



# RAPPORT D'ACTIVITÉ 2010

---

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

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

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

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

Contact Liens Mémo Plan du site

Le Bulletin Officiel Santé - Protection sociale - Solidarité 2011 est paru. Vous pourrez consulter dans ce

**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" :

[■ Accès réservés](#)

Fonds CMU © 2004 tous droits réservés [www.cmu.fr](http://www.cmu.fr) - Mentions légales - Réalisation : IciPlanet

# SOMMAIRE

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>3</b>
<b>AVANT PROPOS</b> .....	<b>5</b>
<b>1. LES PREMIERS EFFETS VISIBLES DE LA CRISE SUR LE NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES</b> .....	<b>7</b>
1.1. <b>La progression lente et régulière du nombre de bénéficiaires de la CMU-C</b> .....	<b>7</b>
1.1.1. <b>Les effets retard de la crise économique</b> .....	<b>7</b>
1.1.2. <b>La répartition des bénéficiaires de la CMU-C</b> .....	<b>8</b>
1.2. <b>La progression encourageante du nombre de bénéficiaires de l'ACS (aide pour une complémentaire santé)</b> .....	<b>17</b>
1.2.1. <b>L'augmentation du nombre de bénéficiaires d'attestations ACS</b> .....	<b>17</b>
1.2.2. <b>Un taux d'utilisation des attestations ACS qui demeure élevé</b> .....	<b>19</b>
1.2.3. <b>Un dispositif complexe qui touche difficilement sa cible</b> .....	<b>20</b>
1.2.4. <b>Des contrats de couverture complémentaire santé de qualité limitée</b> .....	<b>21</b>
1.3. <b>La hausse importante et continue du nombre de personnes affiliées à la CMU-B (CMU de base)</b> .....	<b>24</b>
1.3.1. <b>L'évolution des effectifs de la CMU-B</b> .....	<b>24</b>
1.3.2. <b>Le poids du régime 806</b> .....	<b>25</b>
1.3.3. <b>Le recours et le non recours à la CMU-C des bénéficiaires du régime 806</b> .....	<b>27</b>
<b>2. LA PROGRESSION DES DÉPENSES</b> .....	<b>30</b>
2.1. <b>Une évolution à la hausse mais modérée des dépenses de CMU-C</b> .....	<b>30</b>
2.1.1. <b>Au niveau des dépenses globales</b> .....	<b>30</b>
2.1.2. <b>Un coût moyen qui évolue faiblement</b> .....	<b>31</b>
2.1.3. <b>Une charge qui pèse cependant sur les gestionnaires de contrats</b> .....	<b>36</b>
2.2. <b>Le coût de l'ACS reste minime</b> .....	<b>37</b>
2.2.1. <b>Un coût global faible</b> .....	<b>37</b>
2.2.2. <b>La déduction moyenne par bénéficiaire</b> .....	<b>37</b>
<b>3. LES COMPTES DU FONDS CMU</b> .....	<b>38</b>
3.1. <b>Un ralentissement dans la progression du chiffre d'affaires des OC</b> .....	<b>38</b>
3.1.1. <b>Une évolution globale qui reste satisfaisante compte tenu du contexte de crise économique</b> .....	<b>38</b>
3.1.2. <b>Des évolutions contrastées entre familles d'OC</b> .....	<b>39</b>
3.1.3. <b>Un contexte global en évolution permanente</b> .....	<b>40</b>
3.1.4. <b>Le deuxième rapport annuel sur la situation financière des OC</b> .....	<b>42</b>
3.2. <b>Le résultat des comptes du Fonds CMU</b> .....	<b>45</b>
3.2.1. <b>Une modification dans la comptabilisation des déductions</b> .....	<b>45</b>
3.2.2. <b>Un résultat excédentaire</b> .....	<b>45</b>
3.2.3. <b>Une trésorerie insuffisante</b> .....	<b>46</b>

<b>4. LES ACTIVITÉS DU FONDS CMU .....</b>	<b>48</b>
<b>4.1. Les études du Fonds CMU.....</b>	<b>48</b>
<b>4.1.1. L'accueil des bénéficiaires de la CMU-C dans les caisses d'assurance maladie</b>	<b>48</b>
<b>4.1.2. L'ACS : le non recours, la non utilisation des attestations et les refus de droits</b>	<b>50</b>
<b>4.1.3. Le non recours à la CMU-C/ACS .....</b>	<b>52</b>
<b>4.1.4. L'évaluation de la mise en place de la pré instruction par les caisses d'allocations familiales.....</b>	<b>55</b>
<b>4.1.5. Les partenariats .....</b>	<b>58</b>
<b>4.2. La participation à la fourniture des indicateurs du programme 183 de la loi de finances .....</b>	<b>60</b>
<b>4.2.1. Indicateur 1.1 - L'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-C .....</b>	<b>60</b>
<b>4.2.2. Indicateur 1.2 - Divergence entre les ressources déclarées et les ressources contrôlées .....</b>	<b>63</b>
<b>4.3. La liste des organismes gérant la CMU-C .....</b>	<b>63</b>
<b>4.3.1. Le droit d'option des bénéficiaires .....</b>	<b>63</b>
<b>4.3.2. Les organismes gestionnaires de la CMU-C en 2010 .....</b>	<b>64</b>
<b>4.3.3. La gestion de la liste nationale pour 2011 .....</b>	<b>64</b>
<b>4.4. La contribution exceptionnelle à la pandémie grippale.....</b>	<b>65</b>
<b>4.5. Les contrôles (assiette, bénéficiaires) .....</b>	<b>67</b>
<b>4.5.1. Le contrôle de l'assiette de la contribution CMU .....</b>	<b>67</b>
<b>4.5.2. Le contrôle des bénéficiaires CMU-C et ACS déclarés par les OC .....</b>	<b>67</b>
<b>4.5.2.1 Le contrôle de liste et le contrôle approfondi .....</b>	<b>67</b>
<b>4.5.2.2 Un contrôle conduit en étroite collaboration avec l'ACOSS et les Urssaf .....</b>	<b>69</b>
<b>4.5.3. Le contrôle des bénéficiaires CMU-C déclarés par les régimes .....</b>	<b>69</b>
<b>4.6. La communication du Fonds.....</b>	<b>70</b>
<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>72</b>
<b>ANNEXE 1 : LES MISSIONS DU FONDS CMU .....</b>	<b>73</b>
<b>ANNEXE 2 : PRÉSENTATION DE LA CMU ET DE L'ACS .....</b>	<b>75</b>
<b>ANNEXE 3 : PRINCIPAUX TEXTES 2010 RELATIFS À LA CMU-C ET À L'ACS .....</b>	<b>79</b>
<b>ANNEXE 4 : CONSEIL D'ADMINISTRATION .....</b>	<b>84</b>
<b>ANNEXE 5 : CONSEIL DE SURVEILLANCE .....</b>	<b>86</b>
<b>ANNEXE 6 : ORGANIGRAMME DU FONDS CMU .....</b>	<b>89</b>
<b>ANNEXE 7 : L'ACTUALITÉ DES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ .....</b>	<b>90</b>
<b>ANNEXE 8 : LISTE DES 100 PREMIERS OC CLASSÉS PAR CHIFFRE D'AFFAIRES .....</b>	<b>100</b>

## AVANT PROPOS

Au cours de l'année 2010, les tâches qu'ont dû accomplir les agents du Fonds CMU, ont été très lourdes. Il m'est apparu, ainsi, normal de commencer cet avant propos en rendant hommage à la petite équipe qui constitue le Fonds et qui n'a ménagé ni sa peine ni ses efforts. Qu'ils reçoivent ici l'expression de mes profonds et très sincères remerciements.

Puisque je commence cet avant propos en saluant les agents du Fonds CMU, il m'a semblé être de mon devoir de rendre un hommage tout particulier à Monsieur Bruno NEGRONI, directeur adjoint du Fonds, qui est parti le 1<sup>er</sup> mars 2010 pour prendre la direction de la CAMIEG, caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières. Bruno Negroni était au Fonds depuis sa création, à laquelle il avait d'ailleurs grandement contribué. Il a bien mérité de la CMU, et je n'ai aucun doute sur sa réussite dans ses nouvelles fonctions.

Madame Raphaëlle VERNIOLLE lui a succédé et, comme tout corps plongé dans un liquide elle a reçu une poussée verticale vers le haut, qui lui a permis de reprendre le flambeau avec une remarquable efficacité.

Comme nous le prévoyions, les effets de la crise économique se sont fait sentir sur toutes les composantes de la loi CMU, au cours de l'année 2010. Donc avec un effet retard, logique mais significatif. En effet la prise en compte des ressources des douze derniers mois, joue un rôle d'amortisseur dans les évolutions des effectifs. C'est ainsi que, si en moyenne annuelle le nombre des bénéficiaires de la CMU-C n'a progressé que d'un peu plus de + 1 %, en glissement, la croissance atteint en décembre presque + 3,3 %. Ceci aura un effet certain sur la moyenne 2011, et donc sur les dépenses du Fonds. Quoi qu'il en soit, les comptes du Fonds restent positifs, et il peut reverser à la CNAMTS son excédent cumulé. En 2010 ce versement a atteint 101 millions d'euros.

S'agissant de l'ACS, sa progression est restée soutenue, même si l'on demeure encore loin de la population cible potentielle. Nos travaux ont confirmé que l'on est en présence d'un déficit de connaissance de cette aide, car une fois attribuée, son taux d'utilisation atteint le niveau remarquable de 85 %.

En ces temps de crise et alors que les déficits publics atteignent des niveaux inégalés, il est réconfortant pour le Fonds CMU de constater qu'une des seules mesures positives contenue dans la LFI et la LFSS, vise l'ACS dont le plafond de ressources est relevé, au 1<sup>er</sup> janvier 2011, de plafond CMU-C + 20% à plafond CMU-C + 26%. Le nombre de foyers, dont il convient de rappeler que les ressources se situent au niveau du seuil de pauvreté, qui va ainsi pouvoir bénéficier d'une aide pour acquérir une complémentaire santé, devrait connaître une sensible progression. Les études menées par le Fonds, ont en effet fait apparaître que près de 40 % des rejets d'attribution de l'ACS, correspondaient à des personnes dont le niveau de ressources ne dépassait le plafond que de moins de 10 %.

Un autre effet de la crise économique a pu être observé avec le chiffre d'affaire des complémentaires santé. Sans rentrer dans le détail des explications de cette croissance moins dynamique qu'à l'accoutumée, détail que le lecteur trouvera dans le présent rapport, force est de constater qu'avec une hausse de + 4,2 % en 2010, l'augmentation du chiffre d'affaire connaît sa plus faible progression depuis 10 ans.

La loi CMU prévoit que le Fonds doit réaliser un suivi de la loi et mener toutes études quantitatives et qualitatives, pour aider à faire vivre et à améliorer ce dispositif qui bénéficie au décile le moins fortuné de la population. En nouant de nombreux partenariats, avec des CPAM, des CAF, l'EN3S, des associations ..., le Fonds a conduit un nombre conséquent de travaux qui sont exposés plus en détail dans le présent rapport : étude sur le non recours à la CMU-C, sur le non recours à l'ACS, sur l'accueil des Cmistes dans les caisses, sur la pré instruction des demandes de CMU par les CAF pour les bénéficiaires du RSA socle.

En 2010, une tâche aussi lourde qu'importante a été confiée au Fonds CMU. Celle-ci résulte de la disparition des DRASS/DDASS, dans le cadre de la création des ARS. Pour gérer la CMU-C, les OC devaient se déclarer volontaires auprès de ces organismes. Cela donnait lieu à ce qui était appelé « les listes préfectorales ». Le nouveau paysage des services déconcentrés de l'État nécessitait que le relais soit assumé. Le Fonds CMU s'est porté volontaire pour accomplir cette mission. Elle a été réussie avec succès, comme le souligne la Mission Nationale de Contrôle (MNC).

Dans ma candeur naïve, il m'arrivait de croire que le Fonds pourrait construire ses prévisions « à législation constante ». L'automne de l'année 2010 a perpétué la tradition, vérifiable année après année, de modifications substantielles sur le fonctionnement des dispositifs. La transformation de la contribution sur le chiffre d'affaire santé qui alimente le Fonds, en taxe, nous a fortement mobilisés. L'opération est neutre financièrement, mais elle fait passer d'un taux facial de contribution de 5,90 % du chiffre d'affaire hors taxe, à une taxe de 6,27 %. Nous serons bien sur très attentifs à contrôler la bonne application de cette mesure qui entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2011, avec l'aide de la branche Recouvrement du Régime Général.

Cet avant propos n'est qu'un bref aperçu des multiples travaux que doit conduire le Fonds CMU, dont la vocation première est de faire vivre la loi du 27 juillet 1999, dont personne ne conteste qu'elle a été un facteur déterminant dans l'accès aux soins des plus démunis d'entre nous.

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

# 1. LES PREMIERS EFFETS VISIBLES DE LA CRISE SUR LE NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES

## 1.1. La progression lente et régulière du nombre de bénéficiaires de la CMU-C

Au 31 décembre 2010, les effectifs de la CMU-C sont estimés à 4 319 165 bénéficiaires<sup>1</sup>. Ils ont progressé de +3,3 % par rapport au mois de décembre 2009. Il faut noter que cette augmentation semble toutefois se ralentir avec seulement +0,1 % d'évolution sur le dernier trimestre.

### 1.1.1. Les effets retard de la crise économique

Cette évolution a été régulière sur l'ensemble de l'année et traduit les effets retard de la crise économique dont les débuts remontent à 2008.

En 2009, les effectifs avaient augmenté sur le premier semestre, pour aboutir, à la fin de l'exercice à un nombre équivalent à celui de décembre 2008. Cette stagnation s'expliquait d'une part, par le rôle des amortisseurs sociaux et par le fait que la période de référence prise en compte est celle des 12 mois précédent la demande. Les personnes dans les situations les plus précaires, disposant de ressources irrégulières, ont été immédiatement impactées par la crise et ont rapidement bénéficié de la CMU-C. En revanche, les individus en situation d'emploi un peu plus stable ont reçu des indemnités de licenciement, puis des revenus de substitution qui les ont maintenus plus longtemps au dessus du plafond de la CMU-C<sup>2</sup>. Leur situation ne s'étant pas redressée, le nombre des bénéficiaires de la CMU-C a augmenté plus rapidement en 2010. En effet, un nombre plus important de personnes arrivées au terme des 24 mois en fin de droit aux indemnités chômage ont basculé vers les minima sociaux.

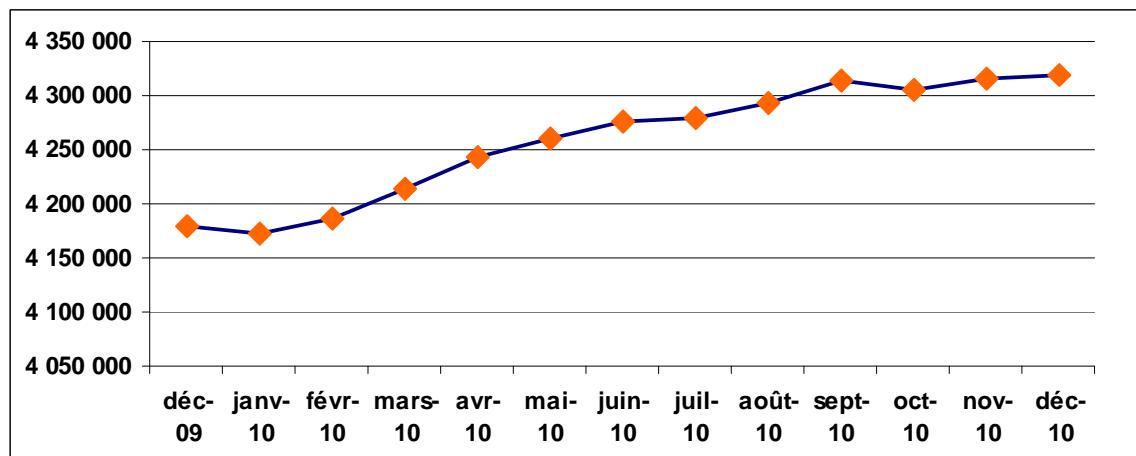
Il convient de rappeler que l'évolution du nombre de bénéficiaires de la CMU-C n'est pas le reflet exhaustif des difficultés rencontrées par les personnes subissant les conséquences de la crise économique. En effet, à la création de la CMU-C, le plafond avait été calculé en référence au seuil de pauvreté.

<sup>1</sup> Chiffres estimés, tous régimes confondus.

<sup>2</sup> Les indemnités chômage peuvent être versées pendant 24 mois. Elles débutent après une période de carence et à la fin du solde des congés payés s'il en restait un crédit à la date de fin de contrat de travail. Les ressources retenues pour l'ouverture des droits à la CMU-C sont celles des 12 derniers mois. Si la personne a perçu des indemnités chômage supérieures au plafond CMU-C, il faut ajouter entre 3 et 9 mois de lissage entre le versement de la dernière indemnité chômage et le respect du plafond CMU-C, sauf à ce que, pour des raisons diverses, elle ne bascule vers le RSA socle, qui permet de bénéficier de la CMU-C sans étude des ressources. Le délai de 36 mois est donc retenu pour commencer à mesurer le plein effet de la crise économique sur le nombre de bénéficiaires de la CMU-C. Les nouveaux bénéficiaires de 2010 sont les personnes ayant reçu de faibles indemnités chômage avec des droits acquis pour de courtes ou moyennes périodes. Elles seront relayées en 2011 et 2012 par les personnes qui bénéficiaient de situations plus stables au moment de leur licenciement.

Or l'évolution du plafond CMU-C a progressé moins vite et ne représentait plus, en 2008, que 78,5 % du seuil de pauvreté<sup>3</sup>. Il est donc clair que de nombreuses personnes subissent la crise de plein fouet, sans pour autant pouvoir bénéficier de la CMU-C.

*Évolution des effectifs de décembre 2009 à décembre 2010*



Sources : tous régimes

Les bénéficiaires titulaires de la CMU de base au titre du RSA socle (anciennement RMI) peuvent bénéficier de la CMU-C sans examen de leurs ressources. Leur forte augmentation (27,5 % des effectifs de la CMU-C en juin 2009, passant à 39,7 % en juin 2010), concomitamment à une baisse du non recours, a vraisemblablement concouru à la remontée des effectifs de la CMU-C en 2010. Cela s'explique en partie par la mission confiée aux caisses d'allocations familiales dans la pré instruction des dossiers de CMU-C. Si cette mesure est en vigueur depuis juin 2009, le dispositif s'est mis progressivement en place tout au long de l'année 2010 et n'a pas encore atteint son plein effet (cf. 4.1.4 : *L'évaluation de la mise en place de la pré instruction par les caisses d'allocations familiales*).

### 1.1.2. La répartition des bénéficiaires de la CMU-C

#### ■ Répartition par régime

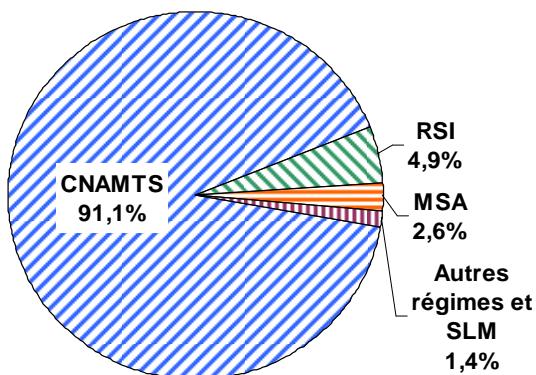
Le régime général, compte 91,1 % des effectifs de la CMU-C. Les chiffres comprennent l'ensemble des bénéficiaires déclarés aux régimes de base, que la gestion de leur CMU-C ait été confiée à un régime de base ou à un OC.

Les taux d'évolution entre 2009 et 2010 (au 31 décembre de chaque année) sont contrastés : + 3,6 % pour le régime général, + 12,0 % pour le RSI, - 11,2 % pour la MSA et - 9,5 % pour les autres régimes et SLM.

<sup>3</sup> Pourtant retenu à 50% du revenu médian.

*Répartition par régimes, effectifs métropole et dom, estimés au 31 décembre 2010*

	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>CNAMTS</b>	3 933 087	91,1
<b>RSI</b>	212 910	4,9
<b>MSA</b>	112 656	2,6
<b>Autres régimes et SLM</b>	60512	1,4
<b>Total</b>	4 319 165	100



*Sources : tous régimes*

Pour la CCMSA, les données présentées tiennent compte du nouveau mode de décompte appliqué depuis janvier 2010 et de la rétropolation effectuée jusqu'en 2009. Pour le RSI, un abattement de - 6 % a été effectué sur les effectifs 2009 et 2010, suite aux rapprochements avec les bases du RNIAM (Répertoire national inter régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie). Cet abattement sera réduit au fur et à mesure de la résorption du décalage.

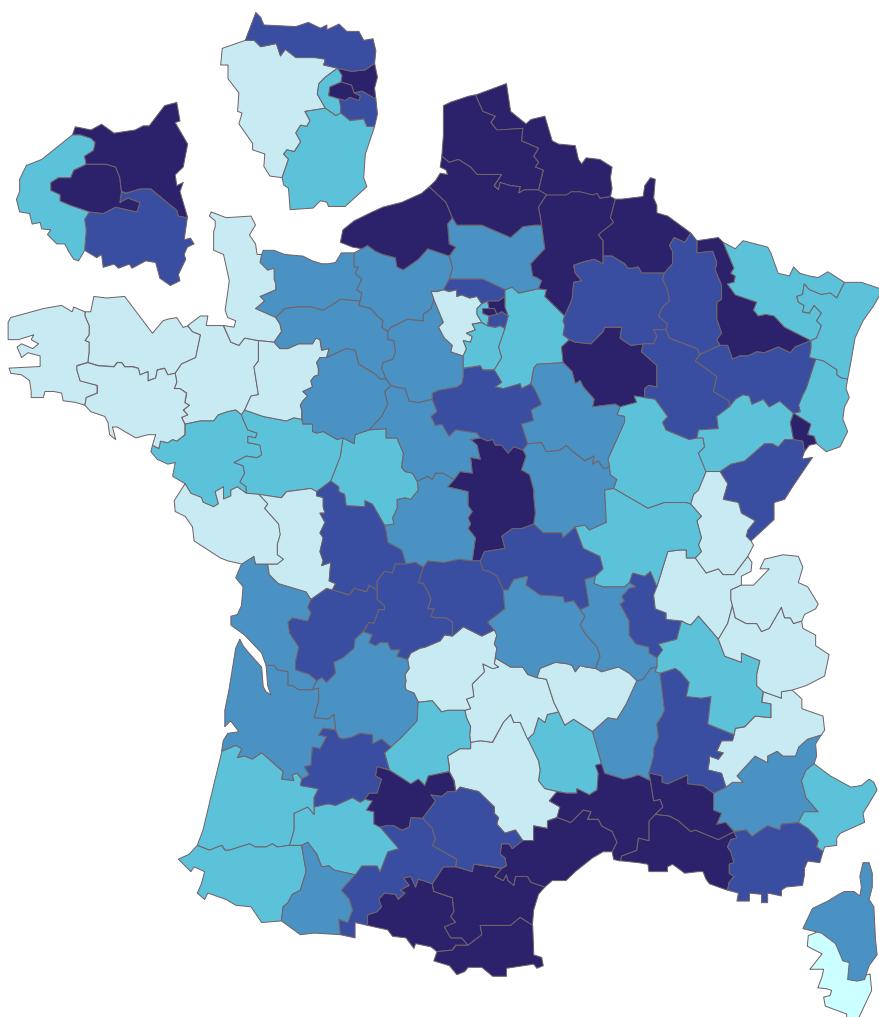
■ *Répartition par département*

En métropole, les bénéficiaires de la CMU-C représentent 5,8 % de la population (CNAMTS, RSI et MSA) et 30,8 % dans les départements d'Outre-mer.

Les départements rassemblant les plus forts pourcentages de bénéficiaires sont essentiellement localisés dans le Nord, le Sud-est et la Région parisienne. Les départements de la Bretagne, de l'Est et du Massif central présentant à l'inverse des taux inférieurs au pourcentage national.

*Densité des bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population, par département, en métropole, tous régimes confondus, estimation au 31 décembre 2010*

	CMU-C Population
<b>Min</b>	2,60%
<b>Médiane</b>	5,20%
<b>Moyenne</b>	5,50%
<b>Max</b>	11,50%



Couleurs	CMU-C Population			Nombre	
	$\geq$	6,2	$\leq$	11,5	20
	$\geq$	5,4	$<$	6,2	19
	$\geq$	4,8	$<$	5,4	19
	$\geq$	4,2	$<$	4,8	19
	$\geq$	2,6	$<$	4,2	19
				96	

Sources : CNAMTS, RSI, MSA

En métropole, cinq départements rassemblent presque 25 % des effectifs de la CMU-C.

*Effectifs des 5 premiers départements, en métropole, estimés au 31 décembre 2010*

Rang CMU	N°département	Département	Total CMU-C
1	59	Nord	253 908
2	13	Bouches-du-Rhône	197 584
3	93	Seine-Saint-Denis	174 381
4	75	Paris	154 158
5	62	Pas-de-Calais	144 948
Total			924 979

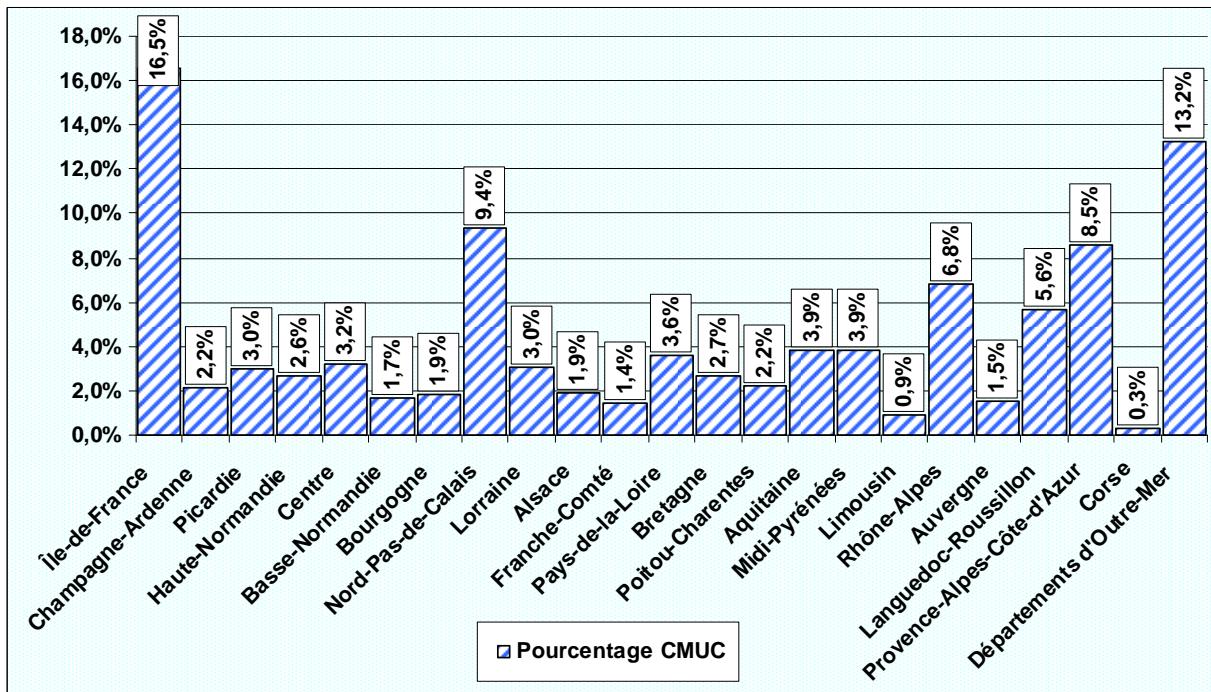
Sources : CNAMTS, RSI, MSA

Les départements d'Outre-mer comptent pour 2,8 % de la population, mais réunissent 13,2 % des bénéficiaires. Le département de la Réunion compte 282 517 bénéficiaires avec une densité de 35,2 % par rapport à la population, soit les plus forts effectifs et pourcentages pour l'ensemble du territoire.

■ ***Répartition par région***

Les cinq régions Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Languedoc-Roussillon concentrent 45,5 % de la population et 46,9 % des effectifs de la CMU-C (pour les trois régimes CNAMTS, RSI, MSA). Avec un total de 704 370 bénéficiaires, la région Île-de-France représente 16,5 % des effectifs.

*Répartition des bénéficiaires de la CMU-C par région, CNAMTS, RSI, MSA,  
estimation au 31 décembre 2010*



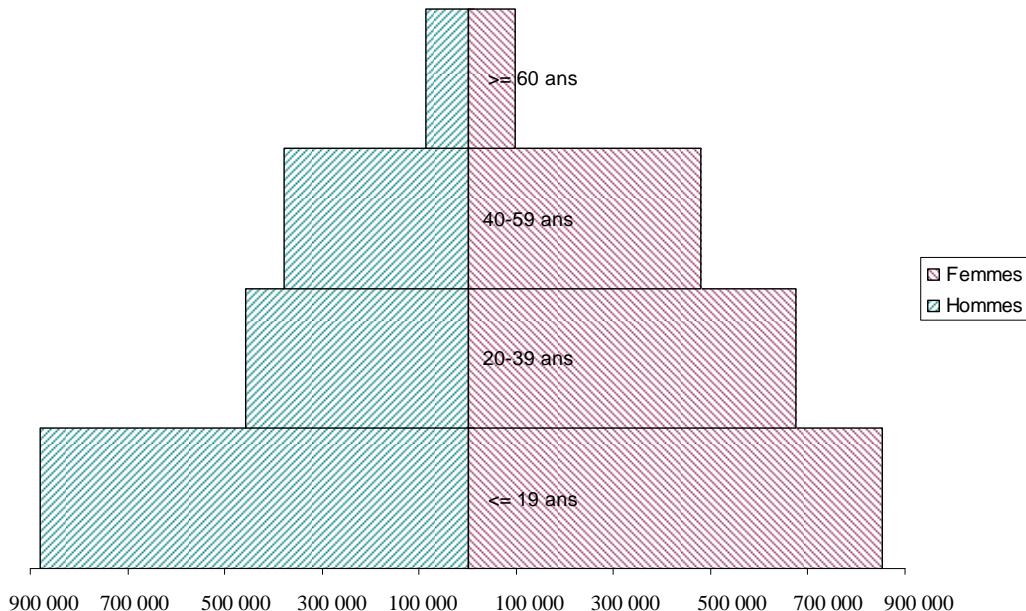
Sources : CNAMTS, RSI, MSA

■ *Répartition par tranche d'âge et par sexe*

Les bénéficiaires de moins de 20 ans représentent 44,3 % des effectifs. Les deux tranches d'âges situées entre 20 et 59 ans en rassemblent 51,0 %. La faible proportion de plus de 60 ans s'explique par le fait que les personnes qui n'ont pas suffisamment cotisé aux régimes de retraite pour pouvoir bénéficier d'un revenu d'existence à l'âge de la retraite se voient attribuer l'ASPA<sup>4</sup>. Or, cette allocation dépasse légèrement le montant du plafond de la CMU-C, orientant ainsi ses bénéficiaires vers l'ACS (aide pour une complémentaire santé).

<sup>4</sup> ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées (708,95 € pour une personne seule au 01/04/2010).

*Répartition des bénéficiaires de la CMU-C, par âge et sexe, CNAMETS, estimation au 31 décembre 2010*

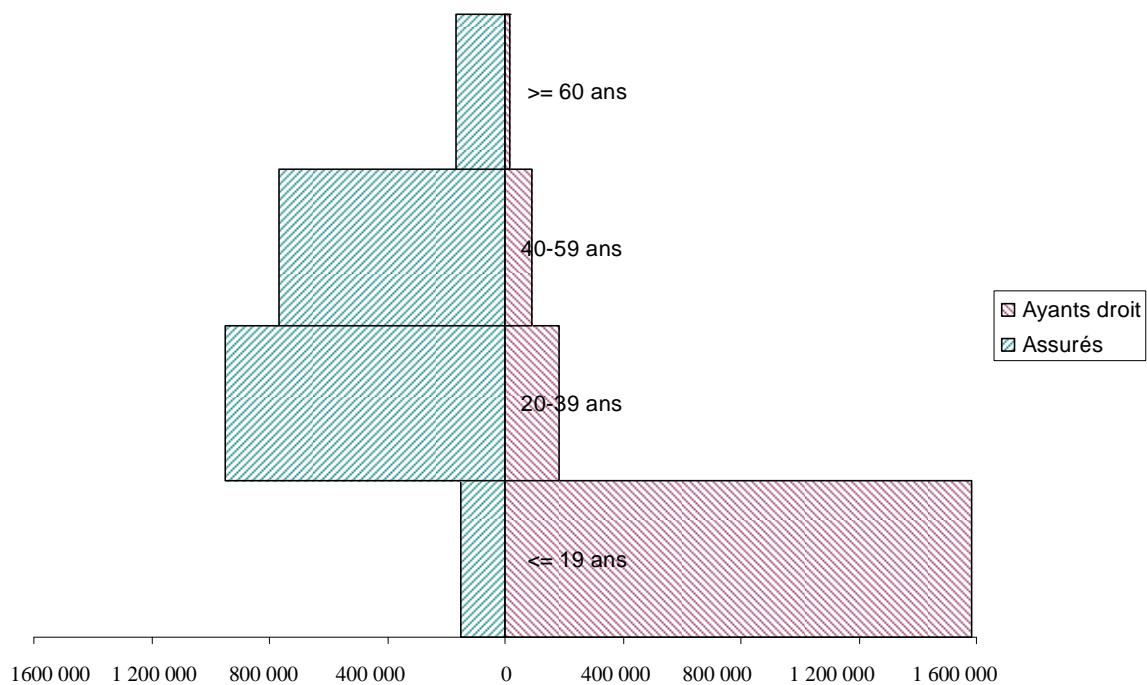


Source : CNAMETS

Sur l'ensemble des bénéficiaires, la proportion d'assurés est de 52,1%. Les femmes représentent 55,2 % des bénéficiaires assurés. Elles sont principalement âgées entre 20 et 59 ans.

Les jeunes bénéficiaires sont principalement des ayants-droits. Ils dépendent des personnes des classes d'âges situées entre 20 et 59 ans, tranche d'âge où les femmes sont les plus nombreuses en tant que bénéficiaires assurés. Ainsi, la CMU-C est essentiellement une protection complémentaire maladie familiale, ces familles ayant plus souvent que d'autres la particularité d'être mono-parentales, avec une femme comme chef de famille.

*Répartition des bénéficiaires de la CMU-C assurés et ayant droits, CNAMTS,  
estimation au 31 décembre 2010*

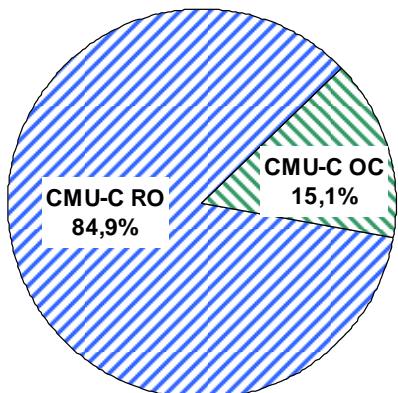


Source : CNAMTS

■ *Répartition entre gestion par l'Etat et gestion par un organisme complémentaire*

La CMU-C peut être gérée, au choix du bénéficiaire, par son régime obligatoire de base, ou par un organisme complémentaire agréé (mutuelle, assurance ou institution de prévoyance), inscrit sur la liste nationale des organismes volontaires pour gérer la CMU-C. Tous régimes confondus, sur l'ensemble du territoire, 84,9 % des bénéficiaires choisissent la gestion par leur caisse d'assurance maladie. Cette proportion a cependant diminué de 2,4 points depuis 2007.

*Répartition de la gestion CMU-C, métropole et dom,  
effectifs estimés au 31 décembre 2010*

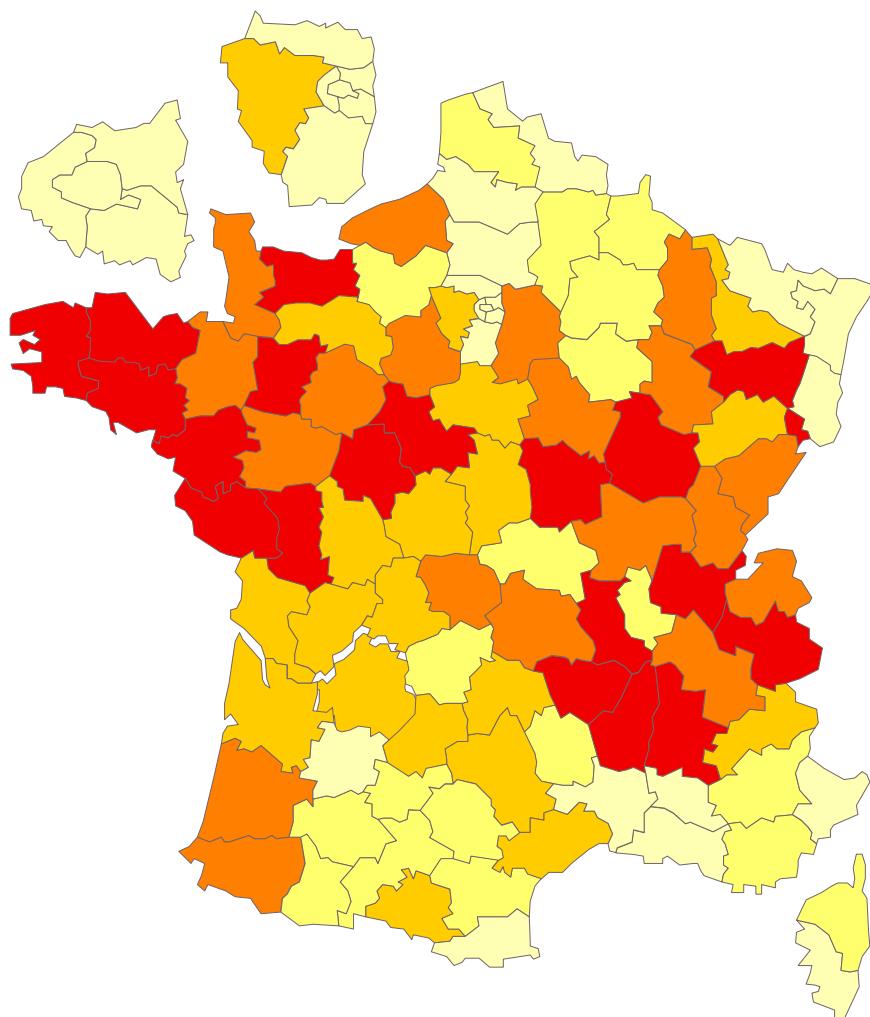


*Sources : tous régimes confondus*

En métropole, le choix d'un organisme complémentaire varie entre 1,9 % et 63,4 %. Les départements ayant la plus forte proportion de bénéficiaires affichent les plus faibles taux de recours aux OC. La démarche pour aller vers un OC demande un niveau d'intégration sociale et culturelle qui ne correspond pas à la situation des personnes les plus en difficulté dans les grandes agglomérations. Les départements de l'ouest, qui ont le moins de bénéficiaires, sont également ceux où le recours aux OC est le plus important. Les fortes proportions de gestion par les OC s'expliquent, soit par une plus grande tradition mutualiste dans une région donnée, soit, pour les plus forts pourcentages, par des démarches volontaristes des CPAM d'orienter les bénéficiaires vers un OC, afin de leur préserver le contrat de sortie<sup>5</sup> dans l'année qui suivra la fin de leurs droits à la CMU-C.

<sup>5</sup> Le contrat de sortie permet aux bénéficiaires de la CMU-C de bénéficier d'un tarif et de prestations réglementées pendant un an après la fin de leurs droits ouverts à la CMU-C

*Pourcentage des bénéficiaires de la CMU-C ayant choisi un OC pour gérer leurs droits, par départements, en métropole, tous régimes, estimation au 31 décembre 2010*



	OC
<b>Min</b>	1,90%
<b>Médiane</b>	17,00%
<b>Moyenne</b>	20,00%
<b>Max</b>	63,40%

Couleurs	Pourcentage population				Nombre
Red	$\geq$	6,2	$\leq$	11,5	20
Orange	$\geq$	5,4	<	6,2	19
Yellow	$\geq$	4,8	<	5,4	19
Light Yellow	$\geq$	4,2	<	4,8	19
	$\geq$	2,6	<	4,2	19
					96

Sources : CNAMTS, RSI, MSA

## 1.2. La progression encourageante du nombre de bénéficiaires de l'ACS (aide pour une complémentaire santé)

Le nombre de bénéficiaires de l'ACS 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 deux indicateurs : le nombre de bénéficiaires d'attestations délivrées par les caisses d'assurance maladie et le nombre de bénéficiaires ayant utilisé l'attestation.

### 1.2.1. L'augmentation du nombre de bénéficiaires d'attestations ACS

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

	Nombre mensuel de bénéficiaires	Évolution en une année (mois à mois)	Nombre de bénéficiaires au cours des 12 derniers mois	Nombre d'utilisateurs d'attestation à cette date
janv-10	55 608	-2,55%	598 882	-
févr-10	59 679	8,17%	603 389	493 325
mars-10	65 735	17,97%	613 400	-
avr-10	54 410	20,92%	622 815	-
mai-10	49 355	8,71%	626 770	518 367
juin-10	57 074	11,34%	632 585	-
juil-10	46 641	1,33%	633 196	-
août-10	44 171	10,46%	637 380	538 168
sept-10	48 789	-1,46%	636 657	-
oct-10	48 736	-3,74%	634 764	-
nov-10	50 354	-0,76%	634 379	535 055
déc-10	52 233	-2,96%	632 785	-

Sources : tous régimes et OC

En 2010, 632 785 personnes se sont vues attribuer une attestation ACS.

Alors que les effectifs ont connu une augmentation de + 10,4 % sur le premier semestre (par rapport au premier semestre 2009), ils sont stables sur le second semestre (par rapport au second semestre 2009) : + 0,4 % d'augmentation, et ce même si le nombre mensuel de bénéficiaires d'attestations ACS est reparti très légèrement à la hausse entre octobre et décembre 2010.

In fine on aboutit à une évolution de + 5,5 % sur l'année 2010.

Le nombre de bénéficiaires ressort en hausse de + 6,4 % pour la CNAMTS, - 1,8 % pour la CCMSA, - 7,4 % pour le RSI. La CNAMTS regroupe à elle seule 92 % des bénéficiaires d'attestations.

Sur la base des chiffres fournis par le Régime Général, la répartition des bénéficiaires d'attestations selon leur âge est la suivante sur 2010 :

	Répartition
<b>Moins de 16 ans</b>	26,70%
<b>16-49 ans</b>	40,20%
<b>50-59 ans</b>	13,40%
<b>60 ans et plus</b>	19,70%

La proportion des personnes âgées de 60 ans et plus est légèrement plus faible que celle obtenue à l'issue de l'année 2009 (19,7 % contre 20,3 % à fin décembre 2009). Même si cette part a eu tendance à augmenter progressivement depuis le début de l'année, l'effet des campagnes de communication en direction des publics à faibles retraites intervenues à compter de janvier 2010 (30 000 personnes concernées environ par an) n'est pas mesurable.

D'après les données du Régime Général, 34 % des attestations délivrées concernent des renouvellements de droit (31 % des bénéficiaires). Ce chiffre, bien qu'en hausse par rapport à 2009 (taux alors de 29 et 26 %), est sous estimé dans la mesure où certaines caisses ne renseignent pas ou insuffisamment cette rubrique. Un travail de retraitement des données conduit à des taux redressés à hauteur de respectivement 37 % et 33 %. En effet, le risque sur la rubrique « renouvellement » est celui d'une sous estimation du chiffre affiché compte tenu du fonctionnement des méthodes de comptabilisation des caisses.

En outre, les données du Régime Général montrent que 34 % des demandeurs (foyers) ont vu leur droit à l'ACS refusé. Le taux de refus est calculé d'après le nombre de refus ACS notifiés, rapporté aux demandes instruites CMU-C et ACS et ACS seule. Ce point avait été contrôlé dans le cadre d'une étude avec les CPAM de Lyon et de Quimper (cf. 4.1.2 – *L'ACS : le non recours, la non utilisation des attestations et les refus de droits*). De même, il avait été confirmé à cette occasion que dans la quasi-totalité des cas (au-delà de 95 %), les refus s'expliquent par des ressources trop élevées.

Un travail de concertation a été conduit durant l'année 2010 entre la CNAMTS et le Fonds CMU qui a abouti à une enquête-questionnaire adressée aux CPAM le 20 décembre 2010. Cette instruction a permis de rappeler certaines définitions (refus d'attribution et renouvellement des droits) et de fiabiliser ainsi les données remontées sur la délivrance des attestations de droits ACS.

## 1.2.2. Un taux d'utilisation des attestations ACS qui demeure élevé

En 2010, le nombre d'utilisateurs d'attestations ACS auprès des organismes complémentaires progresse quasiment au même rythme que la délivrance des attestations. Il s'établit à 535 035 à fin novembre, soit + 6,7 % par rapport à novembre 2009. Une baisse de – 0,6 % a toutefois été enregistrée entre le 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> trimestre 2010, ce qui montre que les déclarations des OC peuvent être sujettes à fluctuations d'un trimestre sur l'autre du fait de régularisations.

Le taux d'utilisation est ressorti toujours très élevé puisque approchant 85 %.

Les mutuelles ont regroupé 71,3 % des utilisateurs d'attestations, les sociétés d'assurance 26,3 %, les institutions de prévoyance 2,4 %. Dans le cadre de la CMU-C, les taux s'élèvent respectivement à 76,4 %, 21,2 % et 2,4 %.

Les dispositifs locaux de complément au dispositif légal ACS et « effet de seuil ACS » mis en place par les CPAM se sont développés sensiblement entre 2008 et 2009 et cela n'est pas sans impact sur le dispositif ACS lui-même. Ils favorisent en effet l'utilisation des attestations ACS auprès des OC dans la mesure où ils constituent un outil de solvabilisation complémentaire non négligeable pour les bénéficiaires. Une stagnation est cependant envisageable entre 2009 et 2010, compte tenu d'un contexte financier contraint lié à l'attribution de dotations provisoires dans l'attente de la signature de la convention d'objectif et de gestion (COG) de la CNAMTS (les chiffres seront disponibles avant juin 2011).

La dépense totale 2009 sur les deux types de dispositifs locaux s'est élevée à 18,5 millions d'euros, soit une progression de + 81 % par rapport à 2008 : 14 millions d'euros pour le « complément ACS » (108 570 assurés), 4,5 millions d'euros pour l'« effet de seuil ACS » (20 055 assurés). La dépense totale a représenté près de 20 % de la dotation paramétrique consommée en 2009.

47 CPAM ont proposé les 2 dispositifs, 41 le seul dispositif « complément ACS », 17 le seul dispositif « effet de seuil ACS ». 23 caisses n'ont pas mis en place de dispositif du fait principalement d'une volonté politique de ne pas aller en ce sens ; pour certaines, elle résulte de la crainte d'un impact financier trop important sur l'enveloppe de la dotation paramétrique qui est limitative.

S'agissant des dispositifs « effet de seuil », l'aide de 224 euros en moyenne correspond exactement au montant moyen que le Fonds CMU a payé par bénéficiaire sur l'année 2009.

Il convient de noter que les orientations de la convention d'objectif et de gestion pour 2011-2013 prévoient notamment de faciliter le recours à l'ACS en améliorant le taux de bénéficiaires des aides extra légales consacrées aux aides complémentaires et/ou supplémentaires à l'ACS par rapport à la population précaire.

### 1.2.3. Un dispositif complexe qui touche difficilement sa cible

Dans le but de mieux comprendre les causes du non recours qui est très élevé pour l'ACS, de l'ordre de 75 % pour une population cible évaluée à environ 2 millions personnes, une étude menée par l'Université de Paris Dauphine, avec le soutien du Haut Commissariat aux Solidarités actives, et en partenariat avec la CPAM de Lille, la CAF de Lille et l'IRDES, a été initiée au début de l'année 2009.

A partir d'un échange de fichiers CAF/CPAM, 4 209 assurés potentiellement éligibles à l'ACS et n'ayant pas fait valoir leurs droits ont été sélectionnés et ont été répartis aléatoirement en trois groupes. Dans le premier groupe, les bénéficiaires potentiels ont été invités par courrier à déposer leur demande d'ACS. Dans le deuxième groupe, les bénéficiaires potentiels ont été destinataires d'un courrier similaire mais avec une proposition de chèque santé majoré (aide supplémentaire financée sur les fonds d'action sanitaire et sociale des caisses d'assurance maladie). Dans le troisième groupe, les bénéficiaires potentiels se sont vus proposer la même majoration du chèque santé avec un accompagnement social (invitation à une réunion d'information à la caisse d'assurance maladie de Lille).

Sur les 4 209 assurés, 701 dossiers complets ont été réceptionnés et on fait l'objet d'une suite, soit un taux de retour globalement assez modeste de 17 %.

Parmi les principaux constats, il est intéressant également de relever que :

- seule la moitié des assurés ayant complété un dossier se voit délivrer un chèque santé. Le taux de refus est donc important pour une population pré sélectionnée à partir des fichiers de la CAF,
- la majoration du chèque santé ne semble avoir qu'un impact très limité sur le taux de recours au dispositif (dans le groupe 1, 16 % ont retourné un dossier complet contre 18,6 % pour le groupe 2),
- l'invitation à une réunion d'information par courrier annule l'effet de la majoration du montant du chèque santé. Les personnes ont sans doute pensé que la réunion était obligatoire et ne pouvant s'y rendre, ils n'ont pas jugé bon de retourner un dossier.

Par contre, le fait d'assister à la réunion augmente la probabilité de déposer une demande complète (le taux de retour est de 10 à 12 points plus élevé à ce qu'il serait sans réunion).

L'étude confirme que l'ACS est un dispositif complexe qui touche difficilement sa cible. Par ailleurs, la sensibilité au prix est similaire parmi les assurés sociaux initialement bénéficiaires d'une couverture complémentaire santé alors que l'ACS constitue pour eux un effet d'aubaine, ce qui laisse à penser que la question centrale du non recours n'est pas celle du coût de la complémentaire santé mais plus certainement celle de l'accès à l'information et de la difficulté des démarches, « *l'incertitude pesant sur l'éligibilité étant un facteur aggravant* ».

*Les résultats ont été présentés dans le document de travail n° 36 – décembre 2010 – de l'IRDES.*

## 1.2.4. Des contrats de couverture complémentaire santé de qualité limitée

En application de l'article L.863-5 du code de la sécurité sociale, le Fonds CMU rend compte annuellement au Gouvernement de l'évolution des prix et des contenus des contrats ayant ouvert droit à l'ACS. Cette enquête contribue à l'élaboration d'un panorama des contrats de complémentaire santé.

L'étude 2009 est particulièrement représentative car basée sur la réponse de 59 organismes complémentaires couvrant 66 % des bénéficiaires de l'ACS (205 000 contrats et près de 333 000 bénéficiaires).

Fait marquant dans le cadre de l'enquête 2009 : l'adoption de la classification des contrats de couverture complémentaire santé utilisée par la DREES (en quatre catégories de « A » à « D », des plus couvrants au moins couvrants). Il est désormais possible d'établir des comparaisons entre les chiffres publiés par le Fonds CMU sur les « contrats ACS » et les chiffres publiés par la DREES dans sa publication « Études et résultats » sur les contrats complémentaires modaux, individuels et collectifs.

### ○ *Synthèse des principales données*

Les résultats obtenus confortent les conclusions tirées des études précédentes :

- parmi les OC enquêtés, chaque contrat couvre en moyenne 1,6 personnes. Les contrats couvrant une seule personne représentent 74 % des contrats et 45 % des bénéficiaires ;
- le prix annuel moyen du contrat est de 764 €. L'ACS prend en charge 50 % du prix de la complémentaire santé. Le dispositif laisse à la charge des foyers bénéficiaires 389 € par an en moyenne par contrat, montant qui représente 4 % de leur revenu annuel. Ce pourcentage correspond au « taux d'effort » de ces ménages pour acquérir leur complémentaire santé.

Les différentes études disponibles montrent que le taux d'effort diminue avec l'augmentation du revenu. Dans ce contexte, il ressort que le taux d'effort après application de l'ACS rejoint celui des cadres et professions intellectuelles situé autour de 4 % en moyenne.

Néanmoins, il convient de souligner qu'un même taux d'effort doit être interprété avec prudence lorsqu'on se situe sur des niveaux de revenu différents. Il existe en effet un certain nombre de charges incompressibles et fondamentales (logement, alimentation etc.) dont le poids est d'autant plus important que le revenu est faible. Il peut donc être légitime que les ménages modestes aient des taux d'effort moins importants sur leur complémentaire santé, pour pouvoir financer les autres consommations essentielles.

La charge reste conséquente pour les ménages bénéficiant de l'ACS puisqu'un peu moins d'un demi-mois de revenu annuel est nécessaire pour financer leur complémentaire santé. Cependant, s'ils ne bénéficiaient pas de l'ACS, ce serait presque un mois de revenu qui devrait être consacré au paiement de leur complémentaire santé.

Reste à charge et taux d'effort sont calculés par rapport à l'acquisition d'une complémentaire santé. Or, il est essentiel de garder à l'esprit que la complémentaire santé peut en outre laisser elle-même à la charge des ménages des dépenses de santé non remboursées non négligeables, notamment au regard des dépassements pratiqués.

- ***Mesure de l'impact sur le prix des contrats des principaux facteurs étudiés***

Les conclusions tirées des précédentes études sont également confortées :

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

Le prix moyen pour un contrat passe de 648 euros pour une personne à 1 462 euros pour sept personnes et plus. Le passage de une à deux personnes couvertes amène une augmentation se situant autour de 65 % du prix du contrat. Cette augmentation décroît ensuite régulièrement à mesure que le nombre de personnes couvertes augmente (25 % de 2 à 3 personnes etc).

Le taux d'effort et le taux de reste à charge décroissent avec la taille de la famille, les déductions augmentant plus vite que le prix. Par conséquent, l'ACS favorise nettement les familles, et plus particulièrement les familles nombreuses.

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

Les analyses conduites sur les contrats couvrant une personne (on ne connaît que l'âge du souscripteur) montrent que le prix est bien une fonction croissante de l'âge. Le montant moyen passe donc de 285 euros pour les 16-24 ans à 913 euros pour les 80 ans et plus.

La hausse est assez linéaire avant 60 ans (entre 15 % et 20 % environ par tranche de 10 années). Elle est plus marquée entre la classe des 50-59 ans et celle des 60-69 ans et plus (+ 25%). Elle est divisée par deux pour les « 70-79 ans », puis environ par trois pour les « 80 ans et plus ».

Le taux d'effort passe de 2 % pour les « 25-29 ans » et culmine à 6,5 % pour les « 80 ans et plus ». C'est pour ces ménages que le poids de la complémentaire santé par rapport à leurs revenus est le plus lourd. Ils bénéficient en effet d'un montant d'ACS égal à celui des « 60-69 ans », mais supportent des niveaux de primes ou cotisations sensiblement plus importants.

Une simulation en année pleine de l'impact des mesures de réévaluation intervenues en 2009 (passage de 400 € à 500 € pour 60 ans et plus), montre une amélioration de la situation des plus âgés, leur situation relative demeurant cependant la moins favorable.

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

Le modèle bâti afin de mesurer l'impact des différents facteurs sur le prix des contrats expliquent près de 70 % de la variance du prix de vente.

Le nombre de bénéficiaires du contrat ressort toujours fortement, suivi de l'âge.

*Importance relative de chaque facteur*

<i>En %</i>	
<b>Facteurs explicatifs</b>	<b>Part de la variance expliquée pour le log du prix de vente</b>
<b>Nombre de bénéficiaires</b>	39,1 (41,3)
<b>Age</b>	24,4 (23,0)
<b>Niveau de garantie</b>	1,8 (2,4)
<b>Région de résidence</b>	2,0 (1,7)
<b>Total expliqué</b>	67,3 (68,3)
<b>Résidus</b>	32,7 (31,7)

*En italiques et parenthèses : résultats de l'étude parue en 2008 à titre de comparaison.*

Ces chiffres doivent être rapprochés des évolutions entre « classes extrêmes » constatées dans le cadre de l’analyse « toutes choses égales par ailleurs » pour chacune de ces variables : Le nombre de bénéficiaires du contrat ressort toujours fortement, suivi de l’âge.

- nombre de personnes couvertes par contrat : contrats « 1 personne » / « 7 personnes et plus » : + 188 % ;
- âge du souscripteur : « 80 ans et plus » / « 16-24 ans » : + 176 % ;
- niveau de garantie du contrat : « classes B » / « classe D » : + 35 % ;
- région de résidence : + 13 % entre les extrêmes (hors Alsace).

○ *Comparaison des niveaux de garantie*

Le recours à la classification DREES dans le cadre du rapport 2009, montre des niveaux de garanties nettement moins élevés pour l’ACS que pour les contrats individuels en général :

*Répartition des contrats par classes de garanties*

	<i>En % de personnes couvertes</i>	
	<b>Contrats ACS (2010)</b>	<b>Contrats individuels (DREES 2007)</b>
Classe A	0,7	4,3
Classe B	10,7	36,9
Classe C	50,7	47,4
Classe D	37,9	11,4
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Le tableau a été édité après retrait de 3 organismes pour lesquels le pourcentage des contrats non classifiés était le plus important (15 % des bénéficiaires).

La différence est particulièrement marquée sur la classe B (+ 26,2 points pour les contrats individuels) et la classe D (+ 21,6 points pour les contrats ACS).

### 1.3. La hausse importante et continue du nombre de personnes affiliées à la CMU-B (CMU de base)

#### 1.3.1. L'évolution des effectifs de la CMU-B

Avec 2 315 127 bénéficiaires au 31 décembre 2010 (assurés et ayants-droit), les effectifs de la CMU de base ont progressé de + 13,3 % depuis fin décembre 2009. Cette évolution n'a pas marqué de ralentissement au cours de l'année 2010. Elle est contemporaine de la mise en application de la nouvelle condition d'attribution des droits de base, début 2009, réduisant de 4 ans à 1 an la période de maintien de droits. Le nombre d'entrants, en augmentation régulière depuis la fin de l'année 2008 semble cependant marquer le pas depuis février 2010.

	Métropole	DOM	Total	Évolution
2009 déc	1 731 205	311 396	2 042 601	
2010 janv	1 759 015	311 911	2 070 926	1,39%
2010 févr	1 768 569	311 356	2 079 925	0,43%
2010 mars	1 788 738	311 348	2 100 086	0,97%
2010 avr	1 802 134	311 441	2 113 575	0,64%
2010 mai	1 812 445	310 907	2 123 352	0,46%
2010 juin	1 839 166	311 791	2 150 957	1,30%
2010 juil	1 848 774	311 969	2 160 743	0,45%
2010 août	1 851 130	307 310	2 158 440	-0,11%
2010 sept	1 888 765	308 699	2 197 464	1,81%
2010 oct	1 947 775	309 285	2 257 060	2,71%
2010 nov	1 983 972	320 395	2 304 367	2,10%
2010 déc	1 995 183	319 944	2 315 127	0,47%
<b>Évolution depuis Décembre 2009</b>				13,34%

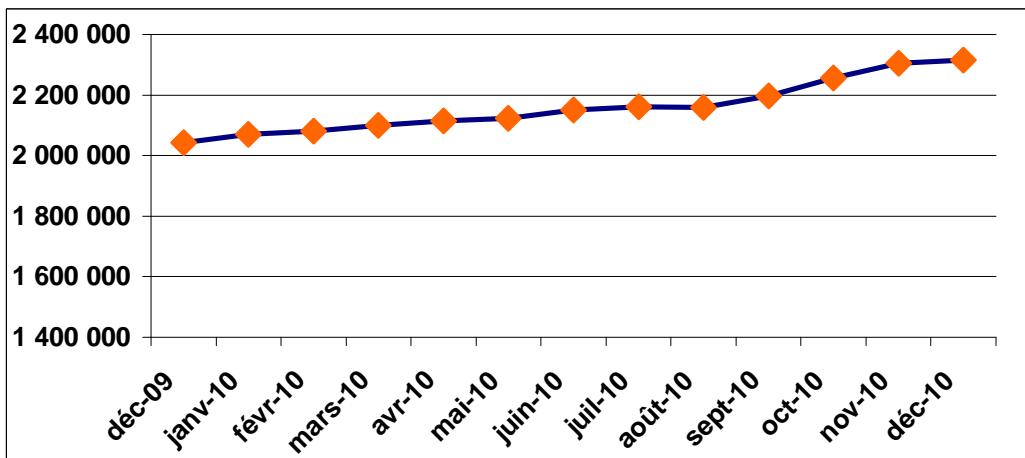
Source : CNAMTS

#### Effectifs moyens CMU de base

Année	Métropole & Dom	Métropole	Dom
2009	1 856 914	1 554 821	302 094
2010	2 169 335	16,82%	19,44%

Source : CNAMTS

### *Évolution des effectifs de la CMU-B depuis décembre 2009*



Source : CNAMTS

### **1.3.2. Le poids du régime 806**

Les bénéficiaires du RSA socle peuvent bénéficier de la CMU-B à titre gratuit, dans le cadre du régime 806, s'ils ne peuvent bénéficier d'une couverture de base à aucun autre titre.

#### *Définition des régimes d'attribution de la CMU-B*

Code Régime	Définition régime
801	Critère de résidence avec cotisation
802	Critère de résidence sans cotisation
803	Critère de résidence sans cotisation, affiliation immédiate
804	Critère de résidence avec cotisation + risque AT
806	Critère de résidence sans cotisation assuré RMliste
833	Critère de résidence ex yougoslave majeur

Source : CNAMTS

Les données de la CMU-B au titre du régime 806 ont progressé de 25,6 % de juin 2009 à juin 2010, passant de 1 063 544 à 1 336 314 bénéficiaires. Ils représentaient 69,4 % des effectifs de la CMU-B au 30 juin 2009, et montent à 72,7 % au 30 juin 2010.

La contribution des bénéficiaires au titre du régime 806 à l'évolution des effectifs totaux de la CMU-B est de 89 %.

Les effectifs de la CMU-B ont donc essentiellement progressé sous la poussée de l'évolution des effectifs des bénéficiaires au titre du régime 806.

*Effectifs des bénéficiaires de la CMU-B, par régime d'attribution, juin 2009 et juin 2010 en métropole*

Mois/Régime	2009 juin	Part Juin 2009	2010 juin	Part Juin 2010	Évolution	Pourcent Évol	Contribution Évolution
801	52 094	3,4%	53 853	2,9%	1 759	3,4%	0,01
802	410 890	26,8%	438 712	23,9%	27 822	6,8%	0,09
803	3 374	0,2%	2 568	0,1%	-806	-23,9%	0,00
804	2 143	0,1%	7 709	0,4%	5 566	259,7%	0,02
806	1 063 544	69,4%	1 336 314	72,7%	272 770	25,6%	0,89
833	41	0,0%	10	0,0%	-31	-75,6%	0,00
	1 532 086	100,0%	1 839 166	100,0%	307 080		1,00

Source : CNAMTS

La structure des bénéficiaires entre assurés et ayants-droit a évolué entre juin 2009 et juin 2010. La part des ayants-droits, pour les bénéficiaires de la CMU-B en lien avec le RSA socle est de 47,9 % fin juin 2010, soit 2,5 points de plus qu'en juin 2009.

L'augmentation des effectifs de la CMU-B au titre du régime 806 est donc pour une certaine part liée à des familles.

*Répartition des bénéficiaires de la CMU-B entre assurés et ayants-droit, juin 2009 et juin 2010 en métropole*

Mois/Régime	2009 juin			2010 juin			Évol Part Ayants Droits
	Assurés	Ayants_Droit	Part Ayants_Droit	Assurés	Ayants_Droit	Part Ayants_Droit	
801	30 785	21 309	40,9%	32 040	21 813	40,5%	-0,4%
802	313 258	97 632	23,8%	328 932	109 780	25,0%	1,3%
803	1 836	1 538	45,6%	1 475	1 093	42,6%	-3,0%
804	1 350	793	37,0%	4 170	3 539	45,9%	8,9%
806	580 484	483 060	45,4%	696 444	639 870	47,9%	2,5%
833	30	11	26,8%	7	3	30,0%	3,2%
	927 743	604 343	39,4%	1 063 068	776 098	42,2%	2,8%
	1 532 086			1 839 166			

Source : CNAMTS

Jusqu'en septembre 2010, les bénéficiaires de l'API<sup>6</sup>(aujourd'hui RSA socle majoré) qui relevaient d'un régime spécifique au titre de leur allocation, avaient bénéficié d'un maintien de leurs droits au régime général pour leurs droits de base à l'assurance maladie. À partir de septembre 2010, leurs droits sont réétudiés. Ils ont été progressivement intégrés à la CMU-B au titre du régime 806, s'ils ne pouvaient bénéficier des droits de base à aucun autre titre. Ce changement explique également l'augmentation des effectifs de la CMU-B au titre du régime 806.

<sup>6</sup> API : Allocation de parent isolé.

### 1.3.3. Le recours et le non recours à la CMU-C des bénéficiaires du régime 806

#### ▪ Le recours à la CMU-C des bénéficiaires du régime 806

Les bénéficiaires du RSA socle affiliés à la CMU-B au titre du régime 806 peuvent bénéficier de la CMU-C sans examen de leurs ressources. En métropole, entre juin 2009 et juin 2010, on dénombre une augmentation de 233 711 bénéficiaires au régime 806 ayant fait valoir leurs droits à la CMU-C (+ 32,6 %), contre une progression de 25 245 bénéficiaires de la CMU-C (+ 0,8 %).

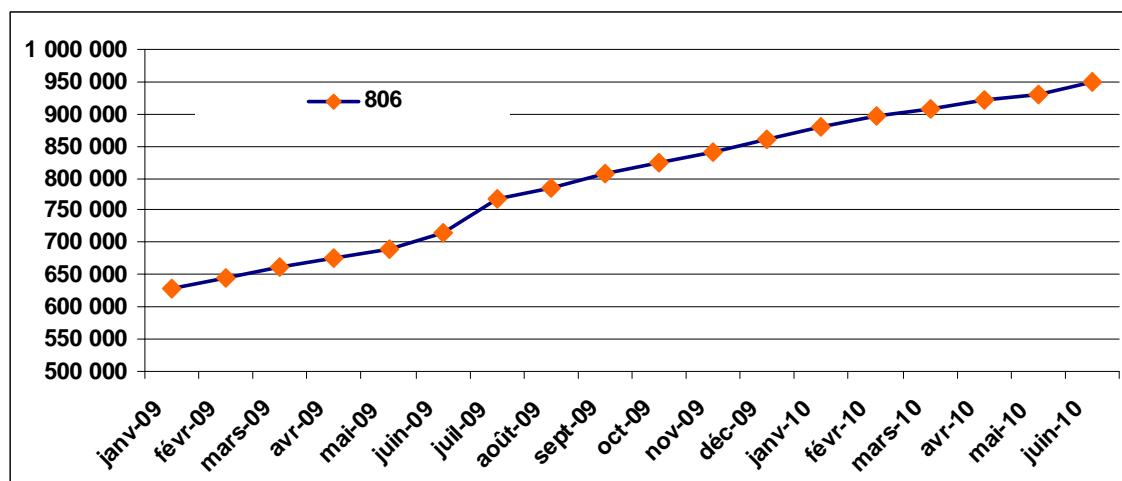
Par rapport au nombre total de bénéficiaires de la CMU-C, la part des personnes affiliées à la CMU-B au titre du régime 806 est passée de 27,5 % en juin 2009 à 39,7 % en juin 2010, soit une progression de 12,2 points.

*Évolution des effectifs de la CMU-B au titre du régime 806, de la CMU-B au titre du régime 806 avec CMUC et des effectifs de la CMU-C en métropole*

	juin-09	juin-10	Évolution	% évolution
<b>CMU-B 806</b>	1 063 544	1 336 314	272 770	25,6
<b>CMU-B 806 avec CMUC</b>	716 219	949 930	233 711	32,6
<b>CMUC</b>	3 316 332	3 341 877	25 545	0,8

Source : CNAMTS

*Évolution des effectifs bénéficiaires de la CMU-C affiliés à la CMU-B au titre du régime 806 de janvier 2009 à juin 2010*



Source : CNAMTS

La tendance nationale recouvre toutefois des évolutions hétérogènes entre les différents départements, sans lien directement lisible entre l'évolution de la CMU-B au titre du régime 806 avec CMU-C et l'évolution de la CMU-C. Il est à noter que, de décembre 2009 à juin 2010, alors que les effectifs globaux de la CMU-C ont repris une progression, 10 départements ont perdu des effectifs en CMU-C dans une proportion allant de - 4,5 % à - 0,1 %, tout en marquant une progression des effectifs de la CMU-C en lien avec la CMU-B au titre du régime 806 se situant entre + 1,1 % et + 15,1 %.

- ***Le non recours à la CMU-C des bénéficiaires du régime 806***

L'accès simplifié à la CMU-C pour les bénéficiaires du RSA « socle » affiliés à la CMU-B au titre du régime 806 devrait engendrer un très faible taux de non recours. Ce taux est cependant de 28,9 % fin juin 2010. Il a diminué de 3,8 points en un an. Ce recul est certainement lié à une meilleure prise en charge progressive des dossiers de nombreux nouveaux entrants. Ce taux, encore proche des 30 %, reste trop élevé, mais il est à relativiser du fait de la forte augmentation du nombre de bénéficiaires.

*Proportion de bénéficiaires de la CMU-B au titre du régime 806 (bénéficiaires du RMI/RSA socle), de juin 2009 à juin 2010, par rapport au total des effectifs de la CMU-B en métropole*

	juin 2009	décembre 2009	juin 2010
<b>Total 806</b>	1 063 544	1 309 622	1 336 314
<b>Dont sans CMU-C</b>	347 325	418 473	386 384
<b>Taux de non recours CMU-C</b>	32,7%	32,0%	28,9%

Source : CNAMTS

- ***Évolution par départements***

Le taux de non recours à la CMU-C a baissé entre juin 2009 et juin 2010 dans 91 départements de la métropole.

Parmi les 5 départements suivants dont le taux n'a pas baissé, la Haute-Loire a connu une évolution significative de 4,2 %, mais en atteignant un taux de non recours limité à 36,4 %, en ayant très peu de bénéficiaires de la CMU-B (1 918, soit 1,1 % de la population) et en étant peu concernée par la CMU-C (2,5 % de la population)<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Les 5 départements ayant les plus faibles taux de CMU-C par rapport à la population (<=2,6 %) sont des départements de montagne (05, 15, 43, 73, 74). Ils ont également de faibles taux de CMU-B (1,0 %, 1,1 %, 1,1 %, 1,4 %, 2,6 %).

*Départements de la métropole ayant connu une augmentation du taux de non recours à la CMU-C pour les bénéficiaires affiliés au régime 806 entre juin 2009 et juin 2010*

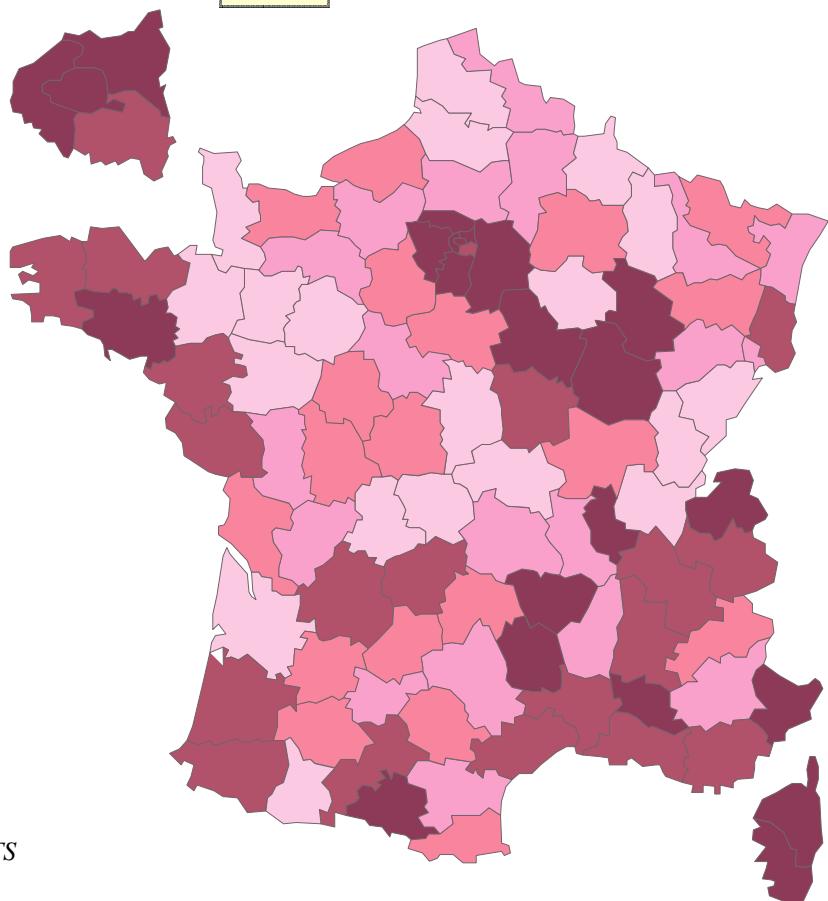
Num_Dpt	Département	Évol Non Recours CMU-B Déc 2009/Juin 2010
23	Creuse	0,7
29	Finistère	1,5
43	Haute-Loire	4,2
46	Lot	1,5
86	Vienne	0,8

Source : CNAMTS

Au final, au 30 juin 2010, en métropole, la répartition du non recours, selon les départements, se répartit entre 9,5 % et 48,2 %.

*Non recours à la CMU-C pour les bénéficiaires de la CMU-B concomitamment au RSA socle, par département de la métropole, au 30 juin 2010*

Couleur	Pourcent non recours			Nombre
Dark Red	$\geq$	32,4%	$\leq$	48,2%
Medium Red	$\geq$	27,4%	<	32,4%
Light Red	$\geq$	23,9%	<	27,4%
Very Light Red	$\geq$	21,4%	<	23,9%
White	$\geq$	9,5%	<	21,4%
				96



Source : CNAMTS

## 2. LA PROGRESSION DES DÉPENSES

### 2.1. Une évolution à la hausse mais modérée des dépenses de CMU-C

La dépense moyenne pour la part complémentaire des bénéficiaires de la CMU-C est évaluée pour 2010 à 430,66 €, métropole et dom, en droits constatés, pour la CNAMTS (y compris SLM). Elle évolue de + 3,2 % par rapport à la même dépense pour 2009. Cette évolution des dépenses est en lien avec la hausse des effectifs de la CMU-C.

#### 2.1.1. Au niveau des dépenses globales

La dépense globale pour la CNAMTS en 2010 est estimée à 1 447 922 790 € en droits constatés, soit une évolution de +3,3 % par rapport à 2009. Pour le RSI et la MSA, la baisse plus accentuée des effectifs se répercute sur la dépense.

*Évolution de la dépense globale, métropole et dom, en droits constatés, CNAMTS, RSI, MSA<sup>8</sup>*

	2007	2008	2009	2010	Évolution 2008-2009
<b>CNAMTS</b>	1 443 355 706,87 €	1 401 991 001,49 €	1 401 026 078,64 €	1 447 922 790,00 €	-0,1%
<b>RSI</b>	47 859 527,32 €	50 053 466,54 €	49 387 823,77 €	44 632 656,95 €	-1,3%
<b>MSA</b>	42 523 264,07 €	40 552 261,98 €	37 716 651,94 €	32 356 099,67 €	-7,0%

Sources : CNAMTS, RSI, MSA

- *Comparaison des dépenses entre bénéficiaires du régime général et bénéficiaires de la CMU-C*

Une approche est réalisée à travers l'écart sur la dépense en soins de ville, sur les 9 premiers mois de l'année n. Pour 2010, il est de 30 points, et continue donc la progression amorcée en 2009.

<sup>8</sup> En droits constatés, il faut attendre les chiffres de l'année n-1 pour obtenir un coût définitif. Par exemple, on connaît le montant de la dépense payée en 2010 au titre de l'exercice 2010, mais il faudra attendre le 31 décembre 2011 pour connaître le montant de la dépense payée en 2011 au titre de l'exercice antérieur à 2010. Le montant 2009 est donc maintenant définitif et le montant 2010 est calculé sur la base du montant de la dépense connue au titre de l'exercice, à laquelle on ajoute le montant de la provision passée par la CNAMTS, pour la dépense au titre de l'exercice antérieur

*Évolution de l'écart de la dépense de ville de 2005/2009 sur les 9 premiers mois de chaque année*

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Ecart dépense ville n</b> %	21	27	27	27	28	30

Source CNAMTS

Les écarts entre les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMU-C, sur la dépense globale sont principalement visibles dès le 7<sup>ème</sup> décile de la population. En ce qui concerne les médicaments, la sur consommation est en lien avec des maladies graves qui nécessitent des traitements très couteux (psychoses, VIH, diabète....). Par ailleurs, le taux de mortalité pour les bénéficiaires de la CMU-C augmente plus vite avec l'âge que pour les non bénéficiaires. Ce point confirme que, à pathologie égale, les bénéficiaires de la CMU-C accusent un état de santé plus dégradé.

L'augmentation de ces écarts peut également être le signe que les personnes accèdent mieux aux soins. Des études en cours tendent à démontrer que les bénéficiaires de la CMU-C auraient tendance à sous consommer des soins par manque d'information sur les droits qui leur sont ouverts.

### 2.1.2. Un coût moyen qui évolue faiblement

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

Le coût moyen prévisionnel pour 2010 est de 430,66 €, métropole et départements d'outre-mer, en droits constatés, pour la CNAMTS. En 2009, la dépense moyenne est de 417,20 €, pour l'ensemble du territoire, soit 425,19 € pour la métropole et 370,05 € pour les départements d'outre-mer. L'évolution entre 2008 et 2009 est de + 2,41 %, et de + 3,23 % entre 2009 et 2010.

*Évolution de la part complémentaire prise en charge par la CMU-C en droit constatés, CNAMTS, métropole et dom, de 2005 à 2010*

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Coût moyen (€)</b>	359,28 €	382,94 €	397,93 €	407,37 €	417,20 €	430,66 €
<b>Évolution part complémentaire (%)</b>	-	6,59%	3,91%	2,37%	2,41%	3,23%

Source : CNAMTS

Il convient de rappeler que 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 de n-2 à n-3. Dans ces conditions, l'évolution négative pour la dépense hospitalière de 2007 manque de sens.

L'évolution de la dépense de ville, importante entre 2005/2006 et 2006/2007, inclut la revalorisation des forfaits dentaire et orthodontique. 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 entre la dépense de ville et la dépense hospitalière reste cohérente en 2009. Le calcul de la répartition ville/hôpital pour l'année 2010 ne serait pas pertinent. Le montant au titre des exercices antérieurs ne relevant que d'une provision sur l'ensemble de la dépense, sa répartition est trop aléatoire.

*Évolution de la dépense moyenne, pour le régime général, métropole et dom, de la part complémentaire CMU-C, en droit constatés, de 2005 à 2009*

	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Ville</b>	269,52 €	278,81 €	293,88 €	301,22 €	309,88 €
<b>Evolution</b>	-	3,45%	5,41%	2,50%	2,87%
<b>Hôpital</b>	89,76 €	104,13 €	104,06 €	106,15 €	107,32 €
<b>Evolution</b>	-	16,01%	-0,07%	2,01%	1,10%

Source : CNAMTS

Pour mémoire, 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.

Le RSI et la MSA indiquent des montants moyens inférieurs à ceux de la CNAMTS. La CNAMTS rassemble, depuis la création de la CMU-C, la part des bénéficiaires les plus démunis. Ces personnes relèvent le montant moyen vers le haut. Le RSI intègre des bénéficiaires dont le recours aux soins des travailleurs indépendants est plus faible que celui des salariés. Ces personnes rencontrent moins de problèmes de santé et ont plus souvent recours à la médecine de ville. Les bénéficiaires de la MSA sont dans une position intermédiaire.

*Dépenses par régime, CNAMTS, RSI, MSA, métropole, 2009, droits constatés*

	CNAMTS	RSI	MSA	RSI/ CNAMTS	MSA/ CNAMTS
<b>Effectifs moyens</b>	2 871 243	138 358	99 060	4,8%	3,5%
<b>Dépense totale</b>	1 220 835 777,43 €	46 269 488,50 €	36 654 235,43 €	3,8%	3,0%
<b>Dépense moyenne</b>	425,19 €	334,42 €	370,02 €	78,7%	87,0%
<b>Ville</b>	312,21 €	271,60 €	286,29 €	87,0%	91,7%
<b>Hôpital</b>	112,98 €	62,82 €	83,73 €	55,6%	74,1%
<b>Pourcentage ville</b>	73,4%	81,2%	77,4%		
<b>Pourcentage hôpital</b>	26,6%	18,8%	22,6%		

Sources : CNAMTS, RSI, MSA

*Évolution du coût moyen, dépense totale, CNAMTS, RSI, MSA, métropole, droits constatés*

	2007	2008	Évolution 2007–2008	2009	Évolution 2008–2009
<b>CNAMTS</b>	404,72 €	413,89 €	2,3%	425,19 €	2,7%
<b>RSI</b>	337,46 €	339,40 €	0,6%	334,42 €	-1,5%
<b>MSA</b>	371,36 €	364,82 €	-1,8%	370,02 €	1,4%

Sources : CNAMTS, RSI, MSA

*Évolution du coût moyen, dépense de ville, CNAMTS, RSI, MSA, métropole, droits constatés*

	2007	2008	Évolution 2007–2008	2009	Évolution 2008–2009
<b>CNAMTS</b>	296,03 €	302,28 €	2,1%	312,21 €	3,3%
<b>RSI</b>	274,22 €	276,01 €	0,7%	271,60 €	-1,6%
<b>MSA</b>	296,81 €	289,67 €	-2,4%	286,29 €	-1,2%

Sources : CNAMTS, RSI, MSA

▪ *Dépense moyenne par poste pour la CNAMTS*

En droits constatés, la dépense moyenne pour la ville est estimée à 312,21 € en 2009, pour la CNAMTS, en métropole. Elle augmente de + 3,3 % par rapport à 2008. En trésorerie, cette même dépense est de 310,61 €, avec une évolution en ACM de + 2,4 %. Pour rappel, le taux de croissance annuelle en données brutes pour la dépense de ville du régime général à fin décembre 2009 est de + 2,3 %. L'évolution de la dépense moyenne pour la CMU-C reste donc proche de l'évolution de la dépense de l'ensemble des assurés de la CNAMTS.

La dépense se répartit entre 73,4 % pour la ville et 26,6 % pour l'hôpital. Pour la ville les principaux postes relèvent des médicaments, des honoraires des généralistes et des forfaits pour les prothèses dentaires. Les honoraires représentent plus de 73 % de la dépense hospitalière. Les évolutions par poste sont homogènes, la baisse de la dépense pour les médicaments amorcée en 2008 devrait se confirmer en 2009, d'après les résultats en trésorerie. La dépense en droits constatés ne peut être détaillée que pour l'année N-1, la dépense en année N fait l'objet d'une provision globale sur les montants au titre de l'exercice précédent, qui seront versés en 2010.

*Répartition du coût moyen, métropole, en droits constatés, pour la CNAMTS*

	2007	2008	2009
<b>Dépense totale</b>	404,72 €	413,89 €	425,19 €
<b>Ville</b>	296,03 €	302,28 €	312,21 €
<b>Pourcentage Dépense Ville</b>	73,1%	73,0%	73,4%
<b>Total des trois principaux postes</b>	187,09 €	188,24 €	194,45 €
<b>Médicaments</b>	97,37 €	95,35 €	95,59 €
<b>Honoraires des généralistes</b>	45,86 €	47,75 €	50,85 €
<b>Forfaits prothèses dentaires</b>	43,86 €	45,14 €	48,01 €
<b>Hôpital</b>	108,69 €	111,61 €	112,98 €
<b>Pourcentage Dépense Hôpital</b>	26,9%	27,0%	26,6%
<b>Honoraires secteur public prestations hospitalières</b>	74,27 €	73,12 €	75,96 €
<b>Forfait journalier</b>	34,42 €	38,49 €	37,02 €

Source : CNAMTS

En 2009, en métropole, la moyenne de la dépense dans les départements est de 425,19 €, en droits constatés. Aux deux extrêmes, le département du Bas-Rhin, présente un coût moyen de 319,77 € et le département de la Lozère doit son coût moyen de 998,83 €, à une concentration d'établissements de longs séjours. Si l'on neutralise ces deux départements, le coût moyen en métropole oscille en réalité entre 342,31 € et 595,61 €. En affinant un peu plus, il ressort que, parmi les dix neuf départements appartenant au quintile le plus élevé, hors Lozère, ceux-ci affichent une dépense de ville élevée dans le Sud, la Corse et Paris.

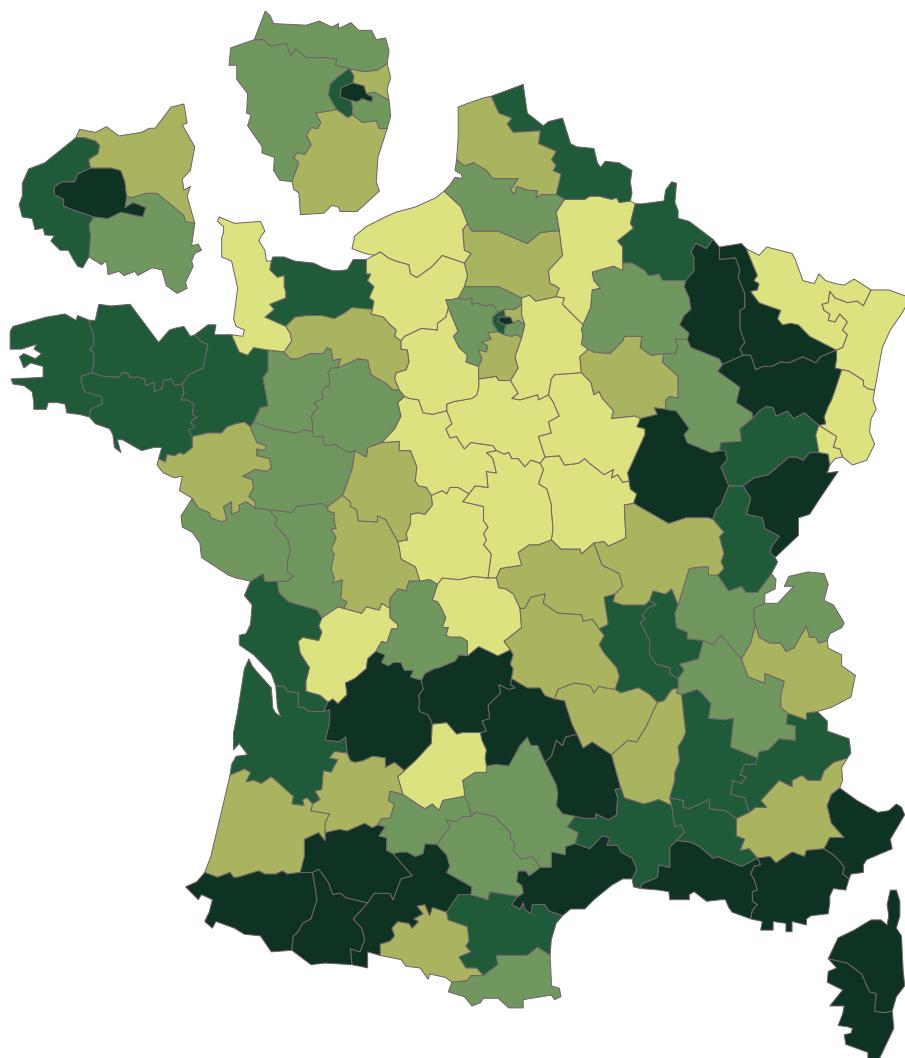
Par ailleurs, on note une dépense hospitalière importante dans les départements proches de la Lozère (Cantal, Corrèze, Dordogne) ainsi dans les départements situés à l'Est (Vosges, Meuse, Haute-Saône). La dépense de ville élevée est à mettre en corrélation avec une offre de soins particulièrement dense et la dépense hospitalière élevée s'inscrit, soit dans l'hospitalisation en établissements de longs séjours, soit dans une offre de soins de ville moins organisée.

Dans les départements d'outre-mer, le coût moyen s'échelonne entre 246,13 € en Martinique et 521,73 € en Guyane.

*Dépense moyenne par départements en droits constatés, métropole, 2009, CNAMTS*

	Coût moyen
<b>Min</b>	319,77 €
<b>Médiane</b>	407,55 €
<b>Moyenne</b>	420,71 €
<b>Max</b>	998,83 €

Couleur	Montants			Nombre
	$\geq$	440,40 €	$\leq$	998,83 €
	$\geq$	415,63 €	$<$	440,40 €
	$\geq$	396,57 €	$<$	415,63 €
	$\geq$	379,06 €	$<$	396,57 €
	$\geq$	319,77 €	$<$	379,06 €
				96



*Source : tous régimes*

### 2.1.3. Une charge qui pèse cependant sur les gestionnaires de contrats

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.

*Évolution des forfaits et des coûts moyens*<sup>9</sup>

France entière (sauf MSA)	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Montant du forfait</b>	305 €	340 €	340 €	340 €	370 €	370 €
<b>Évolution</b>		11,7%	0,0%	0,0%	8,8%	0,0%
<b>CNAMTS (y compris SLM)</b>	359,28 €	382,94 €	397,93 €	407,37 €	417,20 €	430,66 €
<b>Évolution</b>		6,6%	3,9%	2,4%	2,4%	3,2%
<b>CCMSA métropole</b>	314,18 €	335,22 €	371,36 €	364,82 €	370,02 €	369,94 €
<b>Évolution</b>		6,7%	10,8%	-1,8%	1,4%	0,0%
<b>RSI</b>	300,87 €	311,53 €	336,27 €	338,81 €	334,10 €	305,97 €
<b>Évolution</b>		3,5%	7,9%	0,8%	-1,4%	-8,4%
<b>Organismes complémentaires</b>	301,00 €	314,00 €	336,00 €	353,00 €	371,00 €	388,00 €
<b>Évolution</b>		4,3%	7,0%	5,1%	5,1%	4,6%

Sources : CNAMTS, RSI, MSA, OC

La prise en charge des dépenses des gestionnaires de contrats CMU-C est réalisée par le Fonds sous la forme d'un forfait par bénéficiaire (370 € depuis 2009). Dès lors, si les dépenses réelles dépassent le montant du forfait, ce sont les gestionnaires qui supportent la différence (et inversement).

Pour 2010 (il s'agit d'une prévision), le RSI reste « bénéficiaire », le montant de ses dépenses étant inférieur au forfait. Les dépenses des organismes complémentaires et surtout du régime général s'en éloignent. Les dépenses du régime agricole restent stables.

<sup>9</sup> Le coût moyen pour les OC est évalué pour 2009 et 2010. Le coût moyen pour les régimes est évalué pour 2010.

## 2.2. Le coût de l'ACS reste minime

### 2.2.1. Un coût global faible

Le coût global de l'ACS est faible puisque sur l'année 2010, il s'élève à 135 millions d'euros (110 millions en 2009), correspondant à la couverture de 520 000 personnes en moyenne.

Ce chiffre peut-être comparé à celui évalué (au niveau des régularisations) de la CMU-C gérée par les organismes complémentaires en 2010 et qui devrait avoisiner les 230 millions d'euros pour 630 000 bénéficiaires.

### 2.2.2. La déduction moyenne par bénéficiaire

Le montant moyen trimestriel de la déduction s'est élevé progressivement au cours de l'année : 60 euros au 28 février, 61 euros au 31 mai, 64 euros au 31 août et 67 euros au 30 novembre, soit un montant annuel qui a évolué de 240 euros à 268 euros.

Cette évolution résulte notamment de la montée en charge progressive des nouvelles mesures impactant le montant de l'ACS depuis 2009 (pas de déformation de la structure par âge de la population protégée) :

- au 1er août 2009 : revalorisation des montants de l'ACS pour les plus de 60 ans (500 €), création d'une nouvelle tranche d'attribution (350 € pour les 50-59 ans) ;
- au 1er janvier 2010 : doublement du montant de l'ACS pour les personnes âgées de 16 à 24 ans (200 €).

Le chiffre de 268 euros peut être rapproché de celui du montant du forfait CMU-C (370 euros). Toutefois, dans le cas de la CMU-C, le reste à charge sur prestations est censé être nul pour le bénéficiaire alors que cela n'est pas le cas pour un bénéficiaire de l'ACS qui est couvert par un contrat classique proposé sur le marché. Ce dernier subit alors le reste à charge sur le prix de son contrat (50 % environ du prix du contrat) ainsi qu'un reste à charge sur les prestations que le niveau de remboursement constaté sur les contrats ACS laisse à penser qu'il est loin d'être négligeable.

Le montant de 500 euros attribué aux 60 ans et plus, dépasse largement le montant du forfait CMU-C mais ce dernier est on le sait loin de couvrir en moyenne, le montant de la part complémentaire pour cette tranche de la population.

### 3. LES COMPTES DU FONDS CMU

#### 3.1. Un ralentissement dans la progression du chiffre d'affaires des OC

##### 3.1.1. Une évolution globale qui reste satisfaisante compte tenu du contexte de crise économique

Les organismes complémentaires adressent chaque trimestre à l'URSSAF dont ils relèvent, un bordereau déclaratif qui mentionne le montant de l'assiette de la contribution CMU-C. Ils envoient en parallèle une copie de ce document au Fonds CMU.

Les données ainsi obtenues permettent de reconstituer le chiffre d'affaires santé des OC.

On rappellera que la déclaration de l'assiette de la contribution CMU-C est fondée sur « *le montant hors taxes des primes ou cotisations émises au cours d'un trimestre civil, déduction faite des annulations et des remboursements, ou, à défaut d'émission, recouvrées, afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé, à l'exclusion des réassurances.* » ( *I de l'article L. 862-4 du code de la Sécurité Sociale*)<sup>10</sup>.

La notion de chiffre d'affaires santé telle que développée 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 2009 recouvrée en 2010 sur sa déclaration du 1er trimestre 2010 (alors que cette cotisation figurera dans ses comptes 2009).

L'examen des chiffres montre un marché de la complémentaire santé qui connaît une évolution satisfaisante compte tenu du contexte économique difficile, puisqu'en augmentation de 4,2 % en 2010 par rapport à 2009 (chiffres bruts) :

	Total 2007 Montant	Structure	Total 2008 Montant	Structure	Total 2009 Montant	Structure	Total 2010 Montant	Structure
<b>Mutuelles</b> <b>Institutions de prévoyance</b> <b>Sociétés d'assurance</b>	15 952 267	58,26%	16 434 832	56,43%	16 931 131	56,22%	17 665 265	56,28%
	4 694 627	17,14%	5 125 601	17,60%	5 225 175	17,35%	5 256 812	16,75%
	6 735 593	24,60%	7 561 394	25,96%	7 960 845	26,43%	8 468 527	
<b>Total</b>	27 382 487		29 121 827		30 117 151		31 390 604	
<b>Evol / N-1</b>	5,14%		6,35%		3,42%		4,23%	

Source : Fonds CMU

<sup>10</sup> L'article L.862-4 du code de la Sécurité Sociale a été modifié par l'article 190 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011.

Par rapport au rapport d'activité de l'année 2009, le bilan proposé est effectué sur les chiffres « bruts » 2008 et 2009 : ils intègrent les transferts d'« opportunité » opérés par certains organismes à l'occasion de l'augmentation sensible du taux de la contribution intervenu à compter du 1er janvier 2009 : sur déclarations du 4ème trimestre 2008 au détriment du 1er trimestre 2009. Seules les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance avaient été concernées pour un montant d'environ 210 millions d'euros pour les premières, 120 millions d'euros pour les secondes. Le nombre d'OC concernés était très faible mais les montants en cause non négligeables.

En neutralisant ces transferts, soit à méthodes déclaratives inchangées par rapport à 2007 et aux années précédentes, on aboutirait à des évolutions sensiblement différentes :

	2010 / 2009
<b>Mutuelles</b>	4,30%
<b>IP</b>	-1,60%
<b>Sociétés d'assurance</b>	3,69%
<b>Ensemble</b>	3,10%

*Source : Fonds CMU*

Sur la base de chiffres retraités, l'augmentation serait de 3,1 % en 2010, 5,7 % en 2009, 5,2 % en 2008 et le ralentissement constaté sur 2010 serait donc plus sensible.

### 3.1.2. Des évolutions contrastées entre familles d'OC

L'observation au cours des dernières années de la répartition du chiffre d'affaires santé entre les trois types d'organismes montre l'évolution suivante : la part des sociétés d'assurance s'accroît lentement mais constamment : + 4,8 points depuis 2003 et ce, au détriment principalement des mutuelles et dans une moindre mesure des institutions de prévoyance (- 3,0 points pour les mutuelles, - 1,8 point pour les institutions de prévoyance).

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 87 % entre 2003 et 2010. Dans le même temps, les mutuelles et les institutions de prévoyance ne connaissaient qu'une évolution de respectivement + 46 % et + 38 %.

Le « décrochage » en évolution des institutions de prévoyance (IP) par rapport aux autres familles est un constat de l'année 2010, de même que la bonne tenue des sociétés d'assurance (+ 6,4 %), avec une hausse particulièrement importante du chiffre du 4ème trimestre 2010 par rapport au 4ème trimestre 2009 (+ 12,6 %). Les mutuelles quant à elles se situent exactement dans la moyenne avec + 4,2 % d'évolution.

	T2 10 / T2 09	T3 10 / T3 09	T4 10 / T4 09	2010 / 2009
<b>Mutuelles</b>	3,50%	5,97%	4,19%	4,33%
<b>IP</b>	-0,59%	2,29%	-1,35%	0,61%
<b>Sociétés d'assurance</b>	3,81%	4,17%	12,64%	6,38%
<b>Ensemble</b>	2,82%	4,85%	5,20%	4,23%

*Source : Fonds CMU*

S'agissant des institutions de prévoyance, l'impact des organismes de plus grande taille doit être souligné puisque en neutralisant les chiffres de 3 organismes sur 34 IP au total – qui représentent 33 % de l'assiette déclarée par cette catégorie d'organismes - le taux d'évolution annuel constaté passerait de 0,6 % à 3,3 %.

Pour ces 3 OC cependant, ce constat résulte davantage de situations individuelles particulières (changement de base de calculs d'une année sur l'autre, efforts tarifaires sur une catégorie d'assurés pour un d'entre eux) que d'un effet de la crise économique. D'après eux, l'« effet crise économique » se traduirait davantage par un retard sur les encaissements que par la baisse du chiffre d'affaires.

Un même rapprochement a été effectué pour les sociétés d'assurance. Il en ressort que 2 sociétés (sur un total de 92) impactent fortement la hausse constatée sur 2010, et ce compte tenu de leur poids relatif. Ils représentent, en effet, 21 % de l'assiette déclarée par les sociétés d'assurance. En neutralisant leurs chiffres, le taux d'évolution baisserait de + 6,4 à + 4,7 %.

### 3.1.3. Un contexte global en évolution permanente

Au 31 décembre 2010, le nombre d'organismes s'établit à 713 (784 en 2009). Il est en constante diminution depuis que le Fonds CMU dispose de ces données, à savoir 2000 (près de 1 800 OC recensés à l'époque). Cette diminution est due essentiellement à des regroupements d'organismes et des disparitions de mutuelles.

Les mutuelles sont au nombre de 587, les sociétés d'assurance de 92, le nombre d'institutions de prévoyance s'élève quant à lui à 34 (respectivement 656, 93 et 35 en 2009).

Nombre Totalité organismes				
Année	Mutuelle	Assurance	Institution de Prévoyance	Total
2005	919	107	48	1 074
2006	849	99	46	994
2007	811	93	38	942
2008	751	93	36	880
2009	656	93	35	784
2010	587	92	34	713

Source : Fonds CMU

Les institutions de prévoyance représentent près de 17 % de ce marché alors qu'elles regroupent 5 % du nombre des organismes. Il s'agit dans l'ensemble de grandes institutions de complémentaire santé (31 des 34 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 13 % des organismes, réalisent 27 % du chiffre d'affaires. Une différenciation plus grande existe au sein de ce type d'organisme. 53 sociétés d'assurance ont une assiette supérieure à 10 millions d'euros (dont 21 à plus de 100 millions d'euros contre 12 en 2003). Les autres ont en moyenne une assiette se situant autour 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 regroupent 82 % des organismes et 56 % 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 celle de la mutuelle qui substitue (dite substituante).

En 2010, 201 mutuelles (205 en 2003) déclarent une assiette supérieure à 10 millions d'euros (dont 41 [34 en 2009]<sup>11</sup> à plus de 100 millions d'euros contre 19 en 2003). Les autres déclarent une assiette moyenne de 2,7 millions d'euros.

Au sein de la mutualité, on identifie trois grands blocs de tailles équivalentes : les mutuelles interprofessionnelles (FNMI) qui représentent 28 % du marché, la mutualité fonction publique (MFP) et les autres mutuelles FNMF qui représentent respectivement 27 et 28 % 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 (10 % des organismes cotisants et 28 % de l'assiette totale) et surtout celles de la MFP (respectivement 4 % et 27 %) 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 (17 % des organismes pour 5 % de l'assiette).

La part des groupes consolidés dans le chiffre d'affaires santé des organismes complémentaires : les sept principaux groupes consolidés, qui dépassent le milliard d'euros d'assiette déclarée, représentent 32 % du marché de la complémentaire santé, d'après les informations recoupées par le Fonds CMU.

*En millions d'euros*

<b>Nature</b>	<b>Nom Groupe</b>	<b>Assiette 2010</b>
<b>Mutuelles</b>	Groupe Harmonie	1 900
<b>Assurance</b>	Groupe Groupama - Gan	1 711
<b>Assurance</b>	Groupe AXA	1 452
<b>Mutuelle</b>	MGEN	1 337
<b>IP + mutuelles</b>	Groupe Malakoff-Médéric	1 326
<b>IP + mutuelles</b>	Groupe AG2R-La Mondiale	1 225
<b>IP</b>	BTP prévoyance - CNPBTP	1 104

*Source : Fonds CMU*

Les informations détenues par le Fonds CMU font également l'objet de rapprochements avec d'autres sources d'informations. En particulier, une comparaison a été établie avec les cotisations déclarées par les plus grands organismes complémentaires auprès de l'Argus de l'Assurance et qui font l'objet d'une publication annuelle.

<sup>11</sup> Le phénomène de concentration est ici illustré

En cas de divergences sensibles, les organismes considérés ont été questionnés par le Fonds CMU. En retour, ils lui ont apporté les éléments d'explication utiles. Des différences de définition des assiettes sont en effet à l'origine des divergences constatées en première analyse.

### **3.1.4. Le deuxième rapport annuel sur la situation financière des OC**

Selon l'article L. 862-7 du code de la Sécurité sociale, le Gouvernement est chargé d'établir un rapport annuel présentant la situation financière des assureurs complémentaires en santé. Il s'agit du deuxième rapport rédigé par la DREES et qui présente les résultats obtenus pour les années 2007, 2008 et 2009. Dans ce cadre, le champ d'analyse retenu par la DREES est celui des seuls organismes assurant une couverture santé et contribuant au financement du Fonds CMU.

Le rapport traite des opérations vie et non-vie mais le présent résumé se concentre sur le champ de la couverture complémentaire santé, correspondant au domaine de compétence du Fonds CMU.

Pour l'année 2009, la DREES souligne une représentativité accrue de l'étude puisque les comptes disponibles pour effectuer l'analyse représentent 95 % de l'assiette du Fonds CMU (89 % pour l'année 2008).

- ***L'activité santé selon la nature de l'organisme***

Au sein de l'assurance, le poids de la couverture complémentaire santé représente 90 % du chiffre d'affaire global des mutuelles, 49 % de celui des institutions de prévoyance ; respectivement 14 % pour les sociétés d'assurance « non-vie » et 6 % pour les sociétés d'assurance « vie et mixte ».

**« Lorsque les mutuelles assurent une couverture santé, elles le font presque exclusivement de toute autre activité ».**

Les mutuelles assurent donc essentiellement des risques courts, contrairement aux autres types d'organismes, et la structure de leur bilan s'en distingue puisque le règlement rapide des prestations « santé » n'impose pas la détention de placements importants en couverture des engagements vis-à-vis des assurés. Le poids des provisions au passif du bilan est relativement faible, à l'opposé des sociétés d'assurance vie mixte en particulier.

- ***Les résultats santé selon la nature de l'organisme***

Dans le domaine de la couverture complémentaire santé, sur la base des résultats 2009, plusieurs constats méritent d'être soulignés.

- ***Une répartition entre individuel et collectif différenciée selon les organismes***

La répartition des primes de l'exercice selon la nature du contrat ressort de la manière suivante en 2009 :

	Individuel	Collectif
<b>Mutuelles</b>	73,3%	26,7%
<b>IP</b>	17,1%	82,9%
<b>Sociétés d'assurance</b>	54,3%	45,7%

L'individuel prédomine clairement chez les mutuelles et c'est l'inverse que l'on constate pour les institutions de prévoyance (IP).

Les sociétés d'assurance quant à elles se situent dans une situation intermédiaire de quasi égalité.

- ***Quelle que soit la nature de l'organisme, le résultat technique « santé » est bénéficiaire en individuel et déficitaire en collectif***

Exprimé en pourcentage des primes de l'exercice, le résultat technique santé s'établit de la manière suivante :

	Individuel	Collectif	Ensemble
<b>Mutuelles</b>	1,50%	-3,30%	0,20%
<b>IP</b>	8,90%	-0,10%	1,40%
<b>Sociétés d'assurance</b>	5,20%	-2,00%	1,90%

On notera en préalable que les montants de primes de l'exercice affichés par la DREES et qui émanent de l'ACP, ressortent cohérents avec les chiffres issus des déclarations à la contribution CMU.

Au sein de chaque catégorie d'organisme (mutuelle, IP, sociétés d'assurance), le résultat technique santé ressort légèrement positif mais ce grâce aux contrats individuels. Ce sont au global les sociétés d'assurance qui connaissent le meilleur résultat, celui des mutuelles ressortant le plus faible.

*« Ces résultats moyens cachent cependant de fortes disparités entre les organismes ».*

Au sein de chaque groupe, la dispersion des résultats décroît avec la taille des organismes.

En outre, *« quelle que soit leur catégorie d'appartenance, ce sont les organismes dont le chiffre d'affaires global est le plus élevé qui ont en moyenne le résultat technique exprimé en pourcentage de leurs primes le plus faible. Concernant les mutuelles, ce dernier est même négatif en moyenne pour les mutuelles classées dans le dernier quintile (la moyenne de ce dernier quintile étant plus basse que sa médiane, le résultat négatif de la classe est en fait imputable aux plus grosses d'entre elles) ».*

On notera que la solvabilité de l'ensemble des acteurs en général s'est plutôt améliorée entre 2008 et 2009.

- *Des contrats collectifs plus profitables à leurs bénéficiaires que les contrats individuels*

On rappellera en préalable que la DREES dans son enquête annuelle sur les contrats modaux a démontré que les niveaux de garantie des contrats collectifs sont sensiblement plus élevés que ceux des contrats individuels.

L'examen des comptes, montre quant à lui que quel que soit le type d'organismes, le ratio « charges de prestations / primes » des contrats collectifs est supérieur à celui des contrats individuels :

	Individuel	Collectif	Ensemble
<b>Mutuelles</b>	80,9%	86,7%	82,4%
<b>IP</b>	79,7%	85,4%	84,4%
<b>Sociétés d'assurance</b>	69,9%	86,2%	77,4%

Lorsqu'on déduit des charges de prestations les frais de gestion pour sinistres payés, le diagnostic n'est pas modifié.

Ce résultat renforce celui tiré de l'enquête DREES sur les contrats modaux. On constate dans les deux cas que les contrats individuels ont un retour sur primes plus faible.

- *Des charges de gestion en santé pouvant varier fortement selon la nature des organismes*

Le poids des charges de gestion peut être apprécié à partir du ratio :

$$\text{Frais de gestion sur prestations} + \text{frais d'acquisition} + \text{frais d'administration}) / \text{primes}$$

Et les résultats obtenus sont les suivants :

	Individuel	Collectif	Ensemble
<b>Mutuelles</b>	21,4%	20,5%	21,2%
<b>IP</b>	14,8%	17,9%	17,3%
<b>Sociétés d'assurance</b>	30,7%	21,2%	26,3%

Ce taux est le plus faible pour les IP, le plus fort pour les sociétés d'assurance (en individuel), les mutuelles se situant quant à elles dans une position intermédiaire.

Pour les seuls frais de gestion sur prestations, les écarts entre organismes apparaissent faibles puisque respectivement de 4,1 %, 4,7 % et 5,7 %.

Les écarts de charges de gestion sont en fait essentiellement imputables aux frais d'acquisition, dont le poids apparaît sensiblement plus fort, pour les sociétés d'assurance et plus particulièrement pour leurs contrats « individuels » : 16 % contre respectivement 4,8 % et 4,1 % en moyenne sur les mutuelles et les IP au niveau de l'ensemble des contrats.

## 3.2. Le résultat des comptes du Fonds CMU

### 3.2.1. Une modification dans la comptabilisation des déductions

Un audit comptable et financier (RGF-CGEFI) a été réalisé durant l'été 2010, à l'issue duquel plusieurs recommandations ont été formulées (rapport définitif remis au Fonds CMU le 24 mars 2011). L'une d'entre elles a été mise en application dès l'exercice 2010. Elle concerne les déductions des organismes complémentaires au titre du 4<sup>ème</sup> trimestre. Ces dernières étaient jusqu'à présent comptabilisées en provisions. Les auditeurs ont préconisé de comptabiliser les déductions en charges à payer dès lors que les montants sont connus définitivement, c'est-à-dire à réception des bordereaux déclaratifs. Seuls les montants des déductions relatifs aux bordereaux non encore reçus doivent être comptabilisés en provisions.

Les tableaux présentés ci-dessous tiennent compte de cette modification.

### 3.2.2. Un résultat excédentaire

Les comptes du Fonds CMU pour l'année 2010 présentent un résultat positif de 28 millions d'euros. Compte tenu du report à nouveau (RAN) constaté fin 2009 (+ 101 M€), le solde cumulé au 31 décembre 2010 s'élève à 129 millions d'euros.

<i>En millions d'euros</i>			
Charges		Produits	
<b>Paiement aux régimes de base</b>	1 444		
<b>Déduction des organismes complémentaires (y compris RAN)</b>	464	<b>Contribution des organismes complémentaires</b>	1 856
<b>Dotations aux provisions</b>	12 <sup>1</sup>	<b>Reprises sur provisions</b>	93
<b>Gestion administrative</b>	1		
<b>Résultat (excédent)</b>	28		
<b>Total des charges</b>	<b>1 949</b>	<b>Total des produits</b>	<b>1 949</b>

<sup>1</sup> prise en compte à compter de l'exercice 2010 de la nouvelle méthode de comptabilisation des déductions du 4<sup>ème</sup> trimestre

## RECAPITULATIF DES COMPTES DU FONDS

	<i>En millions d'euros</i>										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Produits</b>											
Dotation de l'État	800	889	1 150	970	1 037	695	346	109	47	0	0
Taxe alcool						386	404	480	349	0	0
Taxe tabac							217	411	372	0	0
Contribution ACS						13	40	65	87	0	0
Contribution des organismes complémentaires	247	223	223	245	291	302	492	494	569	1 791	1 856
Reprises sur provisions		94	159	143	202	22	25	35	28	79	93
<b>Total produits</b>	<b>1 047</b>	<b>1 206</b>	<b>1 532</b>	<b>1 358</b>	<b>1 530</b>	<b>1 418</b>	<b>1 524</b>	<b>1 595</b>	<b>1 452</b>	<b>1 870</b>	<b>1 949</b>
<b>Charges</b>											
Paiement aux régimes de base (1)	908	1 189	1 164	1 210	1 357	1 270	1 438	1 442	1 263	1 429	1 444
Organismes complémentaires	10	22	47	62	73	78	81	88	80	323	464
Annulation produits antérieurs					2						
Dotations aux provisions	94	159	143	202	22	25	35	28	79	98	12
Gestion administrative	0,5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Total charges</b>	<b>1 013</b>	<b>1 371</b>	<b>1 355</b>	<b>1 475</b>	<b>1 455</b>	<b>1 374</b>	<b>1 555</b>	<b>1 559</b>	<b>1 423</b>	<b>1 851</b>	<b>1 921</b>
<b>Résultat de l'année</b>	<b>34</b>	<b>-165</b>	<b>177</b>	<b>117</b>	<b>75</b>	<b>44</b>	<b>-31</b>	<b>36</b>	<b>29</b>	<b>19</b>	<b>28</b>
<b>Résultat cumulé</b>	<b>34</b>	<b>-131</b>	<b>47</b>	<b>-70</b>	<b>5</b>	<b>48</b>	<b>17</b>	<b>53</b>	<b>83</b>	<b>101</b>	<b>129</b>

(1) Ce montant inclut, à partir de 2009, le versement à la CNAMTS sur l'exercice n, du résultat cumulé au 31/12/n-1

### 3.2.3. Une trésorerie insuffisante

Le profil de trésorerie du Fonds CMU est maintenant très simple : en matière de recettes, l'unique recette est constituée de la contribution des OC reversée par l'ACOSS au Fonds CMU, le 15 du deuxième mois de chaque trimestre civil.

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 (mais pas la trésorerie) sont impactés par des produits à recevoir : en 2010 par la contribution des OC versée le 15 février de l'année n + 1.

## TRESORERIE - ANNEE 2010

	Réalisation (solde)	Dépenses	Recettes	Commentaires
	7 337 492			
21-janv.-10	7 023 535	313 957		Paiement aux organismes complémentaires
1-févr.-10	5 589 862	1 433 673		Paiement aux organismes complémentaires
4-févr.-10	3 526 639	2 063 223		Paiement aux organismes complémentaires
8-févr.-10	3 115 949	410 690		Paiement aux organismes complémentaires
15-févr.-10	18 171 577	327 573 688	342 629 316	Acompte régimes + RAN 2009/Contribution OC Acoss
17-févr.-10	11 941 610	6 229 967		Paiement aux organismes complémentaires
1-mars-10	11 818 357	123 253		CAP 2009 Petits régimes
5-mars-10	10 524 799	1 293 558		Paiement aux organismes complémentaires
9-avr.-10	10 341 882	182 917		Paiement aux organismes complémentaires
12-avr.-10	8 504 008	1 837 874		CAP 2009 RSI/CCMSA
7-mai-10	7 195 421	1 308 587		Paiement aux organismes complémentaires
17-mai-10	34 058 138	475 000 000	501 862 716	Versements aux régimes/Contribution OC Acoss
21-mai-10	34 059 155		1 018	Remboursement organisme complémentaire
28-mai-10	30 972 808	3 086 347		Paiement aux organismes complémentaires
2-juin-10	27 478 147	3 494 661		Paiement aux organismes complémentaires
8-juin-10	26 978 147	500 000		Budget de gestion administrative
16-juin-10	24 398 556	2 579 591		Paiement aux organismes complémentaires
17-juin-10	24 431 764		33 208	Remboursement organisme complémentaire
21-juin-10	24 013 941	417 823		Paiement aux organismes complémentaires
22-juin-10	24 018 104		4 163	Remboursement organisme complémentaire
1-juil.-10	24 032 164		14 060	Remboursement organisme complémentaire
2-juil.-10	23 836 619	212 658	17 113	Remboursement organisme complémentaire
5-juil.-10	21 281 639	2 554 980		Acompte petits régimes
6-juil.-10	20 969 081	312 558		Paiement aux organismes complémentaires
12-juil.-10	20 969 174		93	Régularisations CNMSS
19-juil.-10	20 988 414		19 240	Remboursement organisme complémentaire
29-juil.-10	20 366 999	621 415		Régularisations 2009 LMDE
4-août-10	17 916 180	2 450 819		Paiement aux organismes complémentaires
9-août-10	14 668 231	3 247 949		Paiement aux organismes complémentaires
11-août-10	14 668 046	185		Paiement aux organismes complémentaires
13-août-10	14 043 653	624 393		Paiement aux organismes complémentaires
16-août-10	5 638 547	315 000 000	306 594 894	Versements aux régimes/Contr. OC Acoss
18-août-10	5 343 093	295 454		Paiement aux organismes complémentaires
23-août-10	5 339 023	4 070		Paiement aux organismes complémentaires
27-août-10	5 347 546		8 523	Remboursement Cavimac
10-sept.-10	5 343 846	3 700		Paiement aux organismes complémentaires
21-sept.-10	5 337 056	6 790		Paiement aux organismes complémentaires
30-sept.-10	5 220 666	116 390		Régularisations 2009 ENIM
26-oct.-10	5 207 623	13 043		Paiement aux organismes complémentaires
28-oct.-10	5 207 993		370	Remboursement organisme complémentaire
8-nov.-10	1 459 301	3 748 693		Paiement aux organismes complémentaires
15-nov.-10	152 298 405	198 000 000	348 839 105	Versements aux régimes/Contribution OC Acoss
16-nov.-10	50 953 399	101 345 006		Report à nouveau 2010
17-nov.-10	16 088 664	34 864 735		Solde CAP 2009
22-nov.-10	10 328 299	5 760 365		Paiement aux organismes complémentaires
29-nov.-10	9 328 299	1 000 000		Acompte ENIM
8-déc.-10	8 696 297	632 003		Paiement aux organismes complémentaires

Source : Fonds CMU (hors frais bancaires)

## 4. LES ACTIVITÉS DU FONDS CMU

Le Fonds participe à l'analyse de l'application des dispositifs CMU et ACS dans leurs aspects économiques, sanitaires et sociaux. L'objectif 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 concourent au recueil d'observations et à la formulation de mesures à prendre.

### 4.1. Les études du Fonds CMU

#### 4.1.1. L'accueil des bénéficiaires de la CMU-C dans les caisses d'assurance maladie

Dans le cadre d'un programme de recherches actions piloté par l'EN3S, le Fonds CMU a demandé à cinq étudiants de la 49ème promotion d'effectuer une étude comparative sur l'accueil des bénéficiaires de la CMU-C. Le groupe a été encadré par un sociologue des organisations et par deux acteurs de terrain : un directeur évaluateur de la CNAMTS et un conseiller technique du Fonds CMU.

L'étude a porté sur les CPAM de l'Ain (01), du Loiret (45) et des Hauts-de-Seine (92). Le temps d'observation s'est déroulé entre avril et mai 2010, soit avant le déploiement des partenariats entre les CAF et les CPAM, dans le cadre des mesures d'aide au remplissage des formulaires CMU-C lors du dépôt de la demande du RSA, et avant la mise en place de la nouvelle COG de la CNAMTS, qui développe la notion d'accompagnement dans les recours aux droits.

*Présentation des 3 CPAM :*

	CPAM des Hauts-de-Seine	CPAM de l'Ain	CPAM du Loiret
<b>Bénéficiaires RG (30/06/2010)</b>	1 370 698	450 135	499 169
<b>Bénéficiaires CMU-C (30/06/2010)</b>	61 249	16 186	34 276
<b>Part gestion RO de la CMU-C</b>	56 666 (92,5%)	9 293 (57,4%) <sup>12</sup>	27 667 (80,7%)
<b>Part CMU-C dans la population (30/06/2010)</b>	3,92 %	2,74 %	5,15 %
<b>Taux de non recours régime 806 (31/12/2009)</b>	41,1 %	16,7 %	24,2 %

<sup>12</sup> La CPAM de l'Ain a mené, dès le début de la CMU-C, une politique volontariste d'orientation des bénéficiaires de la CMU-C vers les OC. Le Conseil de la CPAM a en effet estimé la CMU-C comme une étape transitoire, devant déboucher à terme sur l'acquisition d'une complémentaire santé. Pour rappel, la gestion de la CMU-C par un OC assure au bénéficiaire un contrat de sortie au sein de l'OC concernée, l'année qui suit la date de fin des droits à la CMU-C.

La détection des bénéficiaires potentiels s'effectue, dans l'Ain, à partir de requêtes sur les bases fournies par la CAF, pour les bénéficiaires du RSA socle et sur des bases internes, pour les bénéficiaires de la CMU de base au titre du RSA socle. La CPAM des Hauts-de-Seine dispose de délégués sociaux qui animent des réunions collectives organisées avec les organismes et associations partenaires. La CPAM du Loiret détecte les bénéficiaires potentiels à partir de son accueil général et leur propose un accompagnement personnalisé.

Pour la constitution des dossiers, les CPAM des Hauts-de-Seine et du Loiret privilégient un entretien individuel sur rendez-vous, la CPAM de l'Ain reçoit les candidats bénéficiaires au fil des demandes, dans un box isolé.

La CPAM du Loiret complète l'approche administrative par un bilan de la situation socio-médicale et la mise en place d'actions de prévention ; à l'issue de l'instruction du dossier, un rendez-vous est notamment pris pour un bilan dans un centre d'examen de santé.

Toutefois, les trois CPAM estiment qu'entre 25 % et 30 % des dossiers nécessitent des réitérations de contacts afin d'obtenir un dossier complet. Les pièces concernant les ressources sont les plus difficiles à réunir.

Pour la conduite des entretiens, il n'existe pas d'outil spécifique au niveau national. Pour répondre à ce besoin, la CPAM du Loiret a conçu en interne un logiciel qui permet de traiter le dossier en temps réel pendant l'entretien, tout en proposant un fil conducteur aux différentes étapes de la rencontre.

Un premier niveau de partenariat est mis en place dans les trois CPAM pour l'échange d'informations avec les CAF, à travers l'outil CAFPRO. Au deuxième niveau, les CPAM de l'Ain et du Loiret sont intégrées dans des groupes d'intervenants dans le champ du social au niveau départemental. Ce qui se concrétise particulièrement par la participation à un guide inter-organismes, via un portail internet, pour l'Ain et l'implication dans le dispositif PARADS (Pôle d'Accueil en Réseau pour l'Accès aux Droits Sociaux) pour le Loiret.

La CPAM du Loiret est représentée également dans certaines manifestations publiques dans le domaine de la santé et du social. La CPAM des Hauts-de-Seine structure son réseau de partenaires par l'action de ses délégués sociaux.

Les trois CPAM considèrent que l'instruction des dossiers reste complexe et qu'il est difficile, autant pour les assurés que pour les organismes partenaires, de bien cerner ce qui distingue la CMU de base de la CMU complémentaire.

Les principales propositions ont porté sur une harmonisation, tout en préservant l'espace d'initiatives locales, des méthodologies de détection et d'accueil des bénéficiaires, une distinction sémantique entre les CMU-B et CMU-C, une simplification des formulaires associée à une diminution des pièces justificatives systématiquement demandées, ainsi que sur la mise en place d'outils d'évaluation homogènes et performants sur le suivi des dossiers, l'accueil, et les politiques de partenariat.

#### **4.1.2. L'ACS : le non recours, la non utilisation des attestations et les refus de droits**

L'objectif de cette étude visait à recueillir de l'information sur les modalités de fonctionnement pratique du dispositif ACS. Pour ce faire, le Fonds CMU s'est appuyé sur l'expertise de deux caisses d'assurance maladie : les CPAM de Lyon et de Quimper.

- ***L'organisation locale et le traitement des demandes***

A la CPAM du Finistère, la très grande majorité des dossiers sont traités en back office (c'est-à-dire par les instructeurs et non par les agents d'accueil). Les demandes d'ACS « seules » sont principalement faites par des assurés percevant des allocations dont le niveau dépasse le plafond CMU-C et ce, après avoir pris le plus souvent contact avec la caisse.

A la CPAM du Rhône, 70 % des dossiers des demandes CMU-C / ACS sont instruits en agence, compte tenu d'une organisation spécifique. Par ailleurs, 94 % des dossiers déposés sont des demandes conjointes CMU-C / ACS, la demande ACS seule étant utilisée majoritairement par les personnes bénéficiaires d'une allocation adulte handicapé et par les retraités disposant de faibles ressources, en particulier lors du renouvellement ACS.

La CPAM du Rhône a développé, dès la mise en place du dispositif, un outil local d'instruction des dossiers qui est complémentaire à la base ressources nationale. Elle souligne qu'il permet d'une part, une mise à jour instantanée des nouvelles mesures réglementaires et d'autre part, d'obtenir d'autres données dont l'origine de la demande (CMU-C et ACS ou ACS seule) et des statistiques locales sur la délivrance des attestations.

- ***Les refus de droits***

Dans les deux CPAM, le taux de refus affiché comme étant celui de l'ACS, est calculé d'après le nombre de refus ACS notifiés, rapporté aux demandes instruites CMU-C et ACS et ACS seule.

Pour la CPAM du Finistère et sur une période allant du 11 janvier 2010 au 12 février 2010, il apparaît que 42 % des refus ne dépassent pas le plafond ACS de plus de 10 % ; pour 28 % des refus, le montant du dépassement se situe entre plafond ACS + 10 % et plafond ACS + 20 %.

Ce résultat est parfaitement cohérent avec celui obtenu par la CPAM de Lyon. Sur un échantillon de 100 foyers : 23 % ne dépassent pas 5 % du plafond ACS. Pour 11 %, l'ajout du forfait logement est à l'origine du dépassement du plafond de ressources.

18 % des foyers connaissent un dépassement de leurs ressources situé entre 5 et 10 % par rapport au plafond ACS.

Au total, 41 % des foyers voient donc leurs ressources dépasser le plafond CMU-C de moins de 10 %, chiffre semblable à celui obtenu par la CPAM du Finistère. 24 % des foyers se voient opposer un refus pour un dépassement situé entre 10 % et 20 % par rapport au plafond ACS. Le chiffre obtenu est là encore cohérent avec celui de la CPAM du Finistère (28 %).

- ***Les renouvellements***

Sur la base des chiffres remontés de la CNAMTS, le taux de renouvellement (part des renouvellements dans les accords) ressort très faible par rapport à ce qu'il serait convenu d'attendre : 29 % sur les foyers, 26 % sur les bénéficiaires.

Selon la même méthode, ces chiffres sont situés en réalité respectivement autour de 32 % et 30 % puisque certaines CPAM ne renseignent pas cette rubrique.

Les chiffres définitifs 2009 montrent des taux de renouvellement suivants (sur les foyers) pour les caisses étudiées : Brest : 31 %, Quimper : 54 %, Lyon : 56 %.

Les résultats obtenus sont donc dispersés. Une instruction a été envoyée au réseau par la CNAMTS pour rappeler les modalités de comptabilisation des renouvellements.

- ***La situation vis-à-vis de la couverture complémentaire santé au moment du dépôt de demande du droit***

A la CPAM du Finistère, durant la période étudiée (du 11 janvier au 12 février 2010) :

- Parmi les utilisateurs de l'ACS, 65 % avaient une complémentaire santé (hors CMU-C y compris dans un OC) en cours au moment de la demande de l'aide, 27 % étaient bénéficiaires de la CMU-C.

- Parmi les refus, 87 % avaient une complémentaire santé (hors CMU-C) au moment de ce refus et ils seront 60 % à la conserver malgré la notification défavorable de la caisse.

Ces chiffres montrent le rôle important de l'ACS non seulement dans l'accès, mais également dans le maintien dans la complémentaire santé.

En outre, ils montrent qu'une grande majorité des demandeurs sont des personnes déjà en lien avec la complémentaire santé (contrat classique ou CMU-C).

Les résultats obtenus par la CPAM du Rhône, sur la base d'un échantillon de 60 dossiers ayant reçu un accord et 60 dossiers ayant reçu un refus sont les suivants :

- s'agissant des accords, 42 % adhéraient à un organisme complémentaire (hors CMU-C) avant accord, 73 % ont adhéré à un organisme complémentaire après accord. L'ACS quand elle est accordée favorise donc clairement l'entrée dans la complémentaire santé ;

- s'agissant des refus, 45 % adhéraient à un organisme complémentaire avant refus, 42 % après. Il n'y a donc à l'inverse que peu d'effet du refus sur la situation par rapport à la complémentaire santé.

Le résultat obtenu diffère donc sur deux points par rapport au Finistère, une proportion sensiblement moins importante est en lien avec la complémentaire santé au moment du dépôt de la demande (42 % environ contre 65 %); il n'y a pas d'impact marqué par rapport au lien avec la complémentaire santé suite à refus.

- ***Les aides supplémentaires à l'ACS et le suivi des bénéficiaires***

Une fois le droit ACS accordé, la CPAM du Finistère propose systématiquement une aide supplémentaire dont le montant est égal à 50 % du montant de l'aide légale dans la limite du montant de la cotisation. 31 % du budget d'action sociale de la CPAM est consacré à cette destination. Ce dispositif, outre l'aide substantielle qu'il apporte, permet une traçabilité du bénéficiaire dans l'exercice de son droit.

Ainsi, on sait qu'au moins 85 % des bénéficiaires de l'ACS ont effectivement exercé leur droit auprès d'un OC ; on constate un effet incitatif certain de l'aide supplémentaire. Ce résultat très satisfaisant est cependant obtenu avec l'appui d'une relance.

Grâce aux deux aides cumulées, 11 % des foyers ont un reste à charge nul (moins de 2 % dans l'enquête sur le prix et le contenu des contrats ACS).

Les résultats d'études menées en 2007 par la CPAM de Lyon l'ont conduit à orienter sa politique d'action sanitaire et sociale vers une aide financière pour le paiement d'une complémentaire santé.

Fin 2007, le choix a été arrêté de cibler les personnes âgées de 50 ans et plus, dispositif étendu aux autres membres du foyer en 2009.

Cette aide est accordée sous réserve que le bénéficiaire ait désigné son médecin traitant, que le contrat choisi soit responsable et que les prestations versées dans ce cadre ne soient pas inférieures à celles prévues par un référentiel. C'est l'OC choisi qui lui-même atteste de la conformité au référentiel du contrat.

Le montant de l'ACS cumulé avec l'aide supplémentaire ne peut excéder 95 % du prix du contrat. Selon les tranches d'âges, le montant de l'aide supplémentaire est de : 50 euros pour les moins de 16 ans, 50 euros pour les 16-24 ans, 100 euros pour les 25-59 ans, 200 euros pour les 60 ans et plus.

La CPAM a examiné les contrats sur la base d'un échantillon de 100 foyers regroupant 143 bénéficiaires. Si on s'intéresse aux contrats couvrant 1 ou 2 personnes, représentant respectivement 81 % des foyers (57 % des bénéficiaires) et 8 % des foyers (11 % des bénéficiaires), le taux de reste à charge sur le prix du contrat est passé, grâce à l'aide supplémentaire, de 47,3 % à 27,6 %, de 41 % à 19,8 %.

En supposant que les ressources des bénéficiaires correspondent au plafond ACS, la CPAM a calculé que pour les foyers couvrant jusqu'à 3 personnes, le prix du contrat représentant au départ plus d'un mois de revenu mensuel, le reste à charge représente au maximum 1/3 du prix du contrat une fois les deux aides appliquées.

Ce résultat est parfaitement cohérent avec celui obtenu dans le cadre de l'enquête annuelle sur le prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS.

#### **4.1.3. Le non recours à la CMU-C/ACS**

Une étude a été menée conjointement par la CPAM des Alpes de Haute-Provence et l'ODENORE dans le but d'examiner et de tester les possibilités de réduire, à l'échelle du département, les phénomènes de non recours observés sur la CMU-C ou l'ACS (aide égale et extra légale).

L'objectif de cette étude a été double : d'une part, mesurer les effets d'une action de repérage et d'information en termes d'accès à une complémentaire santé gratuite ou aidée et d'autre part, caractériser les répondants et les non répondants à l'enquête et comprendre leur situation actuelle en matière de complémentaire santé.

Le premier objectif donna lieu à une étude statistique et cartographique de données produites par la CPAM ; le second demande la réalisation d'enquêtes par questionnaires postaux.

- ***L'étude statistique et cartographique***

L'enquête a porté sur 3 915 assurés allocataires en 2009 de l'Allocation adulte handicapé, de l'Allocation logement social ou de l'Allocation parent isolé (*devenue RSA socle majoré depuis juin 2009*).

Ces allocataires ont été destinataires d'un courrier d'information et de sensibilisation transmis par la CPAM à l'été 2009.

986 assurés sociaux ont répondu à ce courrier, soit 25 % de répondants.

Parmi ces répondants :

- 36 % ont obtenu l'ACS légale,
- 23 % ont obtenu une aide ACS locale,
- 10 % ont bénéficié de la CMU-C,
- 31 % ont déclaré des ressources trop élevées et n'ont pu bénéficier d'aucune de ces trois prestations.

Ces résultats peuvent être considérés comme bons au regard de démarches comparables d'information ciblée sur des populations détectées sans complémentaire.

2 926 personnes n'ont pas répondu au courrier de juillet 2009, soit 75 % de la population ciblée par la CPAM.

Une nouvelle requête effectuée un an après auprès des personnes concernées a permis d'identifier l'existence d'une complémentaire santé pour 65 % d'entre eux.

Parmi ces non répondants :

- 65,5 % avaient un contrat complémentaire avant juillet 2009 ou en ont souscrit un ensuite, et l'ont toujours actuellement;
- 2,0 % avaient un contrat avant juillet 2009 et ne l'ont plus depuis ;
- 32,5 % n'avaient pas de contrat en 2009 et n'en ont toujours pas depuis.

- ***L'enquête par questionnaire***

Par la suite, un questionnaire permettant de cibler davantage le profil des personnes interrogées a été envoyé fin 2010 à tous les destinataires du courrier initial. Les questions portaient sur la complémentaire santé, la connaissance de la CMU-C et de l'ACS, le suivi médical et le recours aux soins des personnes en fonction du bénéfice ou non d'une complémentaire. Le taux de retour a été de 23 %.

Parmi les répondants au questionnaire ayant obtenu une attestation de demande d'ACS légale suite à leur réponse au courrier de la CPAM :

- 59,5 % indiquent qu'ils ne connaissaient pas l'ACS avant le courrier de la CPAM. Et 86,1 % estiment qu'« il faudrait plus d'information de ce type sur les droits qui existent » (seulement 4,3 % d'avis contraire) ;

- 75,2 % déclarent avoir utilisé l'attestation pour bénéficier de l'ACS. 44,9 % précisent pour acquérir une complémentaire ; et parmi ceux qui en avaient déjà une, 64,5 % déclarent avoir utilisé l'attestation pour la payer en partie ;

Si 55,6 % déclarent avoir toujours eu une complémentaire dans le passé, ils sont 87,5 % à dire en avoir une aujourd'hui ;

- 46 % répondent que le courrier de la CPAM de 2009 les a décidés à demander l'ACS (contre - 45,1 %), et 89,4 % ont l'intention de renouveler leur demande de CMU-C et d'ACS auprès de la CPAM.

Parmi les répondants ayant eu la possibilité d'obtenir la CMU-C :

- 69 % indiquent que le courrier de la CPAM les a décidés à demander la CMU-C, alors que 80 % déclarent qu'ils connaissaient pourtant la CMU-C avant de recevoir ce courrier ;

- 80 % estiment qu'« *il faudrait plus d'information de ce type sur les droits qui existent* ».

Les résultats de cette enquête montrent donc que l'action de ciblage et d'information entreprise par la caisse a été efficace. Elle met également en évidence le fait qu'il existe un « noyau dur » de personnes isolées et très précaires, plutôt âgées, qui demeurent sans complémentaire. Par rapport à la moyenne du département, elles se signalent par le fait d'être plus âgées, d'être davantage hors travail (chômeurs ou retraités), de vivre davantage seules et sans enfant à charge, d'être parmi les moins diplômées. Il s'agit de personnes en situation de précarité financière, au reste à vivre très bas, pour lesquelles le reste à charge pose un véritable problème lorsqu'elles peuvent bénéficier de l'ACS. L'isolement social est également mis en évidence comme un facteur fortement associé au phénomène de non recours.

#### ■ *Les pistes d'actions*

En ce qui concerne l'ACS, outre la question centrale du reste à charge, les efforts doivent être poursuivis sur l'explication de l'ACS et la facilitation des démarches à réaliser pour utiliser l'attestation ou pour connaître les contrats.

En ce qui concerne la CMU-C, l'enquête confirme les difficultés liées au renouvellement des droits.

Parmi les répondants s'étant vu refuser la CMU-C ou l'ACS, il s'avère que l'abandon des démarches est un phénomène à prendre en compte. En effet, l'enquête a montré que la persévérance des assurés peut les emmener vers une possible ouverture des droits.

L'action de la CPAM pourrait probablement gagner en efficacité si la caisse rappelait qu'un refus de droit à l'instant *t* n'empêche pas l'assuré de renouveler sa demande.

Parmi les répondants au questionnaire n'ayant pas répondu au courrier de la CPAM :

- 43,2 % ont abandonné après s'être renseigné car le reste à charge est trop élevé,

- 30,4 % ne savent pas quelle démarche faire ou la trouvent trop compliquée,

- 12,6 % ne savent pas ce qu'est une complémentaire.

L'explication financière renvoie au manque de moyens et dans quelques cas seulement au refus de « dépenser de l'argent pour une complémentaire qui ne remboursera presque rien ».

Un bon nombre a une connaissance imparfaite sinon inexiste des dispositifs et semble disposer de peu de moyens pour acquérir une complémentaire.

Il est alors important de comprendre pourquoi le courrier d'information de la CPAM n'a pas eu d'effet sur ces assurés.

Les réponses apportées à la question de savoir pourquoi ils n'ont pas répondu sont en effet riches d'enseignements :

- 29,5 % des répondants au questionnaire se sont estimés inéligibles du fait de ressources jugées trop élevées,
- 46,4 % n'ont apparemment pas fait attention au courrier,
- 15,8 % ne l'ont pas compris.

Autrement dit, la démarche par courrier ne serait pas suffisamment persuasive et explicite. D'autres formes d'échanges (par téléphone ou par proposition de rencontre) mériteraient d'être testées.

Les travailleurs sociaux demeurent un vecteur d'information important concernant l'ACS et la CMU-C. Les relations familiales et amicales constituent également un moyen de transmission des informations sur les dispositifs CMU-C et ACS. Ces remarques confirment l'existence de « relais informationnels ».

#### **4.1.4. L'évaluation de la mise en place de la pré instruction par les caisses d'allocations familiales**

##### **▪ *Présentation du RSA (revenu de solidarité active)***

La loi n° 2008-1249 du 1er décembre 2008 généralisant le RSA et réformant les politiques d'insertion est entrée en vigueur le 1er juin 2009 en métropole et le 1er janvier 2011 dans les DOM.

Le RSA a été étendu, par le décret n° 2010-961 du 25 août 2010, aux personnes ayant entre 18 et 25 ans, remplissant notamment certaines conditions d'activité.

Le RSA est venu se substituer au RMI, à l'API et à trois mécanismes d'intéressement : la prime forfaitaire de retour à l'emploi, la prime de retour à l'emploi et l'intéressement temporaire.

La mise en place de ce dispositif met fin à l'attribution de droits connexes directement liés au statut d'allocataire du RMI (exonération du paiement de la taxe d'habitation et de la redevance audiovisuelle, accès de plein droit à la CMU complémentaire).

Il s'agit d'une allocation qui porte les ressources du foyer au niveau d'un revenu garanti. Les personnes sans ressources perçoivent le RSA à taux plein (RSA socle), pour les autres son montant est calculé en fonction des revenus d'activité et est dégressif au fur et à mesure que ces revenus augmentent (RSA activité ou RSA socle activité).

Le RSA poursuit plusieurs objectifs : assurer à ses bénéficiaires des moyens convenables d'existence, encourager l'exercice ou le retour à une activité professionnelle, aider à l'insertion sociale des bénéficiaires et simplifier les mécanismes de solidarité afin de les rendre plus lisibles.

- *L'accès aux soins des allocataires du RSA socle*

Pour parvenir à la réalisation de ces objectifs et parce qu'il était nécessaire que les personnes bénéficiant de faibles ressources puissent accéder rapidement et simplement aux soins, un nouvel alinéa a été introduit à l'article L.861-2 du code de la sécurité sociale. Il crée une présomption d'éligibilité<sup>13</sup> à la CMU-C pour les demandeurs du RSA dont les ressources ne dépassent pas le montant forfaitaire du revenu de solidarité active.

Cette présomption d'éligibilité implique que les bénéficiaires du RSA socle se voient attribuer immédiatement la CMU complémentaire, sans étude de leurs ressources. La direction de la sécurité sociale précise qu'il peut s'agir, dans un premier temps, d'une attribution provisoire, confirmée ou non en fonction de l'attribution du RSA socle (circulaire n°DSS/2A/2009/181 du 30 juin 2009 relative à la couverture maladie des demandeurs et bénéficiaires du revenu de solidarité active).

Également dans l'objectif de favoriser l'accès aux soins, l'article 11 de la loi 2008-1249 exclut le RSA des ressources prises en compte. Ainsi, lorsqu'une personne perçoit le RSA au cours de la période de référence examinée pour l'étude du droit à la CMU-C ou à l'ACS, ces versements ne sont pas pris en compte dans les ressources même si, à la date de la demande, l'intéressé n'est plus bénéficiaire du RSA. Cette mesure permet ainsi aux personnes sortant du dispositif RSA de conserver une complémentaire santé plus longtemps.

Malgré cet accès de plein droit, on évalue à près de 30 % le taux de non recours à la CMU-C des bénéficiaires du RSA. Il semble que les principales raisons de ce phénomène de non recours soient le manque d'information et l'incompréhension des démarches à accomplir.

Le rôle désormais attribué aux CAF dans l'aide à la constitution des demandes de CMU-C devrait avoir pour effet de faire reculer ce chiffre.

- *Les nouvelles missions des caisses d'allocations familiales dans l'attribution de la CMU-C*

L'article L.861-5 du code de la sécurité sociale précise que les organismes chargés du service du revenu de solidarité active sont habilités à apporter leur concours aux demandeurs et bénéficiaires du RSA socle et à transmettre sans délai la demande et les documents correspondants à l'organisme compétent.

Le rôle des caisses d'allocations familiales devient triple : elles doivent recevoir la demande de RSA, déterminer à quel type de RSA le demandeur peut prétendre, enfin lorsqu'il s'agit d'un demandeur potentiellement éligible au RSA socle, l'orienter vers la CMU-C.

En fonction des caisses, et de l'état de mise en œuvre des nouvelles dispositions législatives, cette dernière action est réalisable selon trois modalités amenées à se succéder dans le temps.

---

<sup>13</sup> En principe, pour que l'intéressé puisse faire valoir ses droits à la CMU-C, il prévu de remettre immédiatement au demandeur une attestation d'éligibilité au RSA socle dans l'attente de l'instruction de son dossier par la caisse d'allocation familiale.

La première consiste pour les caisses d'allocation familiales à remettre au demandeur une attestation mentionnant que les ressources sont présumées ne pas excéder le montant forfaitaire du RSA, muni de ce document le demandeur du RSA peut déposer son dossier de CMU-C auprès de sa caisse d'assurance maladie.

Seconde modalité : les caisses d'allocations familiales aident le demandeur à compléter le formulaire de demande, et le transmettent accompagné de l'attestation de ressources inférieures au montant forfaitaire du RSA à la caisse d'assurance maladie compétente.

Enfin selon une troisième modalité, la plus aboutie, ces éléments sont transmis à la caisse d'assurance maladie par flux dématérialisé. La transmission aux CPAM d'une demande totalement dématérialisée est actuellement à l'étude par la direction de la sécurité sociale.

Les dispositions de la loi généralisant le RSA ont nécessité la mise en place d'une nouvelle organisation au sein des CAF et des CPAM.

En octobre 2009, la CNAMTS a mené une enquête sur la mise en œuvre de cette nouvelle procédure.

D'un point de vue organisationnel, il ressort principalement que 23 % des CPAM avaient conclu une convention avec une CAF et 26 % avaient désigné un interlocuteur dédié pour la CAF.

Concernant l'aide à la constitution du dossier, 53 % des CAF remettaient uniquement l'attestation de demande de RSA socle, 35% remettaient les imprimés de CMU-C et les orientaient vers les CPAM, 5 % aidaient à compléter le dossier.

Près d'un an après ce premier bilan, la caisse nationale d'allocations familiales a réalisé en septembre 2010 un état des lieux de la mise en place de cette procédure au sein des caisses d'allocations familiales.

110 CAF ont répondu à ce questionnaire.

Il apparaît que près de 62 % des CAF ont signé une convention avec une CPAM.

Ces conventions prévoient les modalités de mise à disposition des documents nécessaires à la demande de CMU complémentaire (formulaire de demande, formulaire de choix de l'organisme complémentaire, liste des organismes complémentaires gérant la CMU-C), la désignation d'un interlocuteur dédié au sein des deux organismes, la définition des circuits de transmission des demandes...

59 % des CAF ont formé leurs agents à la pré instruction des demandes de CMU-C, certaines d'entre elles ont également assuré la formation d'agents instructeurs du RSA extérieurs aux caisses d'allocations familiales.

Le bilan révèle que 85,36 % des CAF remettent de la documentation. 54,5 % d'entre elles remettent une attestation d'éligibilité au RSA socle.

Au moment de la diffusion du questionnaire, 36,7 % des CAF aident au remplissage.

S’agissant de la transmission de la demande à la CPAM :

- 31,8 % des CAF se chargent de cette transmission,
- 41,8 % laissent le soin à l’allocataire de remettre le formulaire à sa CPAM avec l’attestation de ressources,
- 13,75 % des CAF proposent à l’allocataire de remettre le formulaire en fonction de la situation,

Enfin, certaines caisses n’ont mis en place aucun circuit pour diverses raisons : mise en place prochaine, accord avec les CPAM locales visant à orienter ces bénéficiaires vers les CPAM pour l’instruction de leur demande, accueil commun CAF-CPAM, importantes charges de travail ou manque d’expertise, CAF non instructrice du RSA.

Selon les premières prévisions de la CNAF, à fin 2010, il était attendu que près de 80 % des CAF aient signé une convention avec une CPAM et qu’en début d’année 2011, la transmission automatisée soit mise en place.

En attendant, chaque trimestre, des échanges dématérialisés destinés à repérer les bénéficiaires du RSA socle ne bénéficiant pas de la CMU-C sont en place entre les CAF et les CPAM.

Dans le cadre de ces échanges, des courriers sont envoyés automatiquement aux allocataires du RSA socle afin de les informer de leur droit à la CMU-C.

Le Fonds CMU, en partenariat avec plusieurs caisses d’allocations familiales, a initié une démarche d’évaluation de la mise en œuvre de cette procédure. Les résultats seront présentés en 2011.

#### **4.1.5. Les partenariats**

Au cours de l’année 2010, le Fonds CMU a souhaité renforcer ses liens avec les associations œuvrant dans la lutte contre la précarité.

Les associations membres du conseil de surveillance, à savoir, la FNARS, la Croix rouge, Médecins du Monde, ATD Quart-Monde, l’UNIOPSS, le Secours populaire et le Secours catholique, ont été conviées à une rencontre dans le but de définir en commun des pistes de partenariat en rapport avec l’accès aux soins et aux droits.

Elle fut l’occasion pour le Fonds CMU de recueillir un certain nombre de témoignages des difficultés d’accès aux soins rencontrées par les personnes en situation de précarité. Ces difficultés portent principalement sur le manque d’information des bénéficiaires sur les dispositifs de la CMU-C et de l’ACS, et notamment sur le bénéfice du tiers-payant sur la part obligatoire pour les sortants de la CMU-C, sur le contrat de sortie, etc.

Il est apparu que le Fonds CMU n’a que très peu de remontées des acteurs de terrain alors même qu’il peut être force de propositions auprès des pouvoirs publics, notamment dans le cadre du rapport biannuel d’évaluation de la loi CMU.

Pour y remédier, un tableau de bord commun à plusieurs associations, permettant la transmission de données relatives au refus de soins, au renoncement aux soins, au non recours aux droits, sera élaboré en concertation avec les associations.

Parallèlement à ces réflexions, cette année a été l'occasion pour le Fonds CMU d'apporter son expertise sur les dispositifs CMU-C et ACS auprès de la Croix rouge lors de l'élaboration de son guide pratique<sup>14</sup> pour le déploiement des antennes de premier accueil social médicalisé ou encore auprès de ATD Quart-Monde lors de la rencontre du réseau santé Wresinski<sup>15</sup>, sur les conséquences de l'entrée en vigueur du RSA.

### **Le projet de complémentaire santé ATD Quart-Monde**

Le Fonds CMU s'est associé avec ATD Quart Monde, afin de suivre et d'évaluer un projet engagé par cette association, qui a consisté à négocier auprès d'organismes complémentaires santé de la région nancéenne un contrat de groupe, à tarif avantageux, répondant aux besoins de santé des plus précaires dont pourraient bénéficier les personnes accueillies par les associations faisant partie du Réseau Santé Précarités de Nancy.

Ce projet s'est mis en place dans le cadre d'échanges entre associations, usagers, professionnels de santé et la ville de Nancy, un cahier des charges a été validé. Il a été convenu des garanties minimales que devait contenir le contrat de complémentaire santé. Plusieurs prises en charge ont été jugées comme étant indispensables, notamment en matière d'hospitalisation en psychiatrie. Il a été recherché un contrat le plus proche possible du panier de soins de la CMU complémentaire.

Après la détermination des garanties, et une prise de conseils auprès d'un avocat, un appel d'offres a été lancé auprès de plusieurs organismes.

L'appel d'offres a été présenté et validé par les personnes en situation de précarité présentes dans les groupes de parole du Mouvement ATD Quart-Monde puis, par le Réseau Santé Précarités. Il a été ensuite diffusé à toutes les complémentaires santé affichant un caractère mutualiste, présentes sur la ville de Nancy. Les assureurs et les courtiers ont dès le démarchage exprimé leurs réserves et même leur impossibilité de participer à une telle expérience en raison des risques financiers (risque de surprime dès la deuxième année). Afin d'assurer une prise en charge dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la date limite de réponse à l'appel d'offres a été fixée au 31 décembre.

### **Association « Aide Odontologique Internationale »**

Dans le cadre de la mise en ligne d'un site internet destiné à informer les chirurgiens-dentistes et les travailleurs sociaux sur l'accès aux soins bucco-dentaires, le Fonds CMU a apporté sa contribution sur les questions relatives aux dispositifs de la CMU-C et de l'ACS.

*Ces documents sont consultables sur le site : [www.accesauxsoinsdentaires.aoi-fr.org](http://www.accesauxsoinsdentaires.aoi-fr.org)*

---

<sup>14</sup> L'antenne de premier accueil social médicalisé (ASPASM) est un lieu d'écoute, d'orientation et de soutien pour toute personne se trouvant dans une situation de précarité dépourvue de couverture sociale ou ayant des difficultés à accéder aux soins. La Croix-Rouge française comptait en 2010 dix ASPASM. Face à un constat d'inégalités sociales grandissantes, elle a décidé de déployer de nouvelles antennes.

<sup>15</sup> Le mouvement ATD Quart Monde s'organise en réseaux répartis sur l'ensemble du territoire et spécialisés dans un domaine d'action : la défense d'un droit fondamental (santé, habitat, culture ...).

## 4.2. La participation à la fourniture des indicateurs du programme 183 de la loi de finances

Les indicateurs du programme 183 « Protection maladie » de la LOLF (loi organique relative aux lois de finances) visent à assurer, en complément des politiques publiques de sécurité sociale, un effort de la solidarité nationale en termes d'accès aux soins et d'indemnisation des publics les plus défavorisés.

L'action n° 01 de ce programme intitulée : « *Accès à la protection maladie complémentaire* » concerne plus spécifiquement la CMU-C.

Les objectifs et indicateurs de performance de cette action sont les suivants :

<b>OBJECTIF 1</b>	Garantir l'accès aux soins des personnes disposant de faibles ressources
INDICATEUR 1.1	Accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-C
INDICATEUR 1.2	Divergence entre les ressources déclarées et les ressources contrôlées

### 4.2.1. Indicateur 1.1 - L'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-C

- *Sous-Indicateur 1.1.1 – Écart de non recours au médecin et au dentiste avec les autres populations*

#### *Indicateur global*

Ce premier sous-indicateur exprime la satisfaction « sanitaire » à travers la notion de « non-renoncement aux soins ». La satisfaction sera d'autant plus grande que l'assuré n'aura pas dû renoncer à des soins, pour des raisons financières, entre autres. Dans le cadre de cet indicateur, le « renoncement » signifie que la personne n'a pas consulté un médecin ou un dentiste au cours des deux dernières années.

L'écart est calculé à partir des moyennes de non recours au médecin et de non recours au dentiste, pour les bénéficiaires et pour les non bénéficiaires de la CMU-C. Il est calculé à la fin de l'année n (2010) pour l'année n-1 (2009). Pour 2009, il est de 6,60 points. Il a baissé régulièrement depuis 2000 avec entre 2000 et 2009 une diminution totale de - 2,81 points.

Le non recours au médecin et au dentiste pour les bénéficiaires de la CMU-C est passé de 23,12 points en 2000 à 19,20 points en 2009, soit une baisse de - 3,92 points. Cette baisse est 3,5 fois plus rapide que celle enregistrée pour les non bénéficiaires de la CMU-C.

### **Détail de l'indicateur pour le recours au médecin**

En 2009, l'écart de non recours au médecin entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C est de 3,60 points. Depuis 2000, il a baissé de – 2,37 points. Le non recours au médecin est de 9,10 points pour les bénéficiaires de la CMU-C et de 5,50 points pour les non bénéficiaires. Il a baissé de – 4,14 points entre 2000 et 2009 pour les bénéficiaires de la CMU-C, avec une progression régulière de sa diminution, là où la régression n'est que de – 1,77 points pour les non bénéficiaires, avec une quasi stabilité depuis 2006.

#### *Évolution du non recours et de l'écart de non recours au médecin entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C*

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Médecin	CMUC	13,24	12,13	12,23	11,35	11,81	10,81	10,42	10,30	9,50	9,10
	Non_CMUC	7,27	6,94	7,02	6,14	6,13	5,76	5,52	5,60	5,50	5,50
	Écart	5,97	5,19	5,21	5,21	5,68	5,05	4,90	4,70	4,00	3,60

Source : CETAf

### **Détail de l'indicateur pour le recours au dentiste**

En 2009, l'écart de non recours au dentiste entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C est de 9,60 points. Depuis 2000, il a baissé de – 3,24 points. Le non recours au dentiste est de 29,30 points pour les bénéficiaires de la CMU-C et de 19,70 points pour les non bénéficiaires. Il a baissé de – 3,70 points entre 2000 et 2009 pour les bénéficiaires de la CMU-C, avec une progression régulière de sa diminution. Le non recours au dentiste pour les non bénéficiaires de la CMU-C n'a, pour sa part, régressé que de – 0,46 entre 2000 et 2009, avec une tendance à reprendre une augmentation sur les trois dernières années.

#### *Évolution du non recours et de l'écart de non recours au dentiste entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C*

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Dentiste	CMUC	33,00	30,53	30,29	29,39	30,25	29,62	30,08	29,80	29,00	29,30
	Non_CMUC	20,16	18,95	18,92	18,07	18,53	18,28	18,08	18,40	18,80	19,70
	Écart	12,84	11,58	11,37	11,32	11,72	11,34	12,00	11,40	10,20	9,60

Source : CETAf

#### **■ Sous-Indicateur 1.1.2 – Écart de santé global avec les autres populations**

Ce sous-indicateur est déterminé par l'écart sur la note moyenne de santé perçue établie par le CETAf entre les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMU-C. Ces notes 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 2010 pour l'année 2009.

Les chiffres présentés n'ont pas fait l'objet de redressement, afin de préserver les séries longues.

L'écart entre les notes de santé perçue est de 0,56 points (en valeur absolue) entre les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMU-C.

La note de santé perçue pour 2009 est de 6,70 sur 10, pour les bénéficiaires de la CMU-C et de 7,26 pour les non bénéficiaires.

En 2000, l'écart était de 0,65 points. Sa diminution se retrouve entre l'augmentation de la note de + 0,18 pour les bénéficiaires et de + 0,09 pour les non bénéficiaires. En données redressées, l'écart serait de 0,43 points, ce qui confirmerait sa tendance à la baisse.

#### *Évolution de la note de santé perçue pour les bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C*

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>CMUC</b>	6,52	6,52	6,54	6,58	6,57	6,59	6,60	6,61	6,62	6,70
<b>Non_CMUC</b>	7,17	7,22	7,22	7,24	7,24	7,23	7,26	7,26	7,23	7,26
<b>Écart</b>	0,65	0,70	0,68	0,66	0,67	0,64	0,66	0,65	0,61	0,56

Source : CETAf

En complément de l'écart de santé global avec les autres populations, la régression de la perception négative de la santé (prévalence des notes inférieures à 7) apporte confirmation de l'évolution positive de l'état de santé des bénéficiaires de la CMU-C. En 2009, la prévalence pour les bénéficiaires de la CMU-C est de 46,3. Elle était de 47,9 en 2000, soit une baisse de 1,60 point. L'écart marque une diminution moins sensible, 0,4 point, par rapport à 2000, mais il faut tenir compte de plusieurs variations dans la série de la prévalence des non bénéficiaires, avec parfois des hausses conséquentes, et du fait que cette dernière a finalement baissé de 1,2 point sur la même période.

#### *Perception négative de la santé (note < 7 vs. note >= 7) de 2000 à 2009, données non redressées*

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>CMUC</b>	47,9	48,7	47,5	46,8	46,6	46,9	46,7	46,9	47,5	46,3
<b>Non_CMUC</b>	31,3	30,3	29,8	29,3	29,6	30,2	29,8	29,7	30,7	30,1
<b>Écart</b>	16,6	18,4	17,7	17,5	17,0	16,7	16,9	17,2	16,8	16,2

Source : CETAf

La note de santé perçue s'analyse également en lien avec l'évolution du score EPICES<sup>16</sup>. Avec un score de 44,15 points, les bénéficiaires de la CMU-C ont toujours en moyenne un score de vulnérabilité sociale plus élevé que les non bénéficiaires (23,99 points). Néanmoins, les données redressées indiquent clairement que le niveau de vulnérabilité sociale diminue depuis 2007 chez les bénéficiaires de la CMU-C (- 0,92 points entre 2002 et 2009).

#### *Score EPICES de 2000 à 2009, données non redressées et redressées*

Année	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Redressée	Redressée	Redressée	
							2007			
<b>CMUC</b>	45,07	44,39	45,15	45,36	45,24	44,93	43,56	45,60	41,78	44,15
<b>Non_CMUC</b>	22,87	22,25	21,42	22,17	21,83	21,76	21,77	20,77	23,10	23,99
<b>Écart</b>	22,20	22,14	23,73	23,19	23,41	23,17	21,79	24,83	18,68	20,16
										17,38

Source : CETAf

<sup>16</sup> Score EPICES : Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les CES

#### 4.2.2. Indicateur 1.2 - Divergence entre les ressources déclarées et les ressources contrôlées

Pour l'exercice 2010, les 106 caisses du régime général d'assurance maladie ont renseigné l'indicateur. Avec un taux de contrôle de 98,43 %, les caisses ont détecté 4,86 % de dossiers qui présentaient des divergences entre les ressources déclarées et les ressources contrôlées.

Le nombre de divergences est de 131 224 en 2010, soit 1 643 de plus qu'en 2009. Il conviendrait de connaître précisément leur nature et leur montant. Dans le cadre d'une évolution de l'indicateur, il serait également important d'ajouter une rubrique permettant de préciser si la divergence constatée remet en question l'attribution des droits.

*Contrôle des ressources, nombres de contrôles auprès de la CAF et de la DGI, nombre de dossiers de bénéficiaires, nombre de divergences constatées*

		2008	2009	2010
A	<b>Nombre de contrôles auprès de la CAF et de la DGI</b>	1 209 716	2 376 572	2 701 417
B	<b>Nombre de dossiers de bénéficiaires de la CMUC</b>	1 532 073	2 406 926	2 744 382
C	<b>Nombre de divergences par rapport aux ressources déclarées</b>	54 966	129 581	131 224

Source CNAMETS

*Contrôle des ressources, taux de contrôle et taux de divergence*

	2008	2009	2010
<b>Contrôle des ressources – Taux de contrôle (A/B)</b>	78,96%	98,74%	98,43%
<b>Contrôle des ressources – Taux de divergence (C/A)</b>	4,54%	5,45%	4,86%

Source CNAMETS

Sur un plan technique, il est important de préciser que la quasi-totalité des contrôles se fait auprès de la CAF, via l'outil Cafpro (*outil qui permet aux caisses d'assurance maladie de connaître la nature et le montant des prestations familiales versées à un foyer*). Les contrôles auprès de la DGI ne sont en effet justifiés qu'en cas de soupçon de fraude ou d'anomalie et demandent un certain investissement pour être exploités, compte tenu des différences entre les périodes de référence. À l'avenir il serait toutefois utile de pouvoir différencier le nombre des contrôles CAF et le nombre des contrôles DGI, ainsi que d'ajouter le nombre de contrôles en lien avec les URSSAF.

#### 4.3. La liste des organismes gérant la CMU-C

##### 4.3.1. Le droit d'option des bénéficiaires

Les prestations de la CMU-C sont servies au choix du bénéficiaire, par son régime obligatoire d'assurance maladie, ou par un organisme complémentaire (mutuelle, institution de prévoyance, société d'assurance) inscrit sur la liste des organismes habilités à gérer la CMU-C.

### 4.3.2. Les organismes gestionnaires de la CMU-C en 2010

Ils ont été au nombre de 495 en 2010 contre 534 en 2009, soit 69,5 % de l'ensemble des organismes complémentaires cotisant à la contribution CMU-C. Ces organismes représentent 87,7 % du chiffre d'affaires.

*Nombre d'organismes participant à la CMU-C :*

Année	Mutuelle	Assurance	Institution de Prévoyance	Total
2005	248	26	10	284
2006	216	27	10	253
2007	204	23	8	235
2008	494	34	30	558
2009	471	34	29	534
2010	433	34	28	495

*Source : Fonds CMU*

*Ratio Nombre Organismes cotisants / Organismes participants CMUC*

Année	Mutuelle	Assurance	Institution de Prévoyance	Total
2005	27,0%	24,3%	20,8%	26,4%
2006	25,4%	27,3%	21,7%	25,5%
2007	25,2%	24,7%	21,1%	24,9%
2008	65,9%	36,6%	83,3%	63,5%
2009	71,9%	36,6%	82,9%	68,2%
2010	73,9%	37,0%	82,4%	69,5%

*Source : Fonds CMU*

### 4.3.3. La gestion de la liste nationale pour 2011

- *Le transfert de compétence à la mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale (MNC)*

Les organismes complémentaires qui souhaitent s'inscrire sur la liste nationale pour gérer la CMU complémentaire doivent en faire la demande au plus tard le 1er novembre de l'année N pour l'année N+1. Jusqu'en 2009, cette déclaration s'effectuait par lettre recommandée avec accusé de réception au préfet de la région du siège social de l'organisme complémentaire.

La loi hôpital santé patients et territoires du 21 juillet 2009, a supprimé les DDASS et les DRASS, et réparti leurs activités entre trois organismes : la mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de protection sociale (MNC), les directions régionales de la jeunesse et de la cohésion sociale (DRJSCS) et les agences régionales de santé (ARS).

La MNC s'est vue confier l'élaboration et la validation de la liste des organismes participant à la CMU-C, à titre « conservatoire dans l'attente d'une réforme législative à venir conférant cette compétence au Fonds CMU » (Circulaire n° DSS/SD2/2009/390 du 29/12/2009 relative à la création d'une mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale).

- ***L'élaboration de la liste pour 2011***

En fin d'année 2010, Le Fonds CMU s'est associé à la MNC pour la gestion et la publication de la liste des organismes gérant la CMU-C (lettre ministérielle du 19 juillet 2010).

Le rôle du Fonds a été triple. Tout d'abord, il a rassemblé l'ensemble des nouvelles inscriptions et retraits des organismes puis, élaboré et transmis la liste des organismes volontaires pour gérer la CMU en 2011 à la MNC pour validation et publication officielle.

Enfin, il a comme chaque année, procédé à la diffusion de cette liste sur le site internet [www.cmu.fr](http://www.cmu.fr) et transmis le fichier dématérialisé, aux caisses nationales d'assurance maladie, à la caisse nationale d'allocations familiales, au site de diffusion des agences régionales de santé (afin qu'elles relaient l'information auprès des établissements de santé), aux préfets de département (pour relais auprès des centres communaux d'action sociale, des services sociaux, associations et organismes habilités à aider au remplissage des demandes de CMU complémentaire), ainsi qu'à l'ACP (Autorité de Contrôle Prudentiel) pour information.

A noter : le Fonds CMU a souhaité, en 2010, actualiser, toutes les informations relatives aux organismes complémentaires gérant la CMU (informations statutaires, adresse...). Pour ce faire, une fiche de mise à jour a été proposée aux organismes complémentaires.

#### **4.4. La contribution exceptionnelle à la pandémie grippale**

L'article 10 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 a institué en 2010, au profit des régimes obligatoires d'assurance maladie, une contribution exceptionnelle à la charge des organismes complémentaires dans le cadre de leur participation à la mobilisation nationale contre la pandémie grippale.

Son taux a été fixé initialement à 0,77 % par l'article 96 de la loi de finances rectificative pour 2009 n° 2009-1674 du 30 décembre 2009. Les dépenses liées à la campagne de vaccination et supportées par les régimes d'assurance maladie ayant finalement été inférieures à ce qui avait été anticipé, il a été ramené à 0,34 % par l'article 3 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 n° 2010-1594 du 20 décembre 2010.

En pratique, pour les deux premiers trimestres de l'année 2010, les organismes complémentaires se sont acquittés du montant de la contribution au taux de 0,77 %. Pour les deux derniers trimestres, aucun recouvrement n'a eu lieu, les organismes complémentaires concernés ayant versé une somme voisine ou supérieure à celle qui devrait finalement être due.

En concertation avec le Fonds CMU, des courriers d'information et un formulaire spécifique ont été élaborés et adressés aux organismes complémentaires pour leur permettre de déclarer le montant de leurs régularisations.

Pour les organismes créditeurs, les sommes dues au titre de la pandémie grippale ont été retenues directement par le Fonds CMU, pour un montant total de 1 848 823 euros. Les opérations de régularisations ayant été entièrement confiées à la Branche du Recouvrement ce, pour l'ensemble des organismes complémentaires (en situation de paiement à l'URSSAF ou en situation de remboursement par le Fonds CMU), cette somme sera intégralement reversée à l'ACOSS en 2011.

Les opérations de régularisations devront s'achever avant le 1er avril 2011.

## 4.5. Les contrôles (assiette, bénéficiaires)

### 4.5.1. Le contrôle de l'assiette de la contribution CMU

Le Fonds a opéré, sur chaque échéance trimestrielle, un contrôle de cohérence des assiettes et de leurs évolutions.

Ce contrôle, outre à déceler des erreurs possibles dans les données déclaratives, a pour but de sensibiliser les OC sur la surveillance opérée par le Fonds concernant l'évolution de l'assiette de la contribution CMU.

Sur une échéance donnée, on procède ainsi à la comparaison :

- de l'assiette trimestrielle par rapport au trimestre de l'année précédente ;
- de l'assiette cumulée depuis le début de l'exercice par rapport à la même période une année plus tôt.

Les évolutions atypiques constatées sont pointées, analysées (l'OC a pu absorber un autre OC), puis si des questions persistent, l'OC est interrogé.

Une quarantaine d'OC ont été interrogés dans ce cadre et ont pu apporter les explications utiles. Elles ont concerné généralement des changements de méthodes déclaratives, des déclarations partielles liées à la transmission tardive de l'information par des courtiers, des erreurs (oubli d'une partie de la déclaration etc.). Mais cette liste n'est pas exhaustive.

### 4.5.2. Le contrôle des bénéficiaires CMU-C et ACS déclarés par les OC

#### 4.5.2.1 Le contrôle de liste et le contrôle approfondi

Le Fonds CMU a pour mission de contrôler les déductions opérées par les OC sur leurs déclarations. 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, le Fonds établit un plan de contrôle annuel.

La première étape du contrôle vise à vérifier les listes de bénéficiaires tenues à notre disposition. 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, en ce cas, de confronter les informations mentionnées dans la liste relative aux bénéficiaires avec celles mentionnées sur les attestations de droits et ce, à partir d'un échantillon tiré aléatoirement.

- ***Le contrôle à partir des listes de bénéficiaires***

- Les déclarations initiales :

Un peu plus de 50 contrôles ont été réalisés en 2010. Ces contrôles de listes s'inscrivent dans l'objectif de contrôle de 25 % des OC par an assigné au Fonds CMU. Le taux d'anomalies constaté sur ce champ est très faible : de l'ordre de 0,1 % pour la CMU-C et 0,3 % pour l'ACS.

- Les régularisations du nombre de bénéficiaires de la CMU-C :

Il existe une procédure annuelle de régularisation pour permettre aux OC d'ajuster, avec effet rétroactif, les déductions CMU-C, à la réalité, compte tenu des difficultés de transmission par les caisses d'assurance maladie et de la réception tardive par les organismes d'assurance complémentaire des informations nécessaires à la comptabilisation des déductions CMU-C. 140 OC ont présenté en mai 2010 des régularisations auprès du Fonds CMU au titre de l'année 2009.

Ces régularisations ont augmenté le nombre de bénéficiaires CMU-C de 17 227 unités (+ 3 % par rapport au nombre initial). On relèvera que ces régularisations sont très concentrées puisque 10 OC sont à l'origine de 66 % du nombre de régularisations.

Lorsqu'une demande de régularisation est formulée, les listes de bénéficiaires définitives sont systématiquement demandées et intégralement contrôlées par le Fonds CMU. Ceci en réalité étend considérablement le champ du contrôle des listes de bénéficiaires de la CMU-C puisqu'au titre de l'année 2009, ce sont 75 % des bénéficiaires qui ont été ainsi contrôlés, et ce au-delà du bilan précédemment évoqué.

- ***Le contrôle approfondi à partir des attestations de droit***

Ce contrôle est plus complet que celui du simple examen de la liste des bénéficiaires puisque le Fonds CMU contrôle les attestations de droits.

Plus lourd à mettre en œuvre, il ne porte que sur un échantillon des bénéficiaires déclarés sur l'échéance contrôlée :

- 150 bénéficiaires pour moins de 10 000 bénéficiaires,
- 300 bénéficiaires pour un chiffre égal ou supérieur à 10 000 bénéficiaires.

5 contrôles approfondis ont été mis en œuvre en 2010. Ces contrôles ont permis de constater un taux d'anomalies de 0,6 %.

En matière de CMU-C, les caisses d'assurance maladie fournissent au Fonds CMU, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C ayant opté pour un OC. Or, ce nombre ressort inférieur à celui issus des déclarations auprès du Fonds CMU. On constate un taux de divergence autour de 5 % sur 2008, redescendu à 3 % en 2009. En 2010, il devrait se situer entre 2,5 et 3,0 % (les régularisations sont encore en cours de traitement).

On suppose donc une sur-déclaration des OC, que le plan annuel de contrôle 2010 a eu pour but de vérifier.

Le taux d'anomalie constaté sur ces quelques OC est donc ressorti sensiblement inférieur aux « 2,5 % - 3 % » que l'on aurait pu attendre et il conviendra pour l'avenir de continuer d'approfondir cette question.

#### *4.5.2.2 Un contrôle conduit en étroite collaboration avec l'ACOSS et les Urssaf*

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 deux organismes nationaux.

C'est ainsi qu'annuellement, le Fonds CMU transmet à l'ACOSS une liste d'organismes qui sera inscrit sur le plan de contrôle des Urssaf concernées. Le Fonds se base sur des enjeux d'assiette déclarée importants ou sur des problèmes recensés lors de ses propres contrôles.

Avec la mise en place de l'Urssaf unique<sup>17</sup> à intervenir début 2011, le travail de coordination des actions sera facilité ainsi que les rapprochements des bases de données respectives relatives aux cotisants et aux déclarations.

#### **4.5.3. Le contrôle des bénéficiaires CMU-C déclarés par les régimes**

Des opérations de rétroposition des effectifs des bénéficiaires de la CMU-C ont été entreprises avec la CCMSA et le RSI en 2010.

Pour la CCMSA, un nouveau mode de décompte des bénéficiaires de la CMU-C est utilisé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010 (uniquement pour la métropole). Ces nouveaux décomptes ont laissé apparaître 7 % de bénéficiaires supplémentaires par rapport aux anciens chiffres. Une rétroposition a donc été effectuée sur les effectifs 2007, 2008 et 2009. Par ailleurs, depuis juin 2010, la MSA transmet au Fonds CMU des données ventilées par département avec application d'une clé de répartition (conséquences de la fusion des caisses de MSA en 35 caisses régionales).

Le RSI a quant à lui opéré un rapprochement entre ses bases de données assurés et le RNIAM. Depuis la fin de 2010, le logiciel SAGESS a été mis en déploiement national. Il traite automatiquement le lien entre le RNIAM et TAIGA (base de données de gestion des assurés du RSI), sauf conflits de régimes. Ce traitement est effectué pour tous les nouveaux assurés. Dans ce cadre, il a été observé que les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C au RSI ont été supérieurs dans une proportion de + 6 % pour 2009 et 2010 à ceux du RNIAM. Une rétroposition sera appliquée sur les bases de données du Fonds CMU pour les exercices 2007, 2008, 2009 et 2010.

---

<sup>17</sup> Arrêté du 4 mars 2011 publié au JO du 10 mars 2011

#### **4.6. La communication du Fonds**

Par la diffusion de nombreuses données statistiques, d'actualités diverses et de précisions techniques et juridiques concernant les dispositifs de la CMU de base, de la CMU complémentaire et de l'ACS, le Fonds CMU est vecteur et relais d'informations.

La diffusion de l'information se fait par le biais de plusieurs supports.

##### **Le site internet : [www.cmu.fr](http://www.cmu.fr)**

Il donne accès à un grand nombre d'informations d'ordre pratique, juridique et statistique. De plus, il s'avère être une base documentaire : toutes les études menées par le Fonds, ainsi que certaines études émanant d'autres institutions y sont accessibles, par ailleurs des synthèses sont proposées pour les documents les plus importants.

Le site est une base de renseignements pour les assurés, qui peuvent, en outre, accéder aux formulaires de demande, à la liste des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU complémentaire, aux adresses des sièges sociaux et des points d'accueil.

Il est également une base de renseignements pour les organismes complémentaires, qui ont accès à certaines informations spécifiques et peuvent en outre, pour ceux qui gèrent la CMU, actualiser les informations les concernant (coordonnées, points d'accueil...).

Par le biais de courriels, des questions d'ordre général sur le fonctionnement des dispositifs peuvent être adressées au Fonds CMU qui s'efforce d'y répondre le plus précisément et le plus rapidement possible (48 heures en moyenne pour les assurés).

Via la messagerie, les assurés sont susceptibles de signaler les refus de soins dont ils sont victimes. Le Fonds CMU est alors amené à renseigner les assurés victimes de refus de soins sur les démarches à effectuer.

Environ, 200 messages sont traités chaque mois, ils proviennent pour l'essentiel d'assurés mais aussi d'organismes complémentaires, de caisse d'assurance maladie, d'associations, d'administrations...

Les visites de notre site sont en augmentation constante. En 2010, on comptabilise 826 255 visites, soit une augmentation d'environ 16 % par rapport à 2009.

##### **Références CMU, la lettre d'information du Fonds CMU**

Plus de 4 000 exemplaires de cette lettre sont diffusés chaque trimestre. Ses destinataires sont les caisses d'assurance maladie et les URSSAF, les organismes complémentaires, les associations, les administrations, les journalistes.

Chaque numéro reprend notamment les données relatives au nombre de bénéficiaires, au coût des dispositifs et l'actualité juridique. Elle est l'occasion de mettre en lumière les études ou les rapports ayant trait à la CMU ou à l'ACS et de faire un point sur les textes, législatifs ou réglementaires récemment parus.

A partir des bordereaux déclaratifs de la contribution à la CMU adressés chaque trimestre au Fonds, Références informe sur l'évolution de l'assiette de la contribution des organismes complémentaires.

Chaque numéro est téléchargeable sur le site du Fonds CMU.

Au dernier trimestre de l'année 2010, après presque 10 ans d'existence, une enquête de lectorat a été lancée.

Au travers des résultats de cette enquête, Références CMU apparaît comme un outil utile, accessible, vecteur d'informations auprès des professionnels.

S'agissant de l'appréciation de l'intérêt de chaque rubrique, la diversité des thèmes abordés, la pertinence des articles, la rédaction et la facilité de lecture, les questionnaires font ressortir une appréciation positive.

Au vu des réponses fournies, le principal point à améliorer concerne l'aspect visuel de la lettre.

## **LISTE DES ANNEXES**

- Annexe 1      Les missions du Fonds CMU
- Annexe 2      Présentation de la CMU et de l'ACS
- Annexe 3      Textes 2010 relatifs à la CMU et à l'ACS
- Annexe 4      Composition du conseil d'administration
- Annexe 5      Conseil de surveillance
- Annexe 6      Organigramme du Fonds CMU
- Annexe 7      L'actualité des complémentaires santé
- Annexe 8      Liste des 100 premiers OC classés par chiffre d'affaires

## ANNEXE 1 : LES MISSIONS DU FONDS CMU

Le Fonds de financement de la CMU complémentaire est un établissement public national à caractère administratif.

Créé par l'article 27 de la loi du 27 juillet 1999, il fait partie des 643 opérateurs de l'Etat (en 2010). A ce titre, il est sous la tutelle des ministères chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'économie.

La première mission du Fonds CMU est de financer le volet complémentaire de la couverture maladie universelle (CMU-C) et d'assurer la gestion de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS).

Pour l'année 2010, les recettes du Fonds ont été exclusivement constituées par une contribution à laquelle sont assujettis les organismes d'assurance complémentaire intervenant dans le domaine des soins de santé sur leur chiffre d'affaires santé (5,9 % depuis 2009).

La gestion de la CMU complémentaire se fait, au choix du bénéficiaire, soit par son régime obligatoire d'assurance maladie, soit par un organisme complémentaire (mutuelle, institution de prévoyance, société d'assurance) inscrit sur la liste annuelle des organismes volontaires pour participer à la CMU complémentaire.

Chaque bénéficiaire de la CMU complémentaire ouvre droit pour le gestionnaire à un forfait fixé à 370 € en 2010.

Le Fonds CMU verse aux régimes obligatoires la somme de ces forfaits. Quant aux organismes complémentaires, ils les déduisent du montant de leur contribution.

Ces derniers déduisent également le montant de l'aide pour une complémentaire santé dont leurs assurés bénéficient.

Le cas échéant, les OC 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 également 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 concourent au recueil d'observations et à la formulation de mesures à prendre.

Le Fonds réalise ainsi plusieurs rapports (prix et contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS, dépense moyenne de la CMU complémentaire par bénéficiaire).

En 2010, différentes études ont été rendues publiques (elles sont disponibles sur le site internet du Fonds CMU).

Par lettre ministérielle du 19 juillet 2010, la troisième mission confiée au Fonds CMU cette année a consisté, compte tenu de la disparition des DRASS au 1<sup>er</sup> janvier 2010, en l’élaboration de la liste nationale des organismes complémentaires participant au dispositif de la CMU-C pour l’année 2011. La Mission nationale de contrôle (MNC) a assuré la validation et la publication de cette liste au Bulletin Officiel santé. Ces compétences devraient également être transférées au Fonds CMU pour l’établissement de la liste nationale 2012.

Le Fonds a également 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 (cf. partie 4.6 – *La communication du Fonds CMU*).

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.

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

### La CMU de base

La CMU de base permet à toute personne résidant en France de manière stable et régulière, qui ne peut s'ouvrir des droits à l'assurance maladie à un autre titre, de bénéficier des prestations en nature du régime général. Elle est gérée uniquement par les caisses primaires d'assurance maladie.

#### La condition de stabilité

A l'occasion d'une première demande, la condition de stabilité est réputée acquise après trois mois de résidence ininterrompue en France. Toutefois, ce délai n'est pas opposable dans certains cas (personnes inscrites dans un établissement d'enseignement, personnes venant en France effectuer un stage dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique, bénéficiaires d'une ou plusieurs prestations familiales, personnes reconnues réfugiées, admises au titre de l'asile ou ayant demandé le statut de réfugié...).

Lors du renouvellement de la CMU de base, la condition de stabilité est réputée satisfaite lorsque la personne a, sur le territoire métropolitain ou dans les DOM, son foyer permanent (lieu où elle habite normalement) ou son lieu de séjour principal (présence effective de plus de 180 jours au cours de l'année civile).

Un contrôle annuel de la résidence est effectué par les caisses primaires d'assurance maladie.

#### La condition de régularité

La régularité du séjour doit être justifiée par la production d'un titre de séjour, ou par la présentation de tout document attestant que des démarches pour l'obtention d'un titre de séjour sont en cours (récépissé en cours de validité, convocation à la préfecture, etc.).

Les résidants communautaires inactifs et les étudiants, n'ayant pas acquis un droit au séjour permanent (cinq ans de résidence légale et ininterrompue en France – art. L.122-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile) ne peuvent prétendre, sauf cas particuliers (accident de la vie), à la CMU de base. Ils doivent recourir à une assurance privée ou être couverts par le biais de l'assurance maladie de leur pays d'origine.

#### Les prestations

La CMU de base ouvre droit à l'ensemble des prestations en nature de l'assurance maladie dans les mêmes conditions que tous les assurés sociaux (prise en charge des soins de ville et à l'hôpital, des médicaments, dans la limite des règles définies par l'assurance maladie).

La seule CMU de base (sans assurance complémentaire) engendre les mêmes obligations que l'assurance maladie. Le bénéficiaire est redevable du ticket modérateur et du forfait journalier, 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, est soumis au paiement de la participation forfaitaire de 1 € ainsi qu'aux franchises médicales portant sur les médicaments, les transports sanitaires, et les actes réalisés par un auxiliaire médical.

#### La cotisation

En fonction des revenus, l'intéressé peut être redevable d'une cotisation. Le revenu pris en compte est le revenu fiscal de référence de l'année civile précédente. Au-delà de 9 029 € de ressources annuelles (plafond fixé pour la période allant du 1er octobre 2010 au 30 septembre 2011), la cotisation due s'élève à 8 %. Elle est assise sur la part des revenus excédant le plafond de 9 029 €.

La CMU de base est gratuite pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'ACS.

Un contrôle annuel des ressources est effectué par les caisses primaires d'assurance maladie.

#### La CMU-C

La CMU-C offre une protection complémentaire santé gratuite aux demandeurs dont les ressources annuelles sont inférieures à un plafond, fixé annuellement par décret, et dont le montant varie en fonction de la composition du foyer.

Au 1er juillet 2010, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 7 611 €. Ce plafond est majoré de 11,3 % dans les départements d'Outre-mer (soit 8 471 € pour une personne seule).

Les demandeurs doivent répondre aux mêmes exigences de stabilité et de régularité de séjour que celles demandées pour l'affiliation à la CMU de base.

Pour le calcul du droit à la CMU-C, l'ensemble des ressources du foyer, imposables ou non imposables, perçues au cours des douze mois précédent la demande est pris en compte, y compris certaines prestations familiales, allocations diverses, et revenus de capitaux placés.

Les avantages procurés par un logement sont pris en compte de façon forfaitaire. Les personnes locataires percevant une aide au logement, les propriétaires, ou les personnes logées à titre gratuit, se voient appliquer un forfait logement qui est ajouté à leurs ressources. Ce forfait varie selon la composition du foyer (en 2010, le montant mensuel du forfait logement pour une personne seule bénéficiaire d'une aide au logement est de 55,21 €, 56,04 €, en 2011).

Les versements du RSA, de la prime d'accueil du jeune enfant, de l'allocation personnalisée d'autonomie, de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, de l'allocation de rentrée scolaire (art. L.861-2 et R.861-10 du CSS) ne sont pas pris en compte.

Les revenus d'activité perçus durant la période de référence, subissent un abattement de 30 % lorsqu'au moment de la demande, le demandeur est en situation d'interruption de travail supérieur à six mois pour longue maladie, de chômage indemnisé ou perçoit l'allocation temporaire d'attente, l'allocation de solidarité spécifique ou encore est sans emploi et perçoit une rémunération de stage de formation professionnelle légale, réglementaire ou conventionnelle.

La CMU-C est accordée pour un an, elle prend en charge le ticket modérateur pour les soins de ville et hospitaliers et le forfait journalier. Au delà des tarifs de l'assurance maladie, des forfaits de dépassements pour les lunettes, les prothèses dentaires, les dispositifs médicaux, les audioprothèses sont également pris en charge. Le bénéficiaire de la CMU complémentaire est exonéré de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises médicales. En l'absence de dispositions réglementaires, les majorations pour non respect du parcours de soins sont à la charge des organismes gestionnaires.

Ces prestations sont prises en charge à hauteur de 100 % du tarif de sécurité sociale et sans avance des frais, sachant que les professionnels de santé doivent respecter les tarifs opposables, les dépassements d'honoraires étant prohibés.

La CMU-C est gérée, soit par l'organisme d'assurance maladie qui est en charge de la protection obligatoire, soit par un organisme complémentaire agréé inscrit sur la liste nationale des organismes participant à la CMU complémentaire.

A l'expiration de leur droit à la CMU complémentaire, les bénéficiaires ayant fait le choix d'une gestion par un organisme complémentaire doivent se voir proposer un contrat de sortie d'un an. Il s'agit d'un contrat de complémentaire santé, dont le tarif est réglementé (370 €/ an en 2010, pour une personne seule), qui offre un niveau de garantie identique à celui de la CMU complémentaire, à l'exception de la prise en charge des participations forfaitaires, des franchises et des majorations du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins.

Ce contrat de sortie peut être cumulé avec l'aide pour une complémentaire santé.

La demande de CMU-C est étudiée par la caisse d'assurance maladie du demandeur. Le renouvellement de la CMU-C doit être demandé chaque année dans les mêmes formes que la demande initiale, deux mois avant la date d'échéance du droit.

NB : Comme en matière de CMU de base, lors du renouvellement des droits CMU-C, la condition de stabilité est réputée satisfaite lorsque la personne a, sur le territoire métropolitain ou dans les DOM, son foyer permanent (lieu où les personnes habitent normalement) ou son lieu de séjour principal (présence effective de plus de 180 jours au cours de l'année civile).

### **L'aide pour une complémentaire santé (ACS)**

L'ACS vise à atténuer l'effet de seuil de la CMU complémentaire. Elle consiste en une aide financière au paiement d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé.

Jusqu'au 31 décembre 2010, 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 %.

Au 1er juillet 2010, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 9 133 €. Ce plafond est majoré de 11,3 % dans les départements d'Outre-mer (soit 10 166 € pour une personne seule).

Les conditions de stabilité et de régularité de la résidence sont examinées dans les mêmes conditions que pour la CMU complémentaire par l'organisme d'assurance maladie du demandeur.

En cas d'accord, celle-ci remet une attestation-chèque au demandeur (et à ses bénéficiaires âgés de plus de 16 ans). Sur présentation de cette attestation auprès de l'organisme complémentaire de son choix, l'intéressé bénéficie d'une réduction sur le montant du contrat nouvellement choisi ou déjà souscrit.

Cette réduction s'impute sur le montant de la cotisation ou de la prime annuelle à payer.

Le montant de l'ACS varie en fonction de l'âge des personnes composant le foyer (100 € pour les personnes âgées de moins de 25 ans, 200 € pour les personnes âgées de 25 à 49 ans, 350 € pour les personnes âgées de 50 à 59 ans, 500 € pour celles de 60 ans et plus).

A compter du 1er janvier 2011, en application de l'article 27 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, le plafond d'attribution de l'ACS est porté à + 26 % du montant du plafond de la CMU-C, soit 9 133 € par an pour une personne seule en métropole et 10 674 € dans les départements d'Outre-mer (plafond applicable aux décisions rendues à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011).

L'aide est plafonnée au montant de la cotisation ou de la prime due.

Elle est accordée pour une année et est renouvelable dans les mêmes formes que la demande initiale, entre deux et quatre mois avant l'expiration du droit.

Chaque trimestre, l'organisme complémentaire peut déduire du montant de sa contribution due au titre de la contribution à la CMU complémentaire, un quart du montant de l'aide accordée à ses adhérents.

Tous les contrats ne sont pas éligibles à l'ACS. C'est le cas des contrats collectifs obligatoires et des contrats collectifs pour lesquels une participation de l'employeur intervient. En outre, les contrats doivent respecter les règles des contrats dits « responsables » : ils ne doivent pas couvrir la participation forfaitaire, les franchises, etc.

Depuis le 1er 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 coordonnés, ont droit à la dispense d'avance de frais sur la partie prise en charge par l'assurance maladie. Ce droit au tiers payant est valable 18 mois à compter de la remise de l'attestation de droit à l'ACS, que le bénéficiaire ait ou non souscrit une complémentaire santé. Ce dispositif a été renforcé par l'arrêté du 3 mai 2010 portant approbation du règlement arbitral applicable aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale.

L'aide complémentaire santé est également applicable sur les contrats de sortie CMU.

**ANNEXE 3 : PRINCIPAUX TEXTES 2010 RELATIFS À LA CMU-C ET À L'ACS**

*TEXTES LEGAUX ET REGLEMENTAIRES*

Date d'application	Libellé / Contenu	Statut et références du texte	Organismes émetteurs	Date de signature du texte	Publication
<b>01/01/2010</b>	Loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 Article 10 : institue pour 2010, une contribution exceptionnelle à la charge des organismes complémentaires santé dans le cadre de leur participation à la mobilisation nationale contre la pandémie grippale	Loi n°2009-1646	Parlement	24/12/2009	27/12/2009 JORF n°0300
<b>01/01/2010</b>	Loi de finances pour 2010 Article 133 : doublement de l'ACS pour les personnes âgées de 16 à 24 ans (200 €)	Loi n°2009-1673	Parlement	30/12/2009	31/12/2009 JORF n°0303
<b>01/01/2010</b>	Loi de finances rectificative pour 2009 Article 96 : fixe le taux de la contribution exceptionnelle des OC au plan de lutte contre la pandémie grippale à 0,77 %	Loi 2009-1674	Parlement	30/12/2009	31/12/2009 JORF n°0303
<b>01/01/2010</b>	Portant revalorisation du montant forfaitaire du revenu de solidarité active et l'allocation de revenu minimum d'insertion	Décret n°2010-54	Premier Ministre	15/01/2010	17/01/2010 JORF n°0014
<b>24/03/2010</b>	Portant nomination au conseil d'administration du Fonds CMU	Arrêté	Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique	15/03/2010	24/03/2010 JORF n°0070
<b>01/04/2010</b>	Relatif à la revalorisation du minimum vieillesse Porte le montant de l'ASPA à 8 507,49 € par an (soit 708,95 € par mois)	Décret n°2009-473	Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville	28/04/2009	29/04/2009 JORF n°0100
<b>01/04/2010</b>	Relatif à la revalorisation de l'allocation aux adultes handicapés Porte le montant de l'AAH à 693,63 € par mois	Décret n°2010-307	Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville	22/03/2010	24/03/2010 JORF n°0070
<b>14/04/2010</b>	Nomination du directeur-adjoint du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie	Arrêté	Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique	05/04/2010	14/04/2010 JORF n°0087

Date d'application	Libellé / Contenu	Statut et références du texte	Organismes émetteurs	Date de signature du texte	Publication
<b>05/05/2010</b>	Portant approbation du règlement arbitral applicable aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale	Arrêté	Ministère de la santé et des sports	03/05/2010	05/05/2010 JORF n°0104
<b>12/06/2010</b>	Portant nomination au conseil de surveillance du Fonds CMU	Arrêté	Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique	04/06/2010	12/06/2010 JORF n°0134
<b>01/07/2010</b>	Revalorisant le plafond d'attribution de la CMU complémentaire	Décret n° 2010-1105	Ministère de la santé et des sports	20/09/2010	22/09/2010 JORF n°0220
<b>19/07/2010</b>	Relative à l'inscription et au retrait de liste des organismes participant à la CMU complémentaire pour l'année 2011	Lettre ministérielle	Ministère de la santé et des sports	19/07/2010	
<b>01/09/2010</b>	Relatif à la revalorisation de l'allocation aux adultes handicapés Porte le montant de l'AAH à 711,95 € par mois	Décret n°2010-307	Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville		24/03/2010 JORF n°0070
<b>01/09/2010</b>	Relatif à l'extension du revenu de solidarité active aux jeunes de moins de vingt-cinq ans	Décret n°2010-961	Ministère de la Jeunesse et des solidarités actives	25/08/2010	26/08/2010 JORF n°0197
<b>02/09/2010</b>	Relatif à la protection sociale de la personne volontaire effectuant un service civique et modifiant les dispositions relatives à l'appréciation des ressources pour la détermination du droit au bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé : refonte de l'article R.861-10 du code de la sécurité sociale	Décret n°2010-1032	Ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'état	30/08/2010	02/09/2010 JORF n°0203
<b>18/09/2010</b>	Fixant pour 2010 le montant du report à nouveau du Fonds CMU affecté à la CNAMTS	Arrêté	Ministère de la Santé et des Sports	30/07/2010	18/09/2010 JORF n°0217
<b>01/10/2010</b>	Revalorisant le plafond d'exonération de cotisation à la CMU de base	Arrêté	Ministère de la santé et des sports	30/06/2010	04/07/2010 JORF n°0153

Date d'application	Libellé / Contenu	Statut et références du texte	Organismes émetteurs	Date de signature du texte	Publication
<b>13/10/2010</b>	Portant nomination au conseil de surveillance du Fonds CMU	Arrêté	Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique	13/10/2010	13/10/2010 JORF n°0238
<b>7/12/2010</b>	Portant nomination au conseil de surveillance du Fonds CMU	Arrêté	Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique	30/11/2010	07/12/2010 JORF n°0283
<b>01/01/2011</b>	Portant extension et adaptation du RSA dans les DOM et les collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon	Décret n°2010-1783	Ministère des solidarités et de la cohésion sociale	31/12/2010	1 <sup>er</sup> /01/2011 JORF n°0001
<b>01/01/2011</b>	LFSS pour 2011 Article 3 portant à 0,34 % le taux de la contribution exceptionnelle des organismes complémentaires au plan de lutte contre la pandémie grippale	Loi n°2010-1594	Parlement	20/12/2010	21/12/2010 JORF n°0295
<b>01/01/2011</b>	LFSS pour 2011 Article 27 revalorisant le plafond d'attribution de l'aide complémentaire santé	Loi n°2010-1594	Parlement	20/12/2010	21/12/2010 JORF n°0295
<b>01/01/2011</b>	Loi de Finances pour 2011 Article 21 modifiant l'article 1001 du code général des impôts (soumet les contrats d'assurance santé dits "solidaires et responsables au paiement d'une taxe au taux réduit de 3,5 % ") Article 190 modifiant la contribution CMU en taxe additionnelle de solidarité dont le taux est fixé à 6,27 % Article 188 instaurant un droit de timbre pour les bénéficiaires de l'AME	Loi n°2010-1657	Parlement	29/12/2010	30/12/2010 JORF n°0302
<b>01/03/2011</b>					

*AUTRES TEXTES AYANT RETENU NOTRE ATTENTION*

Date d'application	Libellé / Contenu	Statut et références du texte	Organismes émetteurs	Date de signature du texte	Publication
<b>21/01/2010</b>	Commente les dispositions de la LFSS pour 2010 dont celle relative à la contribution exceptionnelle des OC au financement de la mobilisation nationale contre la pandémie grippale	Lettre circulaire n°2010-012	ACOSS	21/01/2010	21/01/2010
<b>21/01/2010</b>	Réponse pénale en matière de fraudes aux prestations	Lettre-réseau LR-DCCFR	CNAMTS	21/01/2010	21/01/2010
<b>21/01/2010</b>	Précisions sur la mise en œuvre du dispositif de promotion de l'ACS pour la population des retraités à faibles revenus	Lettre-réseau LR-DDO-6/2010	CNAMTS	21/01/2010	21/01/2010
<b>02/02/2010</b>	Programme 183- Protection maladie – indicateurs de performance	Lettre-réseau EQ-DDO-7/2010	CNAMTS	02/02/2010	02/02/2010
<b>01/05/2010</b>	Relative à l'entrée en application des nouveaux règlements (CE) n°883/2004 et 987/2009 de coordination des systèmes de sécurité sociale : champs d'application, grands principes et dispositions générales [circulaire.883 n°2]	Circulaire DSS/DACI/2010/461	Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique	27/12/2010	27/12/2010
<b>03/08/2010</b>	Diffusion de l'offre de service attentionné pour les personnes bénéficiaires ou susceptibles de bénéficier de la CMU-C	Lettre-réseau LR-DDO-136/2010	CNAMTS	03/08/2010	03/08/2010
<b>03/08/2010</b>	Retour de l'enquête suite à l'entrée en vigueur du RSA (en octobre 2009, une enquête a été diligentée afin de connaître les organisations mises en place et éventuelles difficultés rencontrées par les organismes).	Lettre-réseau LR-DDO-162/2010	CNAMTS	03/08/2010	03/08/2010
<b>06/09/2010</b>	Gestion des bénéficiaires. Mise en œuvre du traitement de fin de droits aux prestations en nature des ex bénéficiaires de l'API	Lettre-réseau LR-DDO-175/2010	CNAMTS	06/09/2010	06/09/2010
<b>13/09/2010</b>	Mise en œuvre du contrôle des pièces justificatives	Lettre-réseau 2010/123	RSI	13/09/2010	13/09/2010

Date d'application	Libellé / Contenu	Statut et références du texte	Organismes émetteurs	Date de signature du texte	Publication
<b>25/10/2010</b>	Relative au droit à la CMU-C et à l'ACS lorsqu'un membre du foyer âgé de moins de 25 ans bénéficie du RSA jeunes	Circulaire	Ministère de la santé et des sports	25/10/2010	n°DSS/2A/2010/381
<b>02/12/2010</b>	Exploitation et traitement des fiches de travail dissimulé	Lettre-réseau LR-DDO-222/2010	CNAMTS	02/12/2010	02/12/2010
<b>01/01/2011</b>	Relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie : augmentation de la valeur du C à 23 €	Décision	Union nationale des caisses d'assurance maladie	23/12/2010	06/01/2011 JORF n°0004

#### **ANNEXE 4 : CONSEIL D'ADMINISTRATION**

Le conseil d'administration du Fonds CMU se réunit au moins deux fois par an, il a notamment pour rôle :

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

Le conseil d'administration s'est réuni le 14 avril 2010, sous la présidence de Michel Thierry, inspecteur général des affaires sociales. Lors de cette séance, le rapport d'activité 2009 et le compte financier 2009 ont été présentés et approuvés à l'unanimité.

Le conseil d'administration s'est réuni une seconde fois, le 20 octobre 2010. Le budget primitif 2011 a été approuvé, et le conseil a autorisé le directeur à signer les avenants 2011 relatifs aux conventions avec la CNAMTS, la CCMSA, le RSI et l'ACOSS.

Il a été décidé à cette occasion que les tableaux budgétaires présentés par le Fonds CMU devront faire apparaître les dernières prévisions en sa possession, aussi bien pour le budget de l'année N, que pour le budget primitif de l'année N+1. Ces données, qui constitueront une information complémentaire du conseil d'administration, sans qu'il soit nécessaire d'envisager un budget modificatif pour l'année N. Les tableaux budgétaires devront donc faire apparaître 4 colonnes : « Exécution N-1 », « Budget primitif N », « Nouvelle prévision N », « Budget primitif N+1 ».

Cette nouvelle présentation budgétaire a été adoptée dès l'année 2010.

## **Président**

Michel THIERRY  
Inspecteur général des affaires sociales

## ***En qualité de représentants du ministre chargé de la sécurité sociale***

M. Vergé Damien

M. Bachellery Olivier

M. Morin Bruno

## ***En qualité de représentants du ministre chargé du budget***

M. Berthelot Grégory

M. Delage Philippe

## ***En qualité de représentante du ministre chargé de l'économie***

Mme Legay Dominique

## **ANNEXE 5 : CONSEIL DE SURVEILLANCE**

Le conseil de surveillance du Fonds, réuni le 9 juin 2010, sous la présidence de Jean-Marie Rolland, député de l'Yonne, a étudié le rapport d'activité 2009 du Fonds CMU. Il a décidé de le transmettre 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 l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant bénéficiés de l'ACS en 2009 et de celui sur les coûts moyens des dépenses de CMU-C par bénéficiaire.

C'est le 1<sup>er</sup> décembre 2010 que le conseil de surveillance du Fonds CMU a tenu sa seconde réunion.

Une première discussion s'est ouverte sur la présentation des principales mesures contenues dans le PLFSS et le PLF pour 2011. Le conseil a ensuite pris connaissance du deuxième rapport relatif à la situation financière des organismes complémentaires santé réalisé par DREES.

Chacun a salué les efforts déployés par les fédérations et les organismes complémentaires qui ont permis d'atteindre un taux de réponse très élevé sur ces états statistiques. Par ailleurs, une analyse plus approfondie sur le champ de la santé a pu être réalisée cette année.

Le Fonds a enfin présenté deux études réalisées en 2010. L'une consacrée à l'accueil des bénéficiaires de la CMU-C (en collaboration avec les CPAM de l'Ain, du Loiret et des Hauts de Seine) et l'autre dédiée à l'ACS qui a permis de recueillir de l'information sur les modalités de fonctionnement pratique de ce dispositif (en collaboration avec les CPAM du Rhône et du Finistère).

## ***Président***

Jean-Marie ROLLAND

## ***Membres de l'Assemblée nationale***

Martine CARRILLON-COUVREUR

Jacques DOMERGUE

## ***Membres du Sénat***

Jean-Pierre FOURCADE

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

Amina NORDMAN

Secours catholique

Fabrice MOLLIEX

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

Bruno GROUES

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 RÉGEREAU  
Christian LABESQUE

Régime social des indépendants – RSI

Gérard QUEVILLON  
Odile BARNAUD

Caisse centrale de mutualité sociale agricole - CCMSA

Gérard PELHATE  
Henri ROCULET

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

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

Fabrice HENRY  
Dominique JOSEPH  
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  
Norbert BONTEMPS

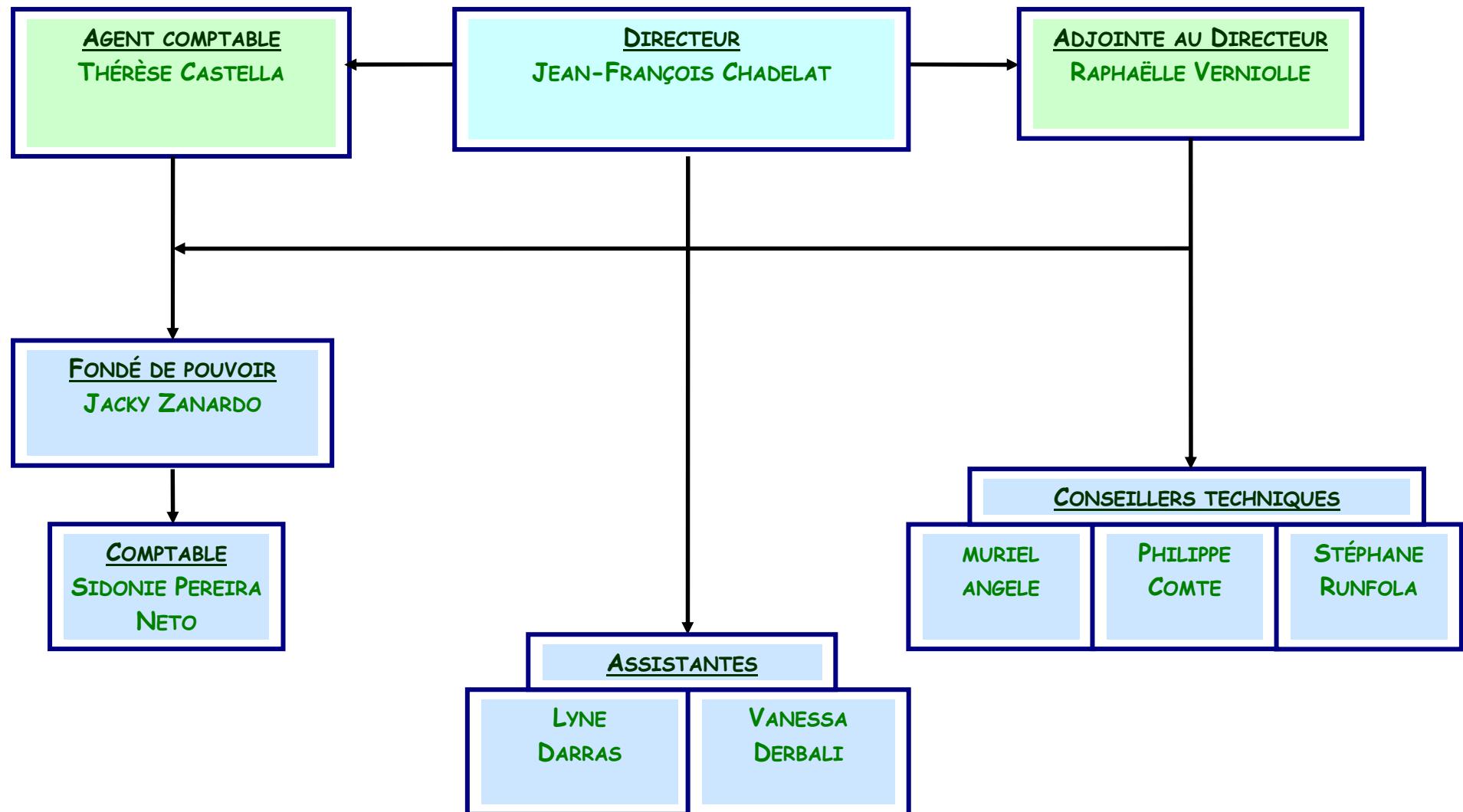
Entreprises d'assurance sur désignation du Groupement des entreprises mutuelles d'assurance - GEMA

Marie-Sophie HOUIS-  
VAILLETOUX

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

Jean-Louis FAURE  
Evelyne GUILLET

ANNEXE 6 : ORGANIGRAMME DU FONDS CMU



## ANNEXE 7 : L'ACTUALITÉ DES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ

### Contexte et évolutions du monde des complémentaires santé apprécierés à travers une revue de presse de l'année 2010

Cette synthèse réalisée fin décembre 2010 propose de pointer des évènements ou évolutions marquants de l'année écoulée. Les informations y sont restituées selon deux lignes directrices :

. **Les aspects économiques et financiers** : 1) L'évolution des tarifs des complémentaires santé en 2011, 2) Les éléments de chiffrage sur la hausse du ticket modérateur prévisible pour 2011, 3) La mise en place de la TCA sur les contrats responsables et la transformation de la contribution CMU en taxe ;

. **Les évolutions et les perspectives** : 4) Les grandes tendances observées par l'Argus de l'assurance dans son « top 30 » annuel, 5) Les rapprochements en cours entre les mondes mutualistes et paritaires, 6) Les dossiers qui attendent le nouveau président de la FNMF, 7) Un point de situation sur « solvabilité II » dans les mutuelles, 8) La lisibilité des garanties de couverture complémentaire santé.

#### **1) L'évolution des tarifs des complémentaires santé en 2011**

Elle devrait être de 8 à 10 % en 2011. Comme le rappelle l'Argus de l'Assurance (« Les tarifs s'emballent » - Edition du 1<sup>er</sup> octobre 2011), les assureurs devront en effet faire face à une hausse de 8,5 % de leurs charges (taxe sur les conventions d'assurance (TCA) : + 3,5 %, transferts de l'assurance maladie vers les complémentaires : + 2 %, dérives des dépenses de santé : + 3 %). Le Président de la Mutualité Française, Jean-Pierre Davant avait déjà avancé une fourchette analogue dans le Figaro, « *les mutuelles ne pouvant pas être en déficit* ».

L'Argus de l'Assurance rappelle les propos du Ministre du budget, François Baroin, affirmant que les complémentaires ont les moyens d'absorber de la TCA sans augmenter les cotisations, propos qui « ont énervé tous les professionnels ». Pour le directeur général d'Axa France, Nicolas Moreau, face à des augmentations pouvant devenir insupportables, « *le marché pourrait évoluer vers des augmentations moindres, mais avec des ajustements de garantie* ». Le journal évoque également le jeu concurrentiel qui peut infléchir la hausse des tarifs envisagée.

On rappellera que la hausse a été de 5,8 % en 2009 selon l'indice des prix de l'assurance des particuliers (IPAP) calculé par le comparateur d'assurance Assurland (base : compilation de plus d'un million de tarifs).

Elle était évaluée en moyenne à 5 % par Jean-Pierre Davant pour 2010, prévision cohérente pour Fabrice Henry le Président de l'UNOCAM (Mutuelles : 5 % de hausse en moyenne, mais de gros écarts - Les Echos - Edition du 13 janvier 2010). Le journal rappelle cependant que ce chiffre n'est qu'une moyenne qui ne reflète que « très partiellement » la réalité, certains consommateurs étant soumis à de fortes hausses malgré des garanties inchangées.

Dans le même temps, dans une dépêche AEF du vendredi 3 décembre 2010, on apprend que la Mgen augmentera ses cotisations de +3,7 % en 2011, « *stricte répercussion des mesures gouvernementales* », étant donné qu'elle reverse déjà « *95 % du montant des cotisations sous forme de prestations* ».

Pour le premier organisme en terme de chiffre d'affaires déclaré auprès du Fonds CMU (4 % du total des OC en 2009), l'augmentation répond aux impératifs de saine gestion : « *contrairement à la Sécurité sociale, la Mgen ne vit pas à crédit* » et « *contrairement aux assureurs, la Mgen ne rémunère pas d'actionnaires* ».

La mutuelle souligne à cette occasion que la santé est un bien désormais plus taxé que l'hôtellerie/restauration.

## 2) Éléments de chiffrage sur la hausse du ticket modérateur prévisible pour 2011

« *2,8 % de hausse nette du ticket modérateur en 2011* », c'est le chiffre annoncé par Pascal Beau (Espace Social européen n° 955 – 29 octobre au 4 novembre 2010). Le PLFSS 2011 prévoit une série de transferts de charges de l'assurance maladie vers les OCAM chiffré à 340 Ms€ selon la FNMF, à 129 Ms€ selon le ministère de la santé.

Le chiffre avancé par Pascal Beau prend en compte l'ensemble des facteurs :

- . environ + 370 Ms€ au titre des transferts en direction des complémentaires ;
- . + 80 Ms€ dus à la revalorisation de la consultation des médecins généralistes à effet au 1<sup>er</sup> janvier 2011 ;
- . + 490 Ms€ dus à la hausse naturelle du ticket modérateur

« *La hausse apparente serait de 4 % soit 1 M€* » à laquelle il convient cependant de défalquer l'effet de baisses de certains prix (tarifs de biologie, radiologie, médicaments et effet de la maîtrise médicalisée) : - 260 Ms€.

Le solde net final est donc évalué à 2,8 % de hausse, soit 680 Ms€.

Le quotidien du médecin (Edition du 15 octobre 2010) reprend les propos de Roselyne Bachelot pour qui « *Les mesures du PLFSS entraînent donc une croissance des cotisations mais en aucun cas des augmentations massives* ».

Un PLFSS « *qui ne répond pas aux enjeux d'un retour à l'équilibre conséquent de l'assurance maladie* » (Fabrice Henry - Les Échos du 6 octobre 2010). « *On évite sérieusement d'aborder le véritable débat qui est celui du manque de financement* » (Fabrice Henry – Espace Social Européen n° 952 du 8 au 14 octobre 2010).

Courant juillet 2010, l'Unocam avait présenté une série de mesures visant à améliorer l'efficience des dépenses de santé et « *permettre à l'assurance maladie d'économiser près de 3,5 milliards d'euros sur la période 2011-2013* », des mesures résultant d'arbitrages entre les trois familles d'assureurs et leur fédération (FFSA, FNMF, CTIP). Un « *socle commun minimum d'expression sur lequel nous nous sommes mis d'accord, et qui nous permet d'avancer et de contribuer aux réflexions sur le déficit de l'assurance maladie obligatoire* » (Fabrice Henry - Les Échos du 21 juillet 2010). Les mesures envisagées concernaient : la biologie médicale (baisse de tarifs, forfaitisation des dépenses d'analyse pour certaines maladies chroniques) ; le médicament (déremboursement des produits à service médical rendu insuffisant, rapprochement du prix des génériques sur les standards européens) ; le déremboursement des cures thermales ; l'extension des contrats d'amélioration des pratiques individuelles entre l'assurance maladie et les médecins.

Fabrice Henry déplore le manque de concertation sur cette question « *les propositions de l'Unocam pour ce PLFSS 2011 semblant avoir subi le même sort que celles formulées pour le PLFSS 2010* » (Espace Social Européen n° 952 du 8 au 14 octobre 2010).

### **3) La mise en place de la TCA sur les contrats responsables et la transformation de la contribution CMU en taxe**

A) - Sur le premier point, la ferme opposition des organismes de couverture complémentaire santé s'est faite unanime.

« *Nous sommes punis d'avoir été bons élèves ! Voir le gouvernement renoncer ainsi à ses engagements nous pose un problème de principe : ce n'est pas très encourageant pour la suite du dialogue entre État et les complémentaires [...]. Enfin, on ne voit pas comment cela restera sans effet sur les cotisations. Le risque de démutualisation, via un renoncement à la complémentaire, est bien réel* » explique Fabrice Henry (Les Echos du 6 octobre 2010).

D'après Jean-Pierre Davant, le président de la FNMF, cela va à l'encontre de la coordination des soins [donc la qualité des soins], un dispositif innovant de la réforme de 2004. La grande majorité des garanties des complémentaires sont responsables et solidaires « *mais ce qu'on ne dit pas est que cette situation est réversible !* ». « *Cette mesure risque de favoriser le retour de contrats peu vertueux. Cela avantagera les organismes qui ne cherchent qu'à augmenter leurs parts de marché au détriment de ceux qui œuvrent pour la qualité des soins* » (Afim n° 3748 du 31 août 2010). « *Le gouvernement rompt avec ce cercle vertueux de prévention et de parcours de soins, et tourne le dos à toute régulations médicale* » (Panorama Santé du 12 octobre 2010).

Les propos d'Henri Laurent, directeur prévoyance et santé chez Swiss Life, repris par Protection sociale information (n°750 du 8 septembre 2010), vont également dans ce sens : « *Si l'écart avec les contrats non responsables n'est plus que de 3,5 %, les stratégies marketing vont être revues et les contrats non responsables, en hospitalisation notamment, vont regagner de l'intérêt* ».

Dans le cadre de l'examen du projet de loi de finances (PLF) 2011, les sénateurs ont adopté un amendement du groupe Union centriste du Sénat qui prévoit une majoration de la TCA sur les contrats non responsables. Ces contrats seront ainsi soumis à un taux de TCA de 10,5 % afin de maintenir l'avantage comparatif dont bénéficient les contrats « solidaires et responsables » et pour que les organismes continuent de proposer majoritairement ces garanties. Cette mesure n'a finalement pas été retenue dans le texte définitif du PLF.

Pour sa part, Jean-François Chadelat, le directeur du Fonds CMU considère que « *plutôt que de taxer les contrats responsables à 3,5 %, la logique aurait voulu que l'on renforce les critères pour être « responsable » en faisant rentrer dans la rubrique « irresponsable » les contrats hauts de gamme qui solvabilisent les dépassements d'honoraires à des niveaux que l'on peut considérer comme choquants* » (Espace social européen n° 954 – du 22 au 28 octobre 2010)

B) - Dans le cadre de l'examen du projet de loi de finances pour 2011, un amendement vient d'être adopté qui modifie les dispositions contenues à l'article L.862-4 du code de la Sécurité sociale. Ce texte devrait transformer la contribution CMU en taxe à compter du 1er janvier

2011. «*Cette proposition figurait dans la plate-forme de propositions formulées par l'UNOCAM dans le cadre de la préparation du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011* » (AFIM du 22 novembre 2010).

Cette mesure présentée comme « *une éclaircie traversant le ciel plutôt gris* » du monde de la couverture complémentaire santé revêt selon les OC en effet plusieurs avantages.

Tout d'abord, elle permet aux organismes complémentaires (OC) d'exclure les sommes correspondantes de leur chiffre d'affaires qui sert de base à l'application des ratios d'exigences de fonds propres prévus dans le cadre des directives « solvabilité II ». Leurs besoins en fonds propres sont ainsi diminués.

Ensuite, en l'état actuel, la contribution CMU alourdit mécaniquement les frais généraux puisqu'elle ne peut être imputée comme une charge. Avec une taxe, les OC peuvent « *clairement afficher le poids des prélèvements publics dans le coût d'une addition que les français trouvent de plus en plus salée. D'autant qu'avec la future application de la TCA sur les contrats responsables au taux de 3,5 %, on arriverait quasiment au chiffre de 10 %* ». (Contribution CMU : pourquoi en faire une taxe - L'Argus de l'assurance – 24 septembre 2010).

« *Il est difficile de considérer au regard de son ampleur, que cette contribution constitue une charge de l'organisme d'assurance plutôt qu'un prélèvement sur les assurés* ».

« *Elle vise également à améliorer la transparence dans la fixation des prix des contrats d'assurance maladie complémentaire, qui intègrent aujourd'hui le montant de la contribution sans le faire apparaître comme tel dans les contrats souscrits* » (AFIM du 22 novembre 2010).

Enfin, l'Argus précise que cette décision « *enlève également un gros caillou des compagnies d'assurance à l'égard de leurs agents généraux* ». « *Lorsque le taux de la contribution CMU a été porté à 5,9 % en janvier 2009, les assureurs ont progressivement répercuté cette hausse sur leurs tarifs, sans l'intégrer dans le calcul des commissionnements des agents, arguant que ces prélèvements étaient ... une taxe* ».

Le conflit en cours sur cette question risquait rapidement de se dégrader. « *L'action de lobbying engagée par la FFSA via l'Unocam pour que la contribution devienne une taxe conduit in fine à reconnaître que jusqu'ici, elle n'en est pas une* ».

Le passage d'une contribution à une taxe a cependant nécessité de relever le taux de cette dernière à 6,27 % pour produire un rendement identique. Le taux de 6,27 % appliqué à la nouvelle assiette équivaut en effet à 5,9 % du chiffre d'affaire hors taxe.

#### 4) Les grandes tendances observées par l'Argus de l'assurance

Dans son top 30 de la Santé, l'Argus de l'Assurance (édition du 25 juin 2010), dresse un panorama des grandes tendances observées.

L'assurance santé est désormais le premier poste de dépenses en matière d'assurance et le critère prix est donc essentiel mais il n'est pas le seul, comme en atteste le manque de succès des low-costs. « *Les assurés veulent donc non seulement le prix, mais aussi des garanties de qualité* ».

Le domaine de la santé est très concurrentiel et l'Argus a souhaité dégager les principaux leviers d'action des acteurs du Top 30 à partir d'un questionnaire. Trois leviers sont ressortis.

Pour une grande partie de la famille mutualiste, la différenciation passe par une mise en valeur des centres et établissements de santé « *le meilleur moyen de maîtriser les restes à charge pour les assurés* » (Maurice Ronat, président du groupe Eovi mutualistes et de la Fédération nationale de la mutualité interprofessionnelle).

« *Les deux autres leviers, la segmentation et les services, sont communs à toutes les familles de la profession* ».

La segmentation peut consister à décliner son offre selon le profil de client (jeunes, familles ou séniors), des formules spécifiques pour les plus de 50 ans, les professions indépendantes etc. Dans cette logique, on citera le lancement d'une offre spécifique dédiée aux personnes à faibles revenus, éligibles à l'ACS, par Malakoff-Médéric. La segmentation consiste également à pousser la modularité aussi loin que possible : quasi généralisation de la prise en charge de prestations non remboursées par la Sécurité sociale, de renforts sur les postes de dépenses les plus couteux (optique, dentaire, hospitalisation). Face à cette complexité croissante « *les comparateurs ont de beaux jours devant eux* ».

« *Une autre innovation devient aujourd'hui un standard de marché, avec les réseaux ou plates-formes* ». L'année 2010 est la première année où une majorité du top 30 sont engagés dans une opération d'ampleur concernant l'optique, le dentaire voire l'audioprothèse : Kalivia pour Harmonie mutualistes et Malakoff-Médéric, Sévéane pour Groupama et ProBTP, Santéclair (Allianz, Maaf, MMA, MNT) etc.

« *Et les réseaux se développent vers l'orientation des patients* » Priorité Santé Mutualiste (FNMF), Compar Hospit (Malakoff-Médéric) en sont des exemples.

« *Nous allons ainsi progressivement quitter le domaine de l'assurance stricto sensu pour investir celui du service, dans lequel il n'y a plus de notion d'aléa ou de risques* » (Mutuelle Générale).

S'agissant de l'assurance collective, l'Argus souligne que dans un contexte économique difficile – « *La crise économique a pesé sur l'activité des institutions de prévoyance en 2009 et les perspectives pour 2010 et 2011 sont assombries par la contraction de l'emploi salarié* » (Top 20 des IP – l'Argus de l'assurance du 8 octobre 2010) - le prix devient le premier critère. « *Adieu les frais réels !* », « *Il faut les limiter et ne pas favoriser l'hyperconsommation. Ce sont des garanties dangereuses qui vont renchérir le coût des couvertures des actifs* » (Damien Vandorpe, directeur général du groupe Vauban-Humanis).

Les temps sont durs et on constate une demande croissante d'entreprises pour la mise en place de contrats avec une base obligatoire et une sur-complémentaire optionnelle. « *Tout le monde serre les boulons* » mais la crise durcit la concurrence. Les entreprises doivent à la fois « *tendre au maximum vers des offres standards afin de réduire les coûts de gestion et faire aux entreprises des propositions compétitives* » mais dans le même temps également multiplier les services afin de se démarquer.

Au chapitre des incitations, on voit progressivement se développer des bonus en cas de faible consommation, comme c'est déjà le cas en individuel.

Tout comme en individuel, les réseaux et plates-formes se généralisent « *Plusieurs dirigeants estiment que leur mise en place est plus productive en collective qu'en individuelle* » avec des taux de fréquentation nettement plus élevés.

Des services d'orientation sont initiés notamment dans le domaine de l'hospitalisation à l'image de « Guidhospi » par Swiss-Life. Ce type d'initiative permet aux assurés qui le souhaitent de connaître, par pathologies, les meilleurs établissements hospitaliers publics et privés.

Enfin, « *Dernier facteur de différenciation en vogue, plutôt pour les grandes entreprises, le thème de la santé au travail* ».

Toujours à propos de l'assurance collective, on notera les résultats très intéressants issus de la nouvelle enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise conduite par l'IRDES et réalisée auprès de 1 740 établissements en 2009.

43 % de ces derniers proposent une complémentaire santé à tout ou partie de leurs salariés. La taille de l'entreprise dans laquelle travaille le salarié est le critère qui influence principalement l'offre de complémentaire santé : ainsi, seules 32 % des très petites entreprises (TPE de moins de 10 salariés) proposent une complémentaire tandis que 91 % des entreprises de 250 salariés et plus en proposent une. De même, plus la proportion de cadres dans l'entreprise est forte, plus la proportion d'établissements proposant une complémentaire santé est élevée, ainsi que les niveaux de garantie des contrats proposés.

Par ailleurs que il convient de relever que :

- le tiers des contrats datent de moins de 2 ans,
- dans plus de 3 établissements sur 4, le ou les contrats sont exclusivement obligatoires.

En moyenne, l'employeur finance à hauteur de 57 % le contrat. Dans 85 % des entreprises où le salarié participe au financement, celui-ci est forfaitaire.

## **5) Les rapprochements en cours entre les mondes mutualistes et paritaires**

Un dossier « Fiançailles dans l'économie sociale » de Liaisons sociales magazine (juin 2010), fait un point sur une des caractéristiques des mouvements actuels qui touchent les organismes complémentaires santé, à savoir, une tendance marquée aux rapprochements entre les mondes mutualistes et paritaires, qualifiée de « *nouveau tournant dans le monde de consolidation des organismes complémentaires en santé* ».

« *Plus que la recherche d'une taille critique ... la mise en œuvre prochaine de solvabilité II pousse aux regroupements. En accordant une prime à la diversification des risques, la directive européenne pourrait, à terme, précipiter les mutuelles dont la santé reste la principale (sinon la seule) activité dans les bras d'acteurs plus diversifiés, comme les mutuelles d'assurance* ».

« *Dans l'immédiat, la recherche d'une complémentarité entre assurances individuelles et collectives incitent les mutuelles et institutions de prévoyance à sortir de leurs familles d'origine* » constate Emmanuel Sève (consultant du cabinet Xerfi).

Avec la Loi Fillon de 2003, les contrats collectifs risquent de prendre le pas sur les contrats individuels d'où l'intérêt pour les mutuelles aux rapprochements. A l'inverse, les alliances peuvent permettre aux groupes paritaires de compléter leur offre en individuel. L'offre de produits en commun devrait en particulier permettre de baisser les coûts des contrats proposés aux retraités sortant de contrats de groupe obligatoires.

## 6) Les dossiers qui attendent le nouveau président de la FNMF

- Dans un article paru dans son édition du 26 novembre 2010, l'Argus de l'assurance fait un point sur les « *dossiers chauds* » qui attendent le nouveau président de la mutualité française (*Etienne Caniard a été élu Président de la Mutualité Française lors de l'assemblée générale du 14 décembre 2010*).

Premier constat, la Mutualité française regroupe aujourd'hui la quasi-totalité des mutuelles santé (95 %). « *Alors que solvabilité 2 approche comme un orage menaçant à l'horizon, tout le monde cherche un abri. Comme si c'était une question de survie ... et cela l'est sans doute. La FNMF incarne donc aujourd'hui cette maison commune* ».

La Mutualité parle d'une seule voix et la parole de son président pèse lourd : il est en effet systématiquement interrogé sur les questions de santé et d'assurance maladie ; pourtant ce qui pourrait être interprété comme de l'influence et le poids très important de la Mutualité (38 millions de personnes protégées), « *on voit bien que les prises de position mutualistes ont un impact limité sur les décisions politiques* » analyse Patrick Sagon, président de la Mutuelle générale.

La plupart des dirigeants mutualistes souhaiteraient que l'on prenne de la hauteur « en réaffirmant haut et fort » la différence de la mutualité française. « *Il faut que nous sachions passer du positionnement d'assureur complémentaire santé à celui d'acteur de santé public* », passer « *d'une logique de remboursement à une logique de reste-à-chARGE, en intégrant des services et en accompagnant nos adhérents* » (Thierry Baudet, président de la MGEN), le seul moyen de contrer le grignotage en cours des mutuelles par les bancassureurs d'après ce dernier.

Le service d'information « Priorité Santé Mutualiste » semble faire débat en interne : moyen d'affirmer la différence de la mutualité ou, chantier couteux et peu efficace et donc à revoir ?

Le projet de doter la Mutualité d'un réseau d'établissement à but non lucratif susciterait également des questions dues aux difficultés d'équilibrer de telles structures. Pour certains, la mission première de la Mutualité est d'abord « *de défendre l'hôpital et l'accès aux soins pour tous* ».

Le niveau élevé de contribution pour financer la Fédération est également évoqué.

Dans un arrêt du 18 mars 2010, la Cour de cassation rappelle que le fait qu'un praticien consulté ne soit pas adhérent du réseau de soins mis en place par une mutuelle ne permet pas à cette dernière de minorer le niveau de remboursement des prestations versées à l'assuré.

Les mutuelles et leurs unions « *ne peuvent instaurer de différences dans le niveau des prestations qu'elles servent qu'en fonction des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés* » (Liaisons Sociales Quotidien, mercredi 7 avril 2010).

Dans son jugement, la Cour de cassation a appliqué à la lettre le principe posé à l'article L.112-1 du Code de la Mutualité.

En revanche, ne sont pas concernés par ce principe les sociétés d'assurances relevant du Code des assurances, les institutions de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale.

« *Cette solution intervient alors que l'Autorité de la concurrence a rendu, il y a quelques mois, un avis positif sur le développement des réseaux de soins agréés par les complémentaires santé en ce qu'ils conduisent les praticiens à s'engager sur la qualité des services rendus aux assurés, à mettre en place le tiers payant et à respecter une certaine modération tarifaire (Avis du 9 septembre 2009 relatif aux effets sur la concurrence du développement de réseaux de soins agréés)* ».

Dans son rapport du 8 septembre 2010 sur la Sécurité sociale, la Cour des comptes a estimé que les mutuelles devraient pouvoir différencier leur remboursement selon que les professionnels consultés font partie ou non des réseaux qu'ils promeuvent, et elle a proposé une modification du Code de la Mutualité en ce sens.

C'est dans ce contexte que la FNMF a rédigé une proposition d'amendement au code de la Mutualité. « *Si les pouvoirs publics ont approuvé cette initiative, il reste désormais à trouver un texte de loi pour porter cette modification du Code* » (AFIM du 14 septembre 2010).

## **7) Point de situation sur solvabilité II dans les mutuelles**

Dans son édition du lundi 20 septembre 2010 (n° 3762), l'AFIM fait un point sur l'état d'avancement du dossier Solvabilité II. La cinquième et dernière étude quantitative d'impact (QIS 5), « *dernier test grandeur nature avant l'entrée en vigueur de la directive européenne, prévue pour janvier 2013* », et qui vise à collecter des données économiques et financières, a été lancée fin août par la Commission européenne. Servant à définir les futurs niveaux de fonds propres qui seront exigés des mutuelles, l'investissement de ces dernières est essentiel « *si elles ne veulent pas être soumises à des montants de fonds propres disproportionnés par rapport à leur activité !* ».

« *Les séries de consultation ont déjà permis par le passé de faire évoluer favorablement les textes* ». « *Les exigences de solvabilité sont aujourd’hui en phase avec l’activité de complémentaire santé, grâce à un calibrage adéquat* ».

Cependant, la FNMF souhaiterait faire valoir la situation spécifique des petites mutuelles santé, prônant la diminution de la complexité des calculs pour celles dont le chiffre d'affaires est inférieur à 5 millions d'euros.

Elle a accompagné les mutuelles adhérentes dans la démarche QIS 5 par des formations, la conception de formulaires simplifiés pour les petits organismes. Elle les a invitées à transmettre leurs résultats au Système Fédéral de Garantie préalablement à l'envoi officiel à l'ACP « *dans le respect de la confidentialité* ». Ces données devaient permettre à la Mutualité Française « *de poursuivre son action au niveau européen en faveur de mutuelles* ».

Ensuite, de lourds chantiers s'annoncent car il faudra, une fois la directive adoptée « *adapter les systèmes d'information et aussi l'organisation et la gouvernance afin de répondre aux nouvelles exigences en termes de gestion des risques, d'actuariat, de contrôle interne, d'audit interne ...*

## 8) La lisibilité des garanties

« *Lisibilité des garanties : l'Unocam rend sa copie* » tel est le titre de l'Afim du 18 novembre 2010. Un glossaire, un guide intitulé « *Bien comprendre et bien choisir votre complémentaire santé* », et « *une déclaration commune portant engagement de bonnes pratiques sur la lisibilité des garanties de complémentaire santé* » signée par les présidents des 5 fédérations représentées à l'Unocam, constituent une première réponse « à une demande récurrente des pouvoirs publics qui réclamaient davantage de lisibilité ».

« *Un résultat très satisfaisant* » selon Fabrice Henry le président de l'Unocam.

Outre l'explication des mécanismes et intitulés relatifs aux remboursements, le guide « *indique de manière pratique comment évaluer ses besoins en complémentaire santé et les points auxquels il convient d'être attentif pour choisir un organisme* ».

A travers la déclaration commune, les organismes « *se reconnaissent le devoir d'assumer une information claire, sincère et aussi exhaustive que possible à l'égard de leurs adhérents et assurés* ».

Rédaction des garanties en utilisant les termes du glossaire, expression du remboursement de préférence en fonction de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire, recommandation d'abandon de la référence au plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS), tels sont des exemples parmi d'autres d'engagements.

« *Ces engagements concernent les nouvelles offres, ce qui n'empêche pas d'appliquer ces principes aux gammes déjà encours* ».

Les documents élaborés par l'Unocam ont été présentés le 30 septembre 2010 à la direction de la sécurité sociale, la Cnamts et des associations de consommateurs « *desquelles ils ont reçu un accueil positif* ».

« *La direction de la Sécurité sociale a souligné l'importance de mettre en place des indicateurs de suivi de ces engagements, ce qui est d'ores et déjà prévu dans la déclaration sous la forme d'un bilan annuel* ».

« *Ce bilan permettra de vérifier que l'on a dépassé la simple déclaration d'intention* », « *un premier pas dans une démarche évolutive* » selon Fabrice Henry.

Il rajoute « ces documents illustrent ce que peuvent partager les acteurs de la complémentaire santé sans risque de banalisation et malgré un contexte de concurrence. Nous avons su dépasser ces contraintes et aller au-delà du simple plus petit dénominateur commun, ce qui n’empêche pas chacune des fédérations de se saisir de ces outils pour faire valoir certaines de leurs spécificités ».

**ANNEXE 8 : LISTE DES 100 PREMIERS OC CLASSÉS PAR CHIFFRE D'AFFAIRES**

Nature OC*	Siren	Nom	CP	Assiette 2010 (€)	Nombre bénéficiaires CMU-C moyen 2010	Nombre bénéficiaires ACS moyen 2010
M	775 685 399	MGEN - Mutuelle générale de l'éducation nationale	75015	1 291 575 693	10 145	1 617
A	310 499 959	AXA France vie	75009	1 242 147 381	14 017	21 608
IP	784 621 468	BTP prévoyance – CNPBTP	75294	1 068 744 139	12 152	6 609
M	442 224 671	Prévadiès	75015	1 035 962 227	61 838	29 410
A	322 215 021	SwissLife prévoyance et santé	75008	959 453 527	22 740	16 012
M	775 685 340	MG - Mutuelle générale	75634	781 818 987	7 950	4 444
A	542 110 291	Allianz IARD	75113	632 714 363	20 734	13 981
M	500 751 789	Mutuelle Harmonie mutualité	75015	618 099 162	33 233	16 970
M	775 606 361	MNH - Mutuelle nationale des hospitaliers et des personnels de santé	45213	597 601 727	5 423	1 768
M	503 380 081	Mutuelle UNEO	92120	563 435 478	0	128
IP	333 232 270	AG2R prévoyance	75680	546 803 389	0	201
IP	410 005 110	Novalis prévoyance	75495	542 098 899	0	0
A	602 062 481	Generali vie	75009	478 727 947	0	0
M	775 678 584	MNT - Mutuelle nationale territoriale	75311	462 931 272	6 824	3 080
M	331 542 142	MAAF santé	79030	423 924 752	61 736	20 918
A	352 406 748	Assurances du crédit mutuel - IARD SA	67906	412 075 772	13 726	7 591
A	340 427 616	Groupama Gan Vie	92082	386 118 316	109	375
A	440 048 882	MMA IARD	72030	377 744 564	11 808	9 233
A	352 358 865	Pacifica - L'assurance dommages au Crédit agricole	75015	369 201 171	11 270	11 371
IP	318 990 736	Uniprévoyance	94307	352 624 022	4	330
M	784 718 256	Mutuelle Malakoff Médéric - MUT2M	75317	347 640 024	448	858

Nature OC*	Siren	Nom	CP	Assiette 2010 (€)	Nombre bénéficiaires CMU-C moyen 2010	Nombre bénéficiaires ACS moyen 2010
IP	343 084 737	URRPIMMEC Union des régimes de retraite et de prestations d'invalidité et de maladie des industries MMEC	78281	341 816 771	902	127
M	779 558 501	MACIF mutualité	79037	333 814 143	11 841	16 565
IP	775 691 181	Médéric prévoyance	75317	318 096 258	0	0
M	775 627 391	Mutuelle Apreva	59306	300 473 193	6 679	8 801
A	412 367 724	Quatrem - Assurances collectives	75423	293 892 672	0	47
IP	304 217 904	APGIS - Association de prévoyance interprofessionnelle des salariés	94684	263 043 121	170	57
A	306 522 665	AVIVA assurances	92271	255 824 610	6 804	7 331
M	382 565 745	Primamut	75680	240 196 749	0	1 754
M	775 688 658	MCD - Mutuelle nationale médico-chirurgico-dentaire	75762	239 499 158	4 946	9 049
A	340 234 962	Allianz Vie	75002	238 669 507	0	1
A	552 062 663	Generali assurances IARD	75456	235 608 760	0	2 449
IP	341 334 795	Réunica prévoyance	92599	226 631 726	192	43
M	775 659 907	Mutuelle mieux-être	75544	223 660 735	516	7 762
M	775 685 365	Mutuelle Intériaile	31071	206 132 662	83	136
M	434 243 085	Mutuelle Ociane	33054	203 284 119	11 904	7 945
M	302 927 553	Mutuelle Micils	69300	202 325 749	1 377	1 127
A	383 844 693	GROUPAMA Loire-Bretagne	35012	192 557 109	3 511	2 435
IP	321 862 500	APICIL prévoyance	69300	189 168 392	0	88
A	353 457 245	AXA assurances vie mutuelles	75009	189 148 799	1 990	2 891
M	499 982 098	Mutuelle générale de l'économie, des finances et de l'industrie	75019	187 070 674	79	181
M	784 669 954	Mutuelle SMI	75374	167 649 616	2 395	2 944
A	391 851 557	GROUPAMA d'Oc	31131	163 918 509	3 468	3 171
M	775 671 902	MIP - Mutuelle de l'industrie du pétrole	75096	161 225 671	136	160

Nature OC*	Siren	Nom	CP	Assiette 2010 (€)	Nombre bénéficiaires CMU-C moyen 2010	Nombre bénéficiaires ACS moyen 2010
M	775 671 894	MGP santé - Mutuelle générale de la police	94027	156 073 105	151	142
M	400 200 804	Eovi - Mutuelle Présence	42030	154 177 779	8 008	4 066
M	775 671 910	MGET - Mutuelle Générale Environnement et Territoires	94274	151 425 680	392	343
A	542 063 797	GAN assurances IARD	75008	149 930 533	1 396	3 270
IP	341 403 178	IPGM - IP du groupe Mornay	75012	148 998 411	12	0
A	779 838 366	GROUPAMA Rhône-Alpes-Auvergne	69251	145 608 293	3 622	2 700
IP	329 233 266	APRI prévoyance	41933	144 700 695	44	54
A	382 285 260	GROUPAMA Paris-Val-de-Loire	45166	142 619 340	1 022	1 439
M	784 442 915	Mutuelle familiale	75010	142 052 443	3 226	4 646
M	434 806 089	Eovi - Mutuelle Drôme ARPICA	26028	138 740 167	21 838	4 895
M	776 950 669	OREADE PREVIFRANCE	47910	138 681 982	2 852	3 443
M	781 337 266	SMAM - Mutuelle des arts et métiers	17034	133 448 090	2 082	13 321
IP	384 268 413	Audiens prévoyance	92177	127 455 541	0	0
IP	351 272 729	Ionis prévoyance	92105	127 124 170	536	80
M	442 574 166	UNPMF - Union nationale de prévoyance de la mutualité française - Mutex	75719	123 321 878	0	0
M	423 406 339	Sphéria-Val-de-France	45025	122 871 538	6 272	2 820
M	776 531 667	Mutuelle Existence	69346	122 750 333	7 797	3 192
IP	384 496 493	IPECA prévoyance	75740	118 050 221	0	16
A	410 241 657	Arial assurance	59896	115 145 157	0	11
M	775 671 993	Mutuelle bleue	77014	114 895 880	9 045	5 543
M	324 310 614	Groupe SMISO Mutuelle des cadres	59024	113 281 444	2 143	916
M	379 655 541	Identités Mutuelle	75017	113 041 458	511	1 914
M	379 718 653	MNPAF - Mutuelle nationale des personnels Air-France	95725	109 516 657	24	17
M	311 799 878	ADREA mutuelle Alpes-Dauphiné	38069	108 454 462	3 533	1 901

Nature OC*	Siren	Nom	CP	Assiette 2010 (€)	Nombre bénéficiaires CMU-C moyen 2010	Nombre bénéficiaires ACS moyen 2010
M	775 678 550	MGC - Mutuelle générale des cheminots	75637	107 394 590	891	1 580
A	381 043 686	GROUPAMA Centre-Atlantique	79044	107 125 644	1 757	1 699
M	340 359 900	Mutuelle Intégrance	75018	106 824 221	0	18 609
M	339 358 681	Radiance - SMAPRI - Mutuelle d'accueil et de prévoyance interprofessionnelle	41932	103 598 797	75	135
A	383 853 801	GROUPAMA Centre-Manche	72043	103 015 614	1 412	1 064
M	780 508 073	CCMO mutuelle - Caisse chirurgicale et médicale de l'Oise	60014	101 476 321	1 125	1 300
M	783 711 997	Mutuelle familiale Vauban Humanis	59024	100 745 660	953	2 592
M	781 166 293	SMATIS France - Solidarité mutualiste des travailleurs indépendants et salariés de France	16920	100 341 783	2 548	2 909
A	383 987 625	GROUPAMA Nord-Est	51686	98 543 310	1 285	1 086
M	784 492 084	Groupe France mutuelle	75551	98 177 117	0	835
IP	401 095 146	CAPAVES prévoyance	95842	96 957 123	308	622
A	342 954 690	Legal and général - Risques divers	75009	94 026 532	0	4
A	379 906 753	GROUPAMA Grand-Est	67012	92 144 601	2 641	1 532
IP	403 498 215	Vauban Humanis prévoyance	59024	90 689 142	0	2
M	782 395 511	Les mutuelles du soleil	06005	82 804 487	0	4 508
M	775 709 710	SMIP - Service mutualistes des individuels et des professionnels	79077	82 275 364	5 896	3 180
M	784 621 476	Mutuelle civile de la Défense	75739	81 409 634	346	52
M	431 656 883	Mutuelles santé plus	69200	81 388 466	4 932	4 126
M	414 261 032	MNAM - Mutuelle nationale aviation marine	75015	81 247 044	667	210
IP	315 588 376	Arpège Prévoyance	68067	80 203 326	45	0
M	782 814 818	Mutuelle de France Sud	13010	77 458 011	557	4 988
M	775 671 969	Mutuelle du personnel du groupe RATP	75582	74 191 206	94	46
M	353 208 010	Prado mutuelle	13142	73 581 918	0	2 011
M	383 179 025	ADREA mutuelle Bourgogne	71010	73 184 848	4 269	1 845

Nature OC*	Siren	Nom	CP	Assiette 2010 (€)	Nombre bénéficiaires CMU-C moyen 2010	Nombre bénéficiaires ACS moyen 2010
IP	775 666 357	IPSEC prévoyance	75848	72 933 599	0	1
M	784 227 894	Mutuelle complémentaire de la ville de Paris, de l'AP, des administrations annexes	75003	72 530 065	1 019	287
M	776 466 963	Mutuelle nationale des caisses d'épargne	51686	72 402 081	43	51
M	775 657 521	Mutuelle du ministère de la justice	75001	70 367 134	102	109
M	775 641 681	Mut'Est	67082	69 914 827	884	302
M	784 647 299	MPA - Mutuelle professionnelle de l'automobile	75783	68 179 323	0	113
M	401 285 309	Mutualia Grand Ouest	56000	67 232 686	2 537	1 873
M	382 968 865	Mutuelle Myriade	33079	67 062 477	2 473	1 753

(\*) M = mutuelle – A = assurance – IP = institution de prévoyance

