments qui ne sont pas exceptionnels :

- « la dilatation naturelle » de 600 M€ supplémentaires chaque année au détriment de l'assurance maladie » (ALD) ;
- « Le financement même du Fonds CMU, dont le mécanisme n'est pas non plus exceptionnel ».

Sur la perspective d'une association plus importante des complémentaires à la gestion du risque, la Ministre rappelle que pour redresser l'assurance maladie, il faut réguler l'ensemble des dépenses de santé et pas seulement celles prises en charge majoritairement par le régime obligatoire. Elle précise que les complémentaires santé ont un lien privilégié avec les

adhérents, « ce qui peut nous permettre de progresser dans la prévention, donc d'engendrer des économies importantes à moyen terme ».

- Une analyse intéressante émanant de Christian Germain, directeur général de CCMO Mutuelles est reprise dans Espace Social Européen (19 novembre 2008) concernant la contribution CMU : « Loin de refuser en bloc le principe d'une contribution, le directeur de cette mutuelle couvrant plus de 130 000 personnes conteste le bien-fondé des modes opératoires retenus. ». « Taxer les profits excessifs semble plus équitable que d'appliquer à l'aveugle une taxe à tous les acteurs. ». « Une mutuelle qui a une forte croissance, comme c'est le cas de la CCMO, a besoin de pouvoir accroître ses fonds propres pour satisfaire les conditions d'existence ... [Marges de solvabilité ...] ». Christian Germain cite la CCMO qui a « décidé d'avoir un résultat inférieur à 5 % des cotisations afin que ses adhérents puissent continuer à avoir accès à des soins de qualité. ». En clair, « la mesure risque fort de générer des réponses pernicieuses » (Espace Social Européen – n° 872 – 14 au 20 novembre 2008) ; « Les organismes qui comme la CCMO, limitent leurs marges de solvabilité à un niveau proche des impératifs de l'ACAM (200 %), perdent toutes leurs marges de manœuvre. Dans un certain sens, la mesure profite à ceux qui, hier et aujourd'hui, ont bénéficié d'excédents importants. A ne rien y comprendre. ».

3) Le débat suscité par le protocole signé entre l'Etat et la Mutualité française (28 juillet 2008)

La question de la seule association de la Mutualité française a été posée à Roselyne Bachelot dans l'Argus de l'assurance (n°7096 du 14 novembre 2008). La Ministre, en réponse, a précisé que les représentants de toutes les fédérations d'organismes complémentaires ont été rencontrés, aboutissant à un consensus général sur la « nécessité de préserver les bases de notre système de santé solidaire en redressant sa santé financière ». Mais « La mutualité a souhaité s'engager plus que les autres ».

Jean-Pierre Davant, le Président de la Mutualité française, revient dans un article de l'AFIM (n°3296 du 25 août 2008) sur les enjeux du protocole signé avec l'Etat, en rappelant en préalable que la contribution des mutuelles était « non négociable ». « Mise devant le fait accompli, la Fédération a obtenu in extremis des engagements sur la modernisation du système de santé ».

En particulier, Jean-Pierre Davant souligne :

- « Des négociations tripartites avec les professions de santé en priorité dans les secteurs, comme les frais d'optiques ou les soins dentaires, où les complémentaires santé assurent un niveau important de prise en charge et entendent développer leur outil de régulation. ». « Si nous revendiquons le tripartisme, ne n'est pas une fin en soi », explique Jean-Pierre Davant. « Notre objectif est d'améliorer les soins délivrés à nos adhérents d'un double point de vue : médical et économique. La seule façon d'atteindre cet objectif, c'est d'associer la Mutualité à la gestion du système de santé. »

- « L'accès des organismes complémentaires santé aux données de santé dans le respect de l'anonymat ». Ces données permettront aux fédérations de mieux analyser la structure des dépenses, notamment au regard du taux de prise en charge, qui varie selon les prestations rappelle Roselyne Bachelot dans l'Argus de l'assurance (n°7096 du 14 novembre 2008).

- « La Fédération sera également associée à l'évolution des modes de rémunération des professionnels de santé et à la limitation des dépassements ... ».

- Enfin, la situation des patients atteints d'une maladie chronique devra être améliorée afin d' « assurer une prise en charge continue et de meilleure qualité ».

Comme le rappelle La Tribune (12 août 2008 – Le protocole sur l'assurance santé en débat), certains observateurs sont cependant sceptiques sur l'efficacité de ce protocole « conclu en franc-tireur ». « En signant seule, la Mutualité cherche à dissocier son image de celle des

autres acteurs » souligne Mathias Matallah (président de Jalma – cabinet de conseil spécialisé en assurances de personnes). « Elle veut se distinguer des complémentaires santé dont le « matelas » financier a été pointé du doigt par Roselyne Bachelot ». Cependant, « la signature de ce protocole en dehors du cadre de l'Unocam revient à reconnaître l'échec de cette instance ». « Or, l'Unocam avait précisément été créée par la loi de 2004 pour rassembler les différentes familles de complémentaires et leur permettre de négocier avec le régime obligatoire ».

Le quotidien rapporte les propos de la Mutualité qui, en réponse, estime que « l'Unocam ne nous empêche pas d'avoir notre liberté d'action. ».

Alain Rouché, directeur santé de la Fédération française des sociétés d'assurance déclare (Protection sociale – 3 septembre 2008) que les contreparties négociées par la mutualité paraissent assez floues, voire illusoires « s'agissant notamment de la participation réelle des complémentaires à la gestion du risque ». « En effet, les responsabilités ne se partagent pas et nous sommes donc réservés sur le principe de négociations tripartites car il n'est pas question de se substituer aux prérogatives de l'assurance maladie. Dans certains domaines comme l'optique où nous sommes prépondérants, nous pourrions en revanche avoir une place centrale dans la négociation. Encore faut-il clarifier le rôle de chacun ».

La FFSA avait immédiatement réagit à l'annonce du protocole signé entre l'Etat et la Mutualité française en suspendant sa participation à cette instance. Le Ctip s'était donné jusqu'au 30 octobre 2008 pour faire connaître sa décision. La Tribune (28 novembre 2008) a annoncé que le bureau de l'UNOCAM s'est réuni pour la première fois depuis l'été le 26 novembre 2008. « Nous avons effacé le litige qui était fort » selon Alain Rouché. « Nous sommes sortis de la crise et nous repartons sur des bases saines » déclare Emmanuel Luigi (secrétaire général de l'UNOCAM) puisque « De nouvelles modalités de fonctionnement vont être mises en place. ».

L'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 rend obligatoire la signature de conventions avec les professionnels de santé par l'UNOCAM dans les secteurs où le financement des complémentaires sont majoritaires (dentaire, optique). Ce type d'accord devra recueillir au moins 60 % des voix au sein de l'UNOCAM ce qui oblige à la signature de la Mutualité et d'au moins une autre famille (sociétés d'assurance ou institutions de prévoyance). Sur les autres sujets concernant l'ensemble des complémentaires santé, « la recherche du consensus » initial au sein de l'UNOCAM sera recherchée. Le journal conclut « Les complémentaires semblent donc prêtes à jouer l'union plutôt que la division face aux pouvoirs publics. ».

4) La question des transferts de charges de l'assurance maladie vers les complémentaires

- *Des constats pointés dans le rapport d'information de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) du Sénat, s'appuyant sur les résultats d'une enquête demandée à la Cour des comptes*

Le rapport souligne en particulier :

- que dans un contexte financièrement favorable pour les complémentaires, « il peut apparaître légitime d'envisager de nouveaux transferts de charges en direction des assureurs complémentaires ». Il relève en effet que : « Le rapport entre prestations médicales versées et les cotisations perçues est actuellement extrêmement favorable, à 76 %, au lieu de 80 % en 2001, ce qui a permis à ces organismes d'engranger des hausses importantes de marge de solvabilité et de fonds propres », dans le même temps, « les cotisations ont augmenté de 13 % à 14 % » soit « un montant de 3 à 4 milliards d'excédents ». « L'invocation fréquente du

rendez-vous de 2012 avec l'entrée en vigueur de la directive européenne Solvabilité 2, qui impose de nouvelles règles en matière de fonds propres, ne saurait pourtant expliquer une telle course à la hausse des cotisations dans la mesure où la plupart des organismes complémentaires sont déjà en mesure de faire face à ces nouvelles exigences financières ».

- « un coût public élevé pour accroître la couverture complémentaire des ménages » (CMU-C, ACS : 1,7 milliards d'euros ; « déductibilités » contrats Madelin et contrats collectifs : 5,2 milliards d'euros ; 720 millions d'euros relatifs à l'exonération de taxe sur les assurances pour la partie santé des contrats responsables) représentant un coût de 35 % par rapport aux prestations remboursées.

- des coûts de gestion de « 5,4 % pour l'assurance maladie obligatoire et de 25,4 % en moyenne pour les assureurs complémentaires ».

Le rapport pointe en outre « des carences statistiques préoccupantes et inacceptables » qui ont conduit la Cour à recommander que des états statistiques soient rendus obligatoires pour les trois familles d'assurance complémentaire ».

L'UNOCAM a répondu à la Cour des comptes par courrier en date du 30 juin 2008 (Espace Sociale Européen – n° 870 -31 octobre au 6 novembre 2008) sur la question des frais de gestion des complémentaires. Le Ctip a quant à lui répondu sur les avantages fiscaux aux complémentaires (ESE – Fil social du 26 juin 2008). Il a opposé son propre chiffrage sur le montant de ces avantages qu'il réduit de 4,9 à 2,1 milliards d'euros.

- *Evaluation des enjeux des transferts à partir d'une étude diligentée par le centre technique des institutions de prévoyance (Ctip)*

Les Echos (Edition du 11 avril 2008 – Nouvelle inflation en vue des complémentaires santé) se pose la question sur « quel sera l'impact pour les assureurs complémentaires des réformes à venir de l'assurance maladie ? ». Son analyse s'appuie sur une étude du centre technique des institutions de prévoyance (Ctip) qui a cherché à mesurer ce que différents transferts envisagés pourraient coûter aux assurés. Les Echos soulignent que selon les scénarios envisagés, « les ordres de grandeur varient du tout au tout » :

- l'instauration d'un ticket modérateur de 5 % sur les ALD (60 % des dépenses d'assurance maladie obligatoire et 14 % de la population couverte) représentant une économie de 3,7 milliards d'euros, conduirait à une augmentation de 17,9 % des cotisations, situation « potentiellement pas gérable par les complémentaires santé » selon le Ctip
- le désengagement total de l'optique (6 % financés par le régime obligatoire) représente un intérêt financier faible de 227 millions d'euros induirait une hausse de 1,3 % des cotisations
- le déremboursement des prothèses dentaires aurait un impact plus important de 1,3 milliards d'euros avec pour contrepartie un accroissement de 6,3 % des cotisations
- le désengagement des soins dentaires adultes induiraient une économie de 2,1 milliards d'euros et une augmentation de 10,3 % des cotisations
- le déremboursement des médicaments à vignettes bleues rapporterait 3,6 milliards d'euros et un accroissement de 17,8 % des cotisations
- passer de 3 à 8 jours de franchises sur les arrêts de travail ne représenterait qu'une économie de 200 millions.

Toutefois, ces chiffres doivent être rapprochés des 10 milliards d'économies ou de recettes nouvelles nécessaires pour équilibrer les comptes de l'assurance maladie en 2011.

Selon le Quotidien du médecin (21 novembre 2008), Eric Woerth, le ministre du Budget, a l'intention de relancer « dès que possible » le débat sur la frontière entre solidarité et prise en charge individuelle. Le débat « sera sur la table dès 2009 ». Le journal cite les contours du débat posé par le ministre « Faut-il procéder à des transferts par blocs [de soins] de la Sécu vers les complémentaires sachant que cette procédure est complexe et peut facilement être

caricaturée ? Le bouclier sanitaire est-il une bonne idée ? Comment agir sur les ALD ? ». Une question clef posée par Dominique Paillé, conseiller politique du chef de l'Etat « Comment cet appel [à la responsabilité individuelle] peut-il se faire et être accepté ? ». En lien avec les ordres de grandeur affichés par le Ctip, le Quotidien du médecin cite Bertrand Fragonard, président du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie pour qui « On n'ira pas très loin dans les départs notamment pour des raisons politiques [...]. Un point de désengagement du régime de base équivaut à six points de cotisation. ».

5) Bilan du contrôle des organismes complémentaires par l'ACAM

L'AFIM (n°3238 – 24 avril 2008) et l'Argus de l'assurance (n°7082 – 4 juillet 2008) font référence au bilan 2007 de l'ACAM sur le contrôle des assureurs français. L'Argus souligne que peu de sanctions ont été prononcées, l'ACAM préférant désormais opter pour des mesures préventives et avoir recours aux recommandations. L'article de l'AFIM précise s'agissant des mutuelles que la restructuration du secteur se poursuit du fait de « la concurrence toujours très vive » et « la complexification du métier » ainsi que du « renforcement des exigences prudentielles ». Lors d'une conférence le 15 avril, l'ACAM a fait un point sur la remise en 2007 du dossier annuel de l'exercice 2006. « Il s'agit d'un ensemble d'états fournissant des informations administratives, comptables et financières grâce auxquels elle peut effectuer un contrôle préventif. »

6) Le contrôle interne : une obligation effective pour les mutuelles et institutions de prévoyance

Espace Social Européen (n°855 – du 30 mai au 3 juin 2008) a fait le point sur le décret du 21 mai 2008 qui impose pour les mutuelles (structures encaissant au moins 45 millions d'euros de cotisations et versant au moins 36 millions d'euros de prestations par exercice) et institutions de prévoyance, la mise en place de procédures de contrôle interne. Le décret leur impose de produire un rapport de contrôle interne qui sera transmis à l'ACAM. Fabrice Guibert (AFIM – n°3252 du 20 mai 2008) précise que « Ce document, qui lui servira pour juger de la qualité de la gestion, devra refléter la réalité des dispositifs mis en place ». Il ajoute : « Les défaiillances de contrôle interne pourront donner lieu à une exigence supplémentaire de marge de solvabilité par l'ACAM ». Fabrice Guibert suggère de faire préalablement un état des lieux de l'ensemble des pratiques et des risques, dans tous les domaines conduisant à une « cartographie des risques ». Face à chacun de ces risques, une évaluation doit être conduite pour choisir la meilleure solution à mettre en œuvre. L'ensemble des informations doit être consignée par écrit, « ce qui n'est pas matérialisé est réputé inexistant ». Tous les acteurs de la mutuelle sont concernés par le contrôle interne : l'ensemble de la direction et du personnel mais en premier lieu, les membres du conseil d'administration qui « ont un rôle central puisqu'ils ont la responsabilité globale et ultime du dispositif ». La réalisation du contrôle interne et son suivi oblige au recrutement de nouvelles compétences pour assurer notamment la cohérence de l'ensemble du dispositif. La responsabilité de cette mission incombe au « risk manager », à ce jour fonction essentiellement présente dans les grands groupes.

7) Les mutations de l'assurance santé en France en 2007

L'Argus de l'assurance (n°7078 – 6 juin 2008) revient pour l'assurance santé sur l'année 2007 qu'elle qualifie de globalement bonne année. Il souligne que la Mutualité dans un contexte mouvant ne voit cependant pas « ses positions fondamentalement ébranlées ». D'après Patrick Sagon (MG), les concurrents des mutuelles les plus sérieux sont les bancassureurs même si pour le moment un seul est classé parmi les 30 premiers acteurs de la santé (ACM IARD). Selon l'Argus, tout le monde craint cependant la force de frappe de la Caisse d'Epargne qui a

pour objectif de dépasser le seuil de 100 000 contrats d'ici à 2009. A plus long terme, « un débarquement de la Banque postale fait aussi figure d'épouvantail ». L'Argus souligne que 2007 « consacre à nouveau la pertinence de la stratégie des mutuelles sans intermédiaires (MSI). Cherchant un relai de croissance hors des dommages aux biens, elles se développent sur un marché également saturé ... ». L'Argus cite Pierre Vaillant (Macif) qui souligne « L'équipement est assez facile : la majorité de nos nouveaux clients en santé sont déjà des sociétaires Macif. ». Au sein des MSI, le journal rappelle la crainte que suscite le lancement par la Matmut de son offre santé d'ici la fin 2008, entreprise qui « devrait mettre le paquet pour marcher sur les traces de ses petits camarades Maaf, Macif et autres MMA. »

8) Quels contrats de complémentaire santé à l'avenir ?

Dans la perspective de transferts du régime obligatoire vers les complémentaires santé, Henri Laurent, directeur de Swiss Life Santé affirme dans Espace Social Européen (n°851-852 – du 2 au 15 mai 2008) « Notre challenge : solvabiliser notre offre. ». « Les politiques de couverture vont se différencier beaucoup plus radicalement et, aux objectifs d'équilibre technique, viendront s'ajouter des objectifs d'efficacité des dépenses de santé ». Dans cet esprit, il souligne : « L'innovation est en effet un de nos moteurs. Nous allons proposer à nos assurés une aide fondée sur des critères objectifs de nature médicale pour choisir, suivant tel type de problème ou d'opération, l'établissement ou le spécialiste offrant le meilleur service. ». Il attend des pouvoirs publics que « les règles du jeu ne changent pas tous les deux ans, voire tous les six mois, et que la future réforme promise depuis si longtemps soit radicale mais structurante. Je pense notamment au bouclier sanitaire ».

Dans une interview dans la Tribune (1^{er} novembre 2008), Patrick Bertin, directeur associé du Bipe confirme une tendance pour les complémentaires santé à « une orientation vers des produits sur mesure et low-cost, une segmentation toujours plus grande de l'offre. ». Certains assurés veulent des contrats moins chers avec des garanties moins élevées. Les contrats d'entreprise sont plus généreux du fait des aides fiscales et sociales mais les entreprises soumises à des charges croissantes « veulent davantage de rationalisation et de maîtrise des dépenses de santé. ». « Le marché est aussi traversé par deux mouvements forts. Celui de la différenciation par des services innovants tels l'analyse de devis, etc. Et surtout la maîtrise des remboursements : via des outils informatiques ultrasophistiqués, indispensables pour passer des accords avec les praticiens. ». « Ces outils améliorent l'efficience du système et contribuent à responsabiliser le patient. ». Il s'agit de « démontrer qu'une bonne « mutuelle » n'est pas forcément celle qui rembourse le plus, sans discernement. ».

Concernant la segmentation croissante de l'offre, Marie-Sophie Houïs-Valletoux, directrice santé prévoyance de Maaf Santé précise d'ailleurs « La modularité des contrats est notre marque de fabrique. Mais aujourd'hui, tous les acteurs ont tendance à nous copier ! » (L'Argus de l'assurance – « Le top 30 de la Mutualité » - n°7096 du 14 novembre 2008).

Un article du 14 novembre 2008 fait référence à un point effectué par Santéclair, Groupama et AXA sur leurs résultats au travers de leurs réseaux de professionnels de santé. Si en optique, on tend vers une prise en charge à hauteur des frais réels engagés, l'avantage procuré par le recours au réseau pour ce qui concerne le dentaire se situe en moyenne autour de 15 % par rapport aux dentistes « hors réseau ». D'après Marianne Binst, directrice générale de Santéclair (l'Argus de l'assurance n°7097 – 21 novembre 2008), dans le cadre de réseaux, « la vraie réussite est de bien maîtriser le lien entre gestion du risque et assureurs », en clair, le réseau ne sert à rien si les garanties demeurent pousse-au-crime, précise le journal.

L'article souligne également que le médicament qui représente autour de 30 % des complémentaires santé est le secteur qui suscite le plus d'attente de leur part puisque « Plus le SMR est faible, plus on rembourse ! » se plaint Michel Charton (AXA). Sur cette question, il explique dans l'Argus (n°7097 – 21 novembre 2008), que pour se lancer dans la gestion du

risque, la connaissance du code CIP (code numérique à 7 chiffres correspondant à une identification française normalisée des médicaments) est indispensable. Le journal rappelle que dans le cadre des expérimentations dites « Babusiaux » « AXA teste depuis plus d'un an, dans dix départements, la transmission automatisée et anonymisée de ce code CIP. Michel Charton juge concluante cette opération menée avec 2500 pharmaciens sous le contrôle de la CNIL. ». « Cela marche, le problème n'est plus technique mais politique. ». « Avec l'aide de la FFSA, AXA tente de décrocher l'autorisation de déployer cette expérimentation dans la France entière. »

9) « Les contrats collectifs en ligne de mire »

Tel est le titre un peu « provocant » d'un article de l'Argus de l'assurance (n°7088 du 19 septembre 2008) qui anticipe l'annonce officiel le dépôt de plainte de l'Association Diversité et Proximité mutualiste (ADPM) auprès de la Commission européenne visant les exonérations fiscales dont bénéficient les contrats collectifs santé. La situation serait devenue intenable depuis les dispositions de la loi « Fillon » conduisant à l'accélération du développement . L'Argus cite la Cour des comptes selon laquelle la situation rompt l'égalité de traitement entre les contribuables et crée une distorsion de concurrence entre opérateurs.

Jean-Louis Span, président de l'ADPM précise : « attention, il ne faut pas se tromper de message. Nous ne demandons pas l'abolition des avantages des contrats collectifs, mais la mise en place d'une déductibilité de la cotisation santé pour tous. ». Daniel Lenoir rappelle que « la Mutualité propose depuis des années l'instauration d'un crédit d'impôt afin d'avoir une meilleure équité des aides fiscales et sociales » dans une situation où « la couverture complémentaire est devenue indispensable pour l'accès aux soins ». Comme le souligne l'Argus, l'analyse « est bien évidemment fort différente au Ctip, opérateurs qui réalisent l'essentiel de leur chiffre d'affaires avec les contrats collectifs ». Pour Jean-Louis Faure, délégué général du Ctip, pour qui l'adhésion obligatoire qui constitue « une mutualisation forcée » présente « l'énorme avantage de réduire les coûts de gestion [en évitant la segmentation] et d'éviter les risques d'antiselection ». Reste pourtant le problème des retraités anciennement couverts par un contrat collectif pour lesquels Jean-Louis Faure reconnaît qu' « il faudra peut-être imaginer d'autres systèmes. »

Selon Yannick Philippon, directeur prévoyance – santé du courtier Mercer, dans un contexte de statu quo « La meilleure réponse des mutuelles est de se regrouper pour se positionner sur le collectif, ce qu'elles commencent déjà à faire. ». Sur cette question précise, le Fonds CMU a effectué un travail de chiffrage à partir du « Top 30 de la mutualité » au 31 décembre 2007 effectué par l'Argus de l'assurance. Au vue de ce document, il ressort que pour 28 mutuelles parmi les plus importantes (représentant 52 % du chiffre d'affaires santé des mutuelles et 30 % du chiffre d'affaires santé global), la part de l'individuel est prépondérante puisqu'elle représente 80 % de leur chiffre d'affaires santé. Pour deux mutuelles cependant, la part du collectif est très majoritaire (90 % et 65 %).

ANNEXE 14 : LISTE DES 100 ORGANISMES D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE AYANT DECLARE L'ASSIETTE LA PLUS IMPORTANTE EN 2008

Ordre	Siren	Nature	Gestion CMU C	Nom	CP	Ville	Assiette 2008	Cumul assiette 2008	% cumul 2008	Assiette 2007	Evol 2008/2007	Obs
1	775 685 399	Mutuelle	Oui	MGEN - Mutuelle générale de l'éducation nationale	75748	PARIS CEDEX 15	1 100 223 686	1 100 223 686	3,79%	1 064 333 324	3,37%	
2	784 621 468	Institution de Prévoyance	Oui	BTP prévoyance - CNPBTP	75294	PARIS CEDEX 06	1 064 873 147	2 165 096 833	7,46%	1 004 019 501	6,06%	
3	310 499 959	Assurance	Oui	Groupe AXA - AXA France vie	75009	PARIS	1 018 439 341	3 183 536 174	10,97%	901 334 980	12,99%	
4	322 215 021	Assurance	Oui	SwissLife prévoyance et santé	75008	PARIS	893 335 339	4 076 871 513	14,05%	871 935 905	2,45%	
5	442 224 671	Mutuelle	Oui	Prévadiès	75015	PARIS	796 583 739	4 873 455 252	16,80%	769 069 880	3,58%	
6	775 685 340	Mutuelle	Oui	MG - Mutuelle générale	75634	PARIS CEDEX 13	737 935 653	5 611 390 905	19,34%	682 671 148	8,10%	
7	542 110 291	Assurance	Oui	Groupe AGF - AGF IART - Assurances générales de France	75113	PARIS CEDEX 02	599 339 653	6 210 730 558	21,41%	572 246 280	4,73%	
8	775 606 361	Mutuelle	Oui	MNH - Mutuelle nationale des hospitaliers et des personnels de santé	45213	MONTARGIS CEDEX	569 077 109	6 779 807 667	23,37%	551 189 698	3,25%	
9	318 990 736	Institution de Prévoyance	Oui 2008	Groupe Prismé - Uniprévoyance	94307	VINCENNES	495 584 281	7 275 391 948	25,08%	361 928 999	36,93%	
10	333 232 270	Institution de Prévoyance	Non	Groupe AG2R - La Mondiale - AG2R prévoyance	75680	PARIS CEDEX 14	482 110 744	7 757 502 692	26,74%	472 387 213	2,06%	
11	410 005 110	Institution de Prévoyance	Oui 2008	Groupe Novalis Taitbout - Novalis prévoyance	75495	PARIS CEDEX 10	425 702 599	8 183 205 291	28,21%	382 416 696	11,32%	
12	775 678 584	Mutuelle	Oui	MNT - Mutuelle nationale territoriale	75311	PARIS CEDEX 09	398 490 486	8 581 695 777	29,58%	387 557 421	2,82%	
13	602 062 481	Assurance	Non	Groupe Generali - Generali vie	75009	PARIS	389 391 736	8 971 087 513	30,92%	351 686 545	10,72%	
14	352 406 748	Assurance	Oui	Groupe Crédit-Mutuel - Assurances du crédit mutuel - IARD SA	67906	STRASBOURG CEDEX 09	374 303 870	9 345 391 383	32,21%	321 559 952	16,40%	
15	331 542 142	Mutuelle	Oui	MAAF santé	79030	NIORT CEDEX 09	362 723 892	9 708 115 275	33,46%	339 778 631	6,75%	
16	440 048 882	Assurance	Oui	Groupe COVEA - MMA IARD	72030	LE MANS CEDEX 09	354 921 167	10 063 036 442	34,69%	363 377 243	-2,33%	
17	343 084 737	Institution de Prévoyance	Oui	Groupe Malakoff-Médéric - URRPIMMECT Union des régimes de retraite et de prestations d'invalidité et de maladie des industries MMEC	78281	SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES CEDEX	338 991 168	10 402 027 610	35,86%	301 934 144	12,27%	
18	412 367 724	Assurance	Oui 2008	Groupe Malakoff-Médéric - Quatrem - Assurances collectives	75423	PARIS CEDEX 09	324 218 438	10 726 246 048	36,97%	221 862 596	46,13%	

Ordre	Siren	Nature	Gestion CMU C	Nom	CP	Ville	Assiette 2008	Cumul assiette 2008	% cumul 2008	Assiette 2007	Evol 2008/2007	Obs
19	775 691 181	Institution de Prévoyance	Oui 2008	Groupe Malakoff-Médéric - Médéric prévoyance	75317	PARIS CEDEX 09	304 127 112	11 030 373 160	38,02%	293 029 631	3,79%	
20	352 358 865	Assurance	Oui 2008	Pacifica - L'assurance dommages au Crédit agricole	75015	PARIS	290 382 168	11 320 755 328	39,02%	203 641 789	42,59%	
21	775 627 391	Mutuelle	Oui 2008	Mutuelle Apreva	59306	VALENCIENNES CEDEX	280 590 193	11 601 345 521	39,99%	102 490 073	173,77%	X
22	340 427 616	Assurance	Oui 2008	GROUPAMA - GAN assurances vie	92082	PARIS-LA-DEFENSE CEDEX 13	275 609 764	11 876 955 285	40,94%	246 665 003	11,73%	
23	304 217 904	Institution de Prévoyance	Oui 2008	Groupe Prismé - APGIS - Association de prévoyance interprofessionnelle des salariés	94684	VINCENNES CEDEX	259 658 902	12 136 614 187	41,84%	244 388 038	6,25%	
24	779 558 501	Mutuelle	Oui	MACIF mutualité	37206	TOURS CEDEX 03	257 298 837	12 393 913 024	42,72%	227 633 307	13,03%	X
25	775 666 324	Mutuelle	Oui 2008	Mutuelle nationale militaire	75013	PARIS	245 772 743	12 639 685 767	43,57%	243 303 295	1,01%	
26	775 688 658	Mutuelle	Oui 2008	MCD - Mutuelle nationale médico-chirurgico-dentaire	75762	PARIS CEDEX 16	242 141 713	12 881 827 480	44,40%	303 923 572	-20,33%	
27	382 565 745	Mutuelle	Non	Groupe AG2R - La Mondiale - Primamut	75680	PARIS CEDEX 14	227 878 204	13 109 705 684	45,19%	212 534 399	7,22%	
28	552 062 663	Assurance	Non	Groupe Generali - Generali assurances IARD	75456	PARIS CEDEX 09	218 081 494	13 327 787 178	45,94%	210 094 701	3,80%	
29	341 334 795	Institution de Prévoyance	Oui 2008	Groupe Réunica - Réunica prévoyance	92599	LEVALLOIS-PERRET CEDEX	209 325 998	13 537 113 176	46,66%	186 243 651	12,39%	X
30	340 234 962	Assurance	Non	Groupe AGF - AGF vie	75002	PARIS	199 643 004	13 736 756 180	47,35%	159 836 121	24,90%	
31	306 522 665	Assurance	Oui	Groupe AVIVA - AVIVA assurances	92271	BOIS-COLOMBES CEDEX	198 863 054	13 935 619 234	48,04%	204 692 778	-2,85%	
32	434 243 085	Mutuelle	Oui	Mutuelle Ociane	33054	BORDEAUX CEDEX	195 894 880	14 131 514 114	48,71%	191 321 480	2,39%	
33	302 927 553	Mutuelle	Oui 2008	Groupe APICIL - Mutuelle Micils	69300	CALUIRE-ET-CUIRE	195 655 503	14 327 169 617	49,39%	190 952 872	2,46%	
34	775 659 907	Mutuelle	Oui	SMME - Société mutuelle mieux-être	75544	PARIS CEDEX 11	180 760 308	14 507 929 925	50,01%	212 612 379	-14,98%	
35	499 982 098	Mutuelle	Oui 2008	Mutuelle générale de l'économie, des finances et de l'industrie	75019	PARIS	178 969 569	14 686 899 494	50,63%	188 286 253	-4,95%	X
36	784 669 954	Mutuelle	Oui 2008	Mutuelle SMI	75374	PARIS CEDEX 08	177 728 403	14 864 627 897	51,24%	172 786 204	2,86%	
37	321 862 500	Institution de Prévoyance	Oui 2008	Groupe APICIL - APICIL prévoyance	69300	CALUIRE-ET-CUIRE	176 352 836	15 040 980 733	51,85%	164 845 550	6,98%	
38	383 844 693	Assurance	Oui	GROUPAMA Loire-Bretagne	35012	RENNES CEDEX	172 538 418	15 213 519 151	52,44%	160 909 307	7,23%	
39	353 457 245	Assurance	Oui	Groupe AXA - AXA assurances vie mutuelles	75009	PARIS	166 252 897	15 379 772 048	53,02%	163 639 245	1,60%	
40	784 442 873	Mutuelle	Oui 2008	Mutuelle de la gendarmerie	75013	PARIS	160 161 163	15 539 933 211	53,57%	158 762 348	0,88%	

Ordre	Siren	Nature	Gestion CMU C	Nom	CP	Ville	Assiette 2008	Cumul assiette 2008	% cumul 2008	Assiette 2007	Evol 2008/2007	Obs
41	400 200 804	Mutuelle	Oui	Eovi - Mutuelle Présence	42030	SAINT-ETIENNE CEDEX 02	156 114 892	15 696 048 103	54,11%	156 673 139	-0,36%	
42	775 671 902	Mutuelle	Oui 2008	MIP - Mutuelle de l'industrie du pétrole	75096	PARIS CEDEX 02	154 614 364	15 850 662 467	54,64%	149 882 848	3,16%	
43	341 403 178	Institution de Prévoyance	Oui 2008	Groupe Mornay - IPGM - Institution de prévoyance du groupe Mornay	75012	PARIS	152 523 878	16 003 186 345	55,16%	148 162 146	2,94%	
44	340 427 525	Assurance	Oui 2008	GROUPAMA - GAN eurocourtage vie	92082	PARIS-LA-DEFENSE CEDEX	152 326 505	16 155 512 850	55,69%	118 120 081	28,96%	
45	391 851 557	Assurance	Oui	GROUPAMA Pays d'Oc	31071	TOULOUSE CEDEX	149 440 362	16 304 953 212	56,20%	141 579 834	5,55%	
46	775 671 894	Mutuelle	Oui 2008	MGP santé - Mutuelle générale de la police	94027	CRETEIL	148 704 361	16 453 657 573	56,72%	145 750 930	2,03%	
47	784 718 256	Mutuelle	Non	Groupe Malakoff-Médéric - Médéric mutualité	75317	PARIS CEDEX 09	139 778 880	16 593 436 453	57,20%	132 026 088	5,87%	
48	382 285 260	Assurance	Oui	GROUPAMA Paris-Val-de-Loire	45166	OLIVET	131 636 733	16 725 073 186	57,65%	123 322 994	6,74%	
49	784 442 915	Mutuelle	Oui 2008	Mutuelle familiale	75010	PARIS	129 038 752	16 854 111 938	58,10%	110 156 220	17,14%	X
50	351 272 729	Institution de Prévoyance	Oui	Groupe Apronis - Ionis prévoyance	92105	BOULOGNE BILLANCOURT CEDEX	128 804 680	16 982 916 618	58,54%	118 476 280	8,72%	
51	775 671 910	Mutuelle	Oui	MGET - Mutuelle générale de l'équipement et des territoires	94274	LE KREMLIN-BICETRE CEDEX	128 092 811	17 111 009 429	58,98%	121 179 522	5,70%	
52	434 806 089	Mutuelle	Oui	Eovi - Mutuelle Drôme ARPICA	26028	VALENCE CEDEX	127 446 350	17 238 455 779	59,42%	124 182 449	2,63%	
53	429 026 453	Mutuelle	Oui	Groupe Harmonie - Touraine mutualiste	37017	TOURS CEDEX OI	126 016 733	17 364 472 512	59,86%	124 475 774	1,24%	
54	381 325 174	Mutuelle	Oui	Groupe Harmonie - Mutuelle Atlantique	44273	NANTES CEDEX 02	125 814 797	17 490 287 309	60,29%	120 230 418	4,64%	
55	775 685 365	Mutuelle	Oui 2008	Mutuelle Intérieale	31071	TOULOUSE CEDEX	123 067 681	17 613 354 990	60,71%	99 707 012	23,43%	X
56	779 838 366	Assurance	Oui	GROUPAMA Rhône-Alpes-Auvergne	69251	LYON CEDEX 9	120 501 084	17 733 856 074	61,13%	116 860 901	3,11%	
57	781 337 266	Mutuelle	Oui 2008	SMAM - Mutuelle des arts et métiers	17034	LA ROCHELLE CEDEX	120 354 180	17 854 210 254	61,54%	92 603 826	29,97%	
58	384 268 413	Institution de Prévoyance	Non	Groupe Audiens - Audiens prévoyance	92177	VANVES CEDEX	115 916 692	17 970 126 946	61,94%	105 400 197	9,98%	
59	781 166 293	Mutuelle	Oui	SMATIS France - Solidarité mutualiste des travailleurs indépendants et salariés de France	16920	ANGOULEME CEDEX	114 271 674	18 084 398 620	62,34%	120 456 086	-5,13%	
60	329 233 266	Institution de Prévoyance	Oui 2008	Groupe Apronis - APRI prévoyance	41933	BLOIS CEDEX 09	113 895 950	18 198 294 570	62,73%	99 558 080	14,40%	
61	423 406 339	Mutuelle	Oui	Sphéria-Val-de-France	45025	ORLEANS CEDEX 01	113 806 553	18 312 101 123	63,12%	116 774 914	-2,54%	
62	381 374 123	Mutuelle	Oui 2008	Groupe Malakoff-Médéric - Société mutualiste Malakoff - SMM	78281	SAINTE-QUENTIN-EN-YVELINES CEDEX	112 104 361	18 424 205 484	63,51%	110 995 571	1,00%	

Ordre	Siren	Nature	Gestion CMU C	Nom	CP	Ville	Assiette 2008	Cumul assiette 2008	% cumul 2008	Assiette 2007	Evol 2008/2007	Obs
63	775 671 993	Mutuelle	Oui	Mutuelle bleue	77014	MELUN CEDEX	111 782 391	18 535 987 875	63,89%	109 148 263	2,41%	
64	784 338 675	Mutuelle	Oui 2008	Mutuelle de l'armée de l'air	92645	BOULOGNE-BILLANCOURT CEDEX	110 347 344	18 646 335 219	64,28%	97 840 772	12,78%	
65	776 531 667	Mutuelle	Oui	Groupe Harmonie - Mutuelle Existence	69346	LYON CEDEX 07	106 997 175	18 753 332 394	64,64%	93 124 282	14,90%	X
66	384 496 493	Institution de Prévoyance	Oui 2008	IPECA prévoyance	75740	PARIS CEDEX 15	106 390 999	18 859 723 393	65,01%	100 550 852	5,81%	
67	410 241 657	Assurance	Non	Groupe AG2R - La Mondiale - Arial assurance	59896	LILLE CEDEX 09	105 506 812	18 965 230 205	65,37%	63 809 225	65,35%	
68	383 853 801	Assurance	Oui	GROUPAMA Centre-Manche	72043	LE MANS CEDEX 09	98 277 454	19 063 507 659	65,71%	96 044 943	2,32%	
69	339 358 681	Mutuelle	Oui 2008	Groupe Apronis - Radiance - SMAPRI - Mutuelle d'accueil et de prévoyance interprofessionnelle	41932	BLOIS CEDEX 09	97 710 800	19 161 218 459	66,05%	93 642 160	4,34%	
70	381 043 686	Assurance	Oui	GROUPAMA Centre-Atlantique	79044	NIORT CEDEX 9	97 215 985	19 258 434 444	66,39%	95 548 631	1,75%	
71	379 718 653	Mutuelle	Oui 2008	MNPAF - Mutuelle nationale des personnels Air-France	95725	ROISSY CDG CEDEX	93 455 155	19 351 889 599	66,71%	90 598 032	3,15%	
72	311 799 878	Mutuelle	Oui 2008	Groupe ADREA - ADREA mutuelle Alpes-Dauphiné	38069	GRENOBLE CEDEX 2	93 372 214	19 445 261 813	67,03%	10 356 684	801,56%	X
73	397 506 171	Institution de Prévoyance	Non	Groupe AG2R - La Mondiale - ISICA prévoyance	75305	PARIS CEDEX 09	93 107 038	19 538 368 851	67,35%	28 035 777	232,10%	
74	383 987 625	Assurance	Oui	GROUPAMA Nord-Est	51686	REIMS CEDEX 02	90 268 078	19 628 636 929	67,66%	87 863 319	2,74%	
75	340 359 900	Mutuelle	Non	Mutuelle Intégrance	75018	PARIS	90 082 380	19 718 719 309	67,97%	81 584 787	10,42%	
76	775 678 550	Mutuelle	Oui	MGC - Mutuelle générale des cheminots	75637	PARIS CEDEX 13	89 665 132	19 808 384 441	68,28%	81 830 509	9,57%	
77	401 095 146	Institution de Prévoyance	Oui	CAPAVES prévoyance	95842	SARCELLES CEDEX	87 357 087	19 895 741 528	68,58%	87 787 555	-0,49%	
78	784 621 476	Mutuelle	Oui	Mutuelle civile de la Défense	75739	PARIS CEDEX 15	85 481 407	19 981 222 935	68,88%	86 457 380	-1,13%	
79	351 175 153	Mutuelle	Oui	Groupe Harmonie - Mutuelle de Vendée	85934	LA ROCHE-SUR-YON CEDEX 09	84 739 811	20 065 962 746	69,17%	80 039 958	5,87%	
80	351 962 949	Mutuelle	Oui	Groupe Harmonie - Mutuelle de l'Anjou	49028	ANGERS CEDEX 01	83 702 193	20 149 664 939	69,46%	77 561 525	7,92%	
81	414 261 032	Mutuelle	Oui	MNAM - Mutuelle nationale aviation marine	75015	PARIS	83 264 967	20 232 929 906	69,74%	82 671 948	0,72%	
82	379 906 753	Assurance	Oui	GROUPAMA Grand-Est	21078	DIJON CEDEX	82 685 269	20 315 615 175	70,03%	80 020 322	3,33%	
83	442 574 166	Mutuelle	Non	UNPMF - Union nationale de prévoyance de la mutualité française - Mutex	75719	PARIS CEDEX 15	79 352 605	20 394 967 780	70,30%	58 536 564	35,56%	
84	780 508 073	Mutuelle	Oui 2008	CCMO mutuelle - Caisse chirurgicale et médicale de l'Oise	60014	BEAUVAIS CEDEX	78 799 324	20 473 767 104	70,57%	81 950 652	-3,85%	

Ordre	Siren	Nature	Gestion CMU C	Nom	CP	Ville	Assiette 2008	Cumul assiette 2008	% cumul 2008	Assiette 2007	Evol 2008/2007	Obs
85	342 954 690	Assurance	Non	Legal and général - Risques divers	75009	PARIS CEDEX 09	76 521 156	20 550 288 260	70,84%	71 422 297	7,14%	
86	403 498 215	Institution de Prévoyance	Oui 2008	Groupe Vauban Humanis - Vauban Humanis prévoyance	75980	PARIS CEDEX 20	74 924 954	20 625 213 214	71,10%	22 234 721	236,97%	X
87	784 492 084	Mutuelle	Non	Groupe France mutuelle	75551	PARIS CEDEX 11	74 239 203	20 699 452 417	71,35%	71 708 800	3,53%	
88	782 395 511	Mutuelle	Non	Mutuelles du soleil	06005	NICE CEDEX 01	73 726 881	20 773 179 298	71,61%	71 858 016	2,60%	
89	775 709 710	Mutuelle	Oui	SMIP - Service mutualistes des individuels et des professionnels	79077	NIORT CEDEX 09	72 705 600	20 845 884 898	71,86%	71 787 910	1,28%	
90	784 227 894	Mutuelle	Oui	Mutuelle complémentaire de la ville de Paris, de l'AP, des administrations annexes	75003	PARIS	72 341 297	20 918 226 195	72,11%	70 380 657	2,79%	
91	776 466 963	Mutuelle	Oui 2008	Mutuelle nationale des caisses d'épargne	51686	REIMS CEDEX 02	71 460 329	20 989 686 524	72,35%	68 477 048	4,36%	
92	431 656 883	Mutuelle	Oui	Mutuelles santé plus	69200	VENISSIEUX	71 365 863	21 061 052 387	72,60%	70 681 985	0,97%	
93	783 711 997	Mutuelle	Oui 2008	Groupe Vauban Humanis - Mutuelle familiale Vauban	59024	LILLE CEDEX	71 210 986	21 132 263 373	72,84%	59 832 497	19,02%	X
94	782 814 818	Mutuelle	Oui 2008	Mutuelle de France Sud	13400	AUBAGNE	70 507 642	21 202 771 015	73,09%	13 685 206	415,21%	X
95	782 152 912	Mutuelle	Oui 2008	Mutuelle Oréade - Mutuelle des Landes	47910	AGEN CEDEX 09	68 879 423	21 271 650 438	73,32%	65 418 198	5,29%	
96	783 711 989	Mutuelle	Oui 2008	Groupe Vauban Humanis - Mutuelle des cadres Vauban	59024	LILLE CEDEX	68 354 875	21 340 005 313	73,56%	62 280 933	9,75%	
97	315 588 376	Institution de Prévoyance	Oui 2008	Groupe ARPEGE - CAIRPSA CARPRECA prévoyance	68067	MULHOUSE CEDEX	68 070 628	21 408 075 941	73,80%	63 385 721	7,39%	
98	383 179 025	Mutuelle	Oui	Groupe ADREA - Unio mutuelle	71010	MACON CEDEX	68 046 153	21 476 122 094	74,03%	63 552 432	7,07%	
99	775 671 969	Mutuelle	Oui 2008	Mutuelle du personnel du groupe RATP	75582	PARIS CEDEX 12	67 617 018	21 543 739 112	74,26%	61 518 840	9,91%	
100	775 666 357	Institution de Prévoyance	Oui 2008	Groupe Aprionis - IPSEC prévoyance	75848	PARIS CEDEX 17	65 602 934	21 609 342 046	74,49%	56 208 016	16,71%	

Source : déclarations des OC

Total assiette
2008
(876 OC)
29 010 109 111

Total assiette
2007
(940 OC)
27 374 434 319

(X) : Le Fonds CMU a eu connaissance de mouvements de fusion/absorption ayant touché ces organismes