



# RAPPORT D'ACTIVITÉ 2009

---

**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)

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

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

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

Contact Liens Mémo Plan du site

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

### La CMU et vous

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

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

Vos démarches en pratique

### 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 - Mentions légales - Réalisation : loiPlanet

# SOMMAIRE RAPPORT D'ACTIVITÉ 2009

SOMMAIRE RAPPORT D'ACTIVITÉ 2009 .....	3
AVANT PROPOS .....	5
1. LA CRISE N'A PAS ENCORE EU D'EFFET SIGNIFICATIF SUR LE NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES .....	7
1.1. Les effectifs de la CMU-C .....	7
1.1.1. Des effectifs constants.....	7
1.1.2. La répartition des bénéficiaires de la CMU-C .....	9
1.2. La lente montée en charge de l'ACS .....	14
1.2.1. La stabilité du nombre de bénéficiaires d'attestations.....	14
1.2.2. Un taux d'utilisation qui demeure élevé.....	16
1.2.3. Des contrats de complémentaire santé de qualité limitée .....	17
1.3. Du maintien de droit à la CMU de base.....	22
1.3.1. L'impact des nouvelles règles de gestion des droits .....	22
1.3.1.1 Présentation des nouvelles dispositions légales.....	22
1.3.1.2 Les modalités de mise en oeuvre.....	23
1.3.1.3 Les probables impacts des nouvelles règles de gestion des droits .....	24
1.3.2. L'augmentation du nombre de bénéficiaires de CMU de base .....	25
1.3.3. Le non recours à la CMU-C.....	26
2. LES DÉPENSES RESTENT CONTENUES .....	28
2.1. L'évolution modérée des dépenses de la CMU-C.....	28
2.1.1. Au niveau des dépenses globales .....	28
2.1.2. Un coût moyen qui évolue faiblement .....	29
2.1.3. Une charge qui pèse cependant sur les gestionnaires de contrats.....	34
2.2. Le coût de l'ACS reste minime.....	35
2.2.1. Un coût global, une dépense moyenne faible .....	35
2.2.2. Des mesures nouvelles qui prendront leur plein effet en 2010 .....	35
3. LES COMPTES DU FONDS CMU SONT ÉQUILIBRÉS .....	36
3.1. Une recette dynamique : la contribution des OC .....	36
3.1.1. Une évolution globale importante .....	36
3.1.2. Des évolutions contrastées entre familles d'OC.....	37
3.1.3. Un premier exercice sur la situation financière des OC.....	40
3.2. Les comptes du Fonds CMU retracent enfin la réalité économique.....	43
3.2.1. Une modification législative .....	43
3.2.2. Un résultat excédentaire .....	43
3.2.3. Une trésorerie insuffisante.....	44
4. LES ACTIVITÉS DU FONDS CMU .....	46
4.1. Le quatrième rapport d'évaluation de la loi .....	46

4.2. Le colloque sur les 10 ans de la CMU .....	49
4.3. Les autres activités du Fonds.....	51
4.3.1. Participation à la fourniture des indicateurs du programme 183 de la loi de finances 51	
Objectif 1 : garantir l'accès aux soins .....	51
Objectif 2 : renforcer le contrôle du dispositif de la CMU-C et améliorer la gestion du risque.....	54
4.3.2. Le contrôle du nombre de bénéficiaires .....	55
4.3.3. La communication du Fonds .....	56
<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>58</b>
<b>ANNEXE 1 : LES MISSIONS DU FONDS CMU .....</b>	<b>59</b>
<b>ANNEXE 2 : PRÉSENTATION DE LA CMU ET DE L'ACS .....</b>	<b>61</b>
<b>ANNEXE 3 : PRINCIPAUX TEXTES 2009 RELATIFS À LA CMU-C ET À L'ACS ..</b>	<b>65</b>
<b>ANNEXE 4 : CONSEIL D'ADMINISTRATION .....</b>	<b>69</b>
<b>ANNEXE 5 : CONSEIL DE SURVEILLANCE .....</b>	<b>71</b>
<b>ANNEXE 6 : ORGANIGRAMME DU FONDS CMU .....</b>	<b>74</b>
<b>ANNEXE 7 : L'ACTUALITÉ DES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ .....</b>	<b>75</b>
<b>AUTRE DOCUMENT D'INFORMATIONS : ANNUAIRE STATISTIQUE .....</b>	<b>82</b>

## AVANT PROPOS

Il est vrai que chaque année dans mon avant propos du rapport d'activité, j'ai coutume de dire que la charge de travail qui a pesé sur la petite équipe du Fonds CMU a été très lourde.

Sans avoir l'impression de me répéter, force est de reconnaître que l'année 2009 a été particulièrement et exceptionnellement chargée. Aussi je tiens à commencer cet avant propos en exprimant mes plus vifs remerciements à tous les agents du Fonds CMU qui ont permis de faire face à ces nombreuses tâches.

Si je ne devais citer qu'un seul des éléments marquant de l'année 2009, je mentionnerais obligatoirement le colloque que le Fonds CMU a organisé le 8 septembre 2009, en collaboration avec la Chaire santé de Sciences Po, pour célébrer le dixième anniversaire de la loi CMU publiée le 27 juillet 1999. J'ai eu l'occasion de le dire à plusieurs reprises, le terme célébrer n'est pas usurpé, loin s'en faut. Même si la naissance de la CMU et ses premiers pas ne furent pas tout à fait un « long fleuve tranquille », la loi CMU est saluée avec le recul que procurent ses dix ans d'existence, comme étant une très grande loi sociale. Comme a pu nous l'écrire l'association Médecins Sans Frontières : « Désormais les bénéficiaires de la CMU sont dans le système de soins et plus dans les salles d'attente humanitaires. »

Madame la Ministre de la santé, Roselyne Bachelot, qui nous a fait l'honneur de venir clôturer cette manifestation a, dans son discours, pu insister sur les effets extrêmement positifs de la loi CMU, qui a considérablement amélioré l'accès aux soins du décile le plus démuné de la population.

L'année 2009 a été aussi l'occasion pour le Fonds CMU de rédiger le quatrième rapport d'évaluation de la loi. Dans la lettre de mission qui accompagnait la demande d'élaboration du rapport formulée par le ministère de la santé, il était demandé de faire un certain nombre d'analyses et d'études spécifiques. Parmi les sujets qu'il nous était demandé d'approfondir, figurait le lancinant problème des « refus de soins ». Déjà en 2006, le Fonds CMU avait réalisé une enquête par testing. En 2009, nous avons relancé une opération similaire avec le concours de l'IRDES. La méthodologie a fait l'objet de longs développements dans le rapport final, rendu public le 1<sup>er</sup> juillet 2009. Le statisticien que je suis, tenait à insister sur le caractère irréprochable de l'aspect technique de l'enquête. Mené sur Paris intra muros auprès de près d'un millier de professionnels de santé, le testing fait apparaître un taux de refus de 25%. Si Paris n'est pas la France, et qu'un tel résultat n'est, bien évidemment pas extrapolable, il n'en demeure pas moins que le phénomène des « refus de soins » ne saurait être qualifié d'anecdotique ou marginal.

Toujours en 2009, en application de l'article 12 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, la DREES a réalisé à l'intention du Parlement une étude sur les données des Complémentaires Santé. Comme la LFSS le prévoyait, le Fonds CMU a fourni les données détaillées en sa possession sur le chiffre d'affaires santé des organismes complémentaires d'assurance maladie. La DREES a salué l'apport du Fonds CMU dans son rapport. Ainsi nous affirmons notre place d'observateur privilégié du monde des complémentaires santé.

De nombreuses autres tâches nous ont mobilisés au cours de l'année 2009. Je ne voudrais pas rallonger par trop, cet avant propos, aussi je ne ferais que mentionner notre participation sur la loi HPST, la fourniture d'indicateurs de la loi organique relative aux lois de finances et de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, le suivi de l'ACS qui est désormais utilisée à plus de 80% par les bénéficiaires de l'attestation, le suivi des effectifs de la CMU-C qui n'apparaît pas, à ce jour, impacté par les effets de la crise économique, les résultats financiers positifs de nos comptes, qui constituent une situation suffisamment rare dans le monde de la protection sociale pour être souligné.

De nombreux autres travaux ont été menés à bien, ils sont décrits dans le présent rapport d'activité et sont consultables sur notre site internet.

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

# 1. LA CRISE N'A PAS ENCORE EU D'EFFET SIGNIFICATIF SUR LE NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES

## 1.1. Les effectifs de la CMU-C

Avec 4 173 817 bénéficiaires<sup>1</sup> au 31 décembre 2009, les effectifs de la CMU-C sont légèrement inférieurs à ceux de 2008. La crise économique amorcée fin 2008 ne produit pas encore ses effets, mais les amortisseurs sociaux liés au risque de perte d'emploi devraient arriver à leur terme courant 2010 pour bon nombre de personnes.

Parallèlement, le plafond de la CMU-C a été fixé, pour l'élaboration de la loi CMU, en référence au seuil de pauvreté, puis indexé, pour son évolution, sur la progression de l'indice des prix à la consommation hors tabac. Le seuil de pauvreté est calculé sur la base de 50 % du revenu médian. Le revenu médian ayant augmenté plus rapidement que l'indice des prix, on assiste maintenant à un décrochage du plafond de la CMU-C.

### 1.1.1. Des effectifs constants

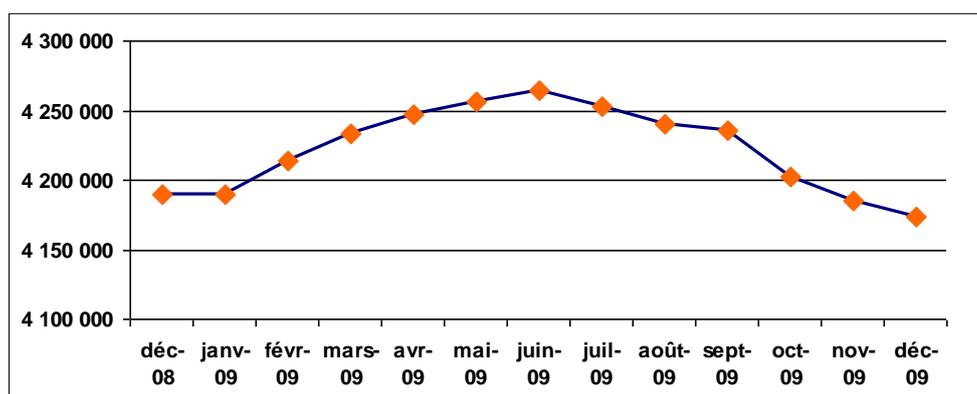
- *La crise économique ne se voit pas encore dans les effectifs des bénéficiaires des minima sociaux*

Si les chiffres du chômage augmentent depuis la fin 2008, les effectifs de la CMU-C, n'augmentent pas en proportion, malgré une légère évolution sur les six premiers mois de 2009. Cette remontée du premier semestre est certainement liée au retour vers une situation difficile des personnes travaillant dans les conditions les plus précaires, donc n'ayant que peu de droits ouverts aux indemnités chômage. Le même mouvement, de légère augmentation puis de stabilité, se retrouve dans l'ensemble des statistiques des bénéficiaires de minima sociaux.

---

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

### Évolution des effectifs de décembre 2008 à décembre 2009



Sources : tous régimes

Les personnes ayant subi des licenciements au terme d'un emploi stable bénéficient d'indemnités de remplacement, ARE<sup>2</sup>, pendant 24 mois, proratisées sur la base leur salaire brut antérieur. Leurs revenus, tout en étant souvent devenus insuffisants, ne se situent pas au dessous du plafond de la CMU-C. Mais, en 2010, avec l'expiration progressive des droits ouverts pour de nombreux bénéficiaires de l'ARE, on attend l'arrivée de 170 000 personnes en ASS<sup>3</sup>. En moyenne, dans les six mois qui suivent leur entrée en ASS<sup>4</sup>, ces personnes pourront bénéficier de la CMU-C. Ces passages devraient avoir des conséquences sur les effectifs.

<sup>2</sup> ARE : Allocation de Retour à l'Emploi

<sup>3</sup> ASS : Allocation Spécifique de Solidarité. L'ASS peut être attribuée à des personnes qui ont épuisé leurs droits à l'ARE, dans la mesure où elles peuvent justifier de 5 ans d'activité salariée aux cours des 10 années précédant la fin du contrat de travail à partir de laquelle elles ont bénéficié de l'assurance chômage, sous conditions d'âge et de ressources du foyer.

<sup>4</sup> Le calcul des ressources pour l'obtention de la CMU-C se fait sur la moyenne des 12 derniers mois qui précèdent la demande. L'ASS est intégrée aux ressources, contrairement au RSA, l'une et l'autre étant pourtant du même montant. Si la personne a touché une ARE supérieure au plafond de la CMU-C, il faut compter un certain temps de lissage avant d'arriver à des ressources inférieures au plafond de la CMU-C. Seul un abattement de 30 % peut être effectué sur les revenus d'activité éventuellement perçus au cours de la période de référence. Le Fonds CMU a fait état de cette question dans le rapport d'évaluation 2009.

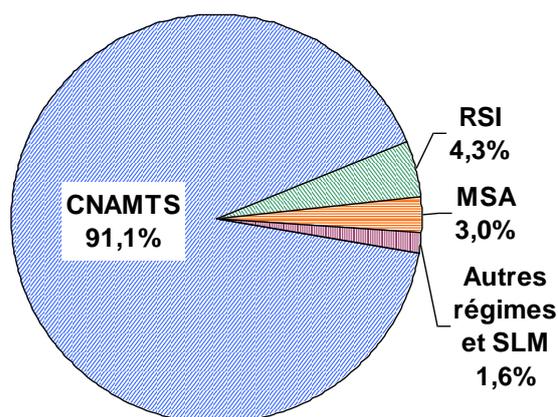
## 1.1.2. La répartition des bénéficiaires de la CMU-C

### ▪ Répartition par régimes

La plupart des bénéficiaires de la CMU-C, 91,1 %, dépendent du régime général de sécurité sociale. 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.

*Répartition par régimes, effectifs métropole et dom, estimés au 31 décembre 2009*

	Effectifs	Dont OC
CNAMTS	3 798 670	527 905
RSI	191 856	38 958
MSA	117 091	18 438
Autres régimes et SLM	66 200	17 930
<b>Total</b>	<b>4 173 817</b>	<b>603 231</b>



*Sources : tous régimes confondus*

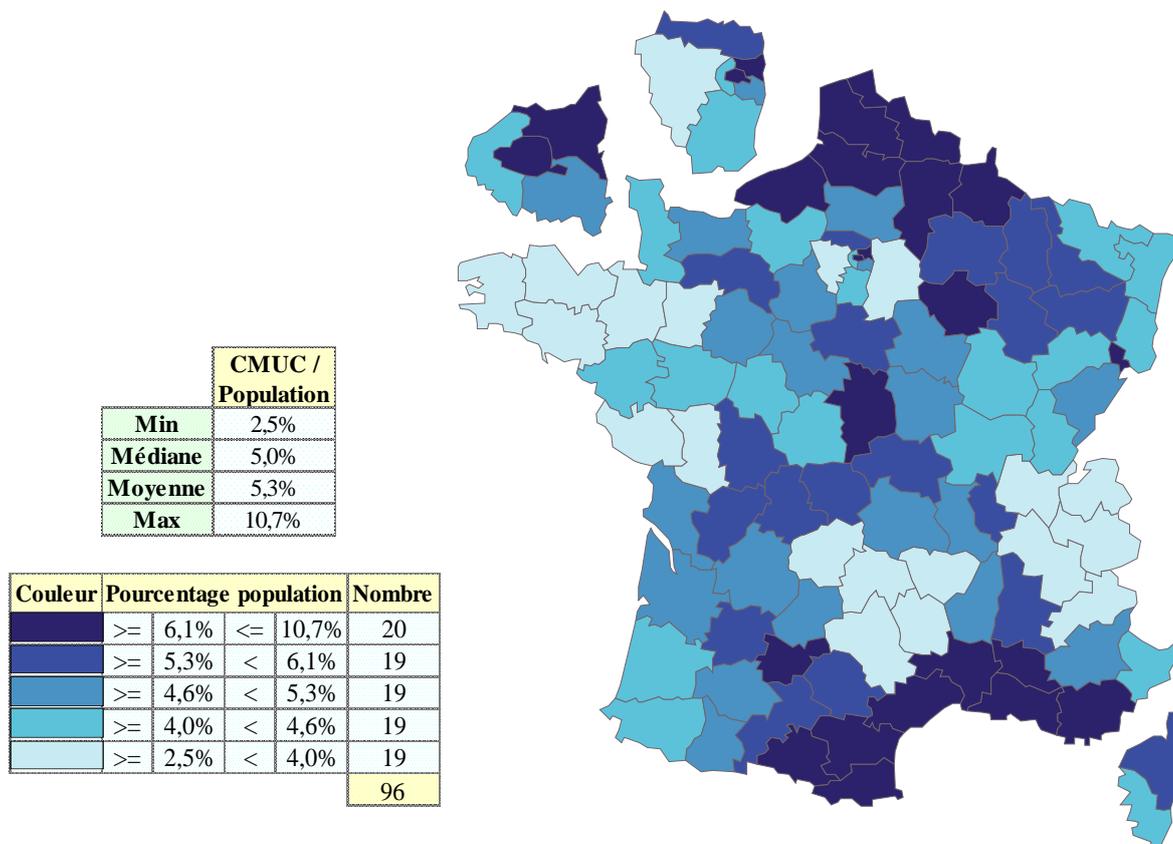
Les effectifs du RSI et de la MSA sont présentés dans la continuité des séries statistiques retenues pour 2009 mais devraient être recalculés à terme. Au RSI, la prise en compte des doublons inter régimes pourrait déboucher sur un abattement de - 6 %. À la MSA, le nouveau mode de dénombrement mis en place fin 2009 devrait amener à un complément de l'ordre de + 6 %.

### ▪ Répartition par départements

En métropole, les bénéficiaires de la CMU-C représentent 5,6 % de la population (CNAMTS, RSI et MSA) et 30,9 % 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 au sud du Massif central opposent des taux inférieurs au pourcentage national.

*Pourcentage des bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population, par départements, en métropole, tous régimes confondus, estimation au 31 décembre 2009*



*Sources : CNAMTS, RSI, MSA*

En métropole, cinq départements rassemblent presque 26 % des effectifs de la CMU-C.

*Effectifs des 5 premiers départements, en métropole, estimés au 31 décembre 2009*

Num Dpt	Département	Total CMUC
59	Nord	243 618
13	Bouches-du-Rhône	195 886
75	Paris	174 939
93	Seine-Saint-Denis	160 602
62	Pas-de-Calais	143 477

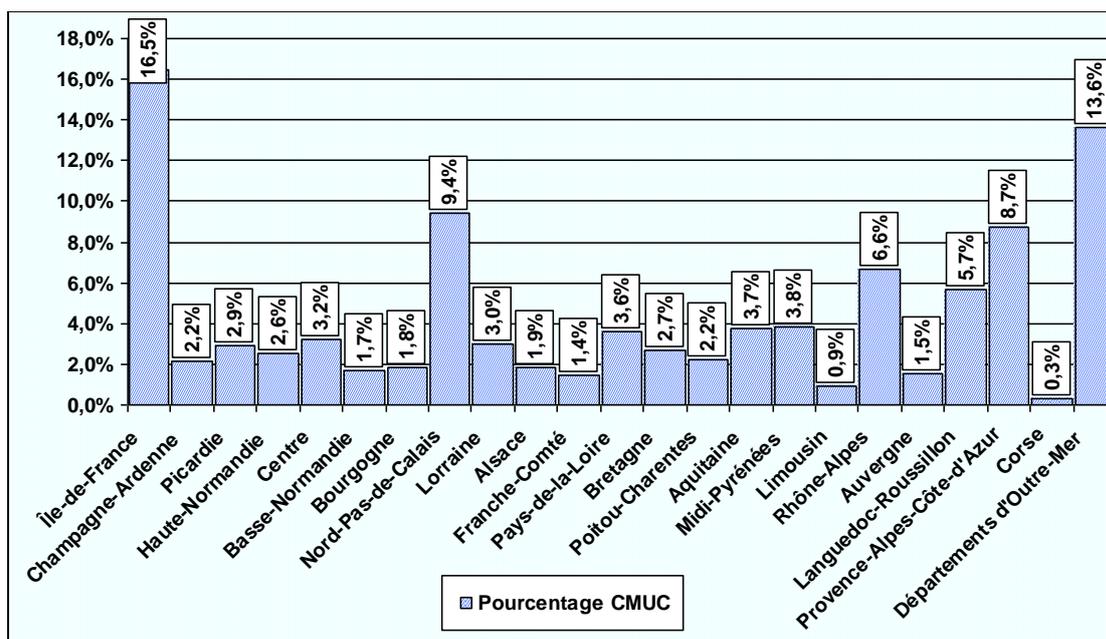
*Sources : CNAMTS, RSI, MSA*

Dans les départements d’Outre-mer, le département de la Réunion compte 279 727 bénéficiaires avec 35,3 % de bénéficiaires par rapport à la population, soit les plus forts effectifs et pourcentages pour l’ensemble du territoire.

- **Répartition par régions**

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 676 319 bénéficiaires, la région Île-de-France représente 16,5 % des effectifs. Les départements d'Outre-mer comptent pour 2,8 % de la population, mais réunissent 13,6 % des bénéficiaires.

*Répartition des bénéficiaires de la CMU-C par régions, CNAMTS, RSI, CCMSA, estimation au 31 décembre 2009*



Sources : CNAMTS, RSI, MSA

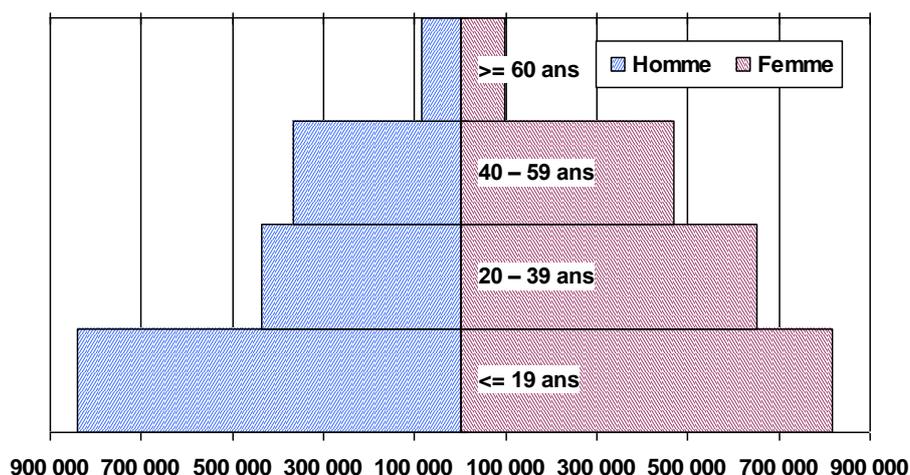
- **Répartition par tranche d'âge et par sexe**

Les bénéficiaires de moins de 20 ans représentent 44,1 % des effectifs. Les deux tranches d'âges situées de 20 à 59 ans en rassemblent 51,1 %. La faible proportion de personnes de plus de 60 ans s'explique par l'attribution de l'ASPA<sup>5</sup> pour les personnes qui touchent des très petites pensions vieillesse. Cette allocation dépasse légèrement le montant du plafond de la CMU-C, orientant ainsi ses bénéficiaires vers l'ACS<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Agées

<sup>6</sup> ACS : Aide Complémentaire Santé

*Répartition des bénéficiaires de la CMU-C, assurés et ayants droits, par âge et sexe, CNAMTS, estimation au 31 décembre 2009*

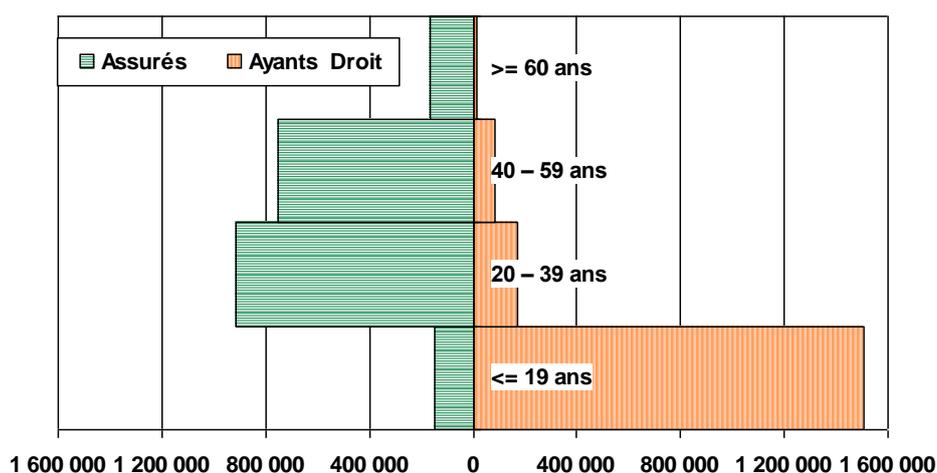


Source : CNAMTS

Sur l'ensemble des bénéficiaires, la proportion d'assurés est de 52,6 %. Les femmes bénéficiaires en tant qu'assurées représentent 55,1 % des bénéficiaires assurés. Entre 20 et 59 ans, elles comptent pour 56,4 % de leur tranche d'âge et 47,5 % de l'ensemble des bénéficiaires assurés.

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 assurées. 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, par assurés et ayants-droits, CNAMTS, estimation au 31 décembre 2009*

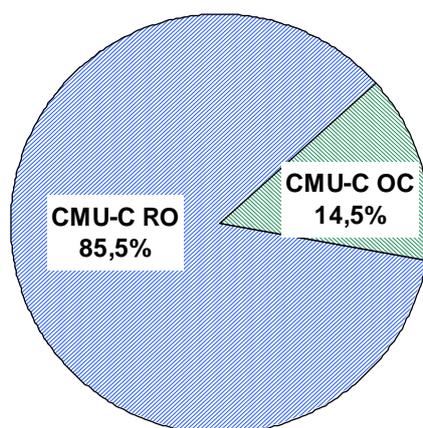


Source : CNAMTS

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

La CMU-C peut être gérée, au choix du bénéficiaire, par son régime obligatoire de base, ou par un organisme de complémentaire maladie agréé (mutuelle, assurance ou institution de prévoyance), inscrit sur la liste préfectorale. Tous régimes confondus, sur l'ensemble du territoire, 85,5 % des bénéficiaires choisissent leur régime obligatoire. Cette proportion a diminué d'un point par an sur les trois dernières années.

*Répartition gestion de la CMU-C par type d'organisme de gestion, métropole et dom, effectifs estimés au 31 décembre 2009*

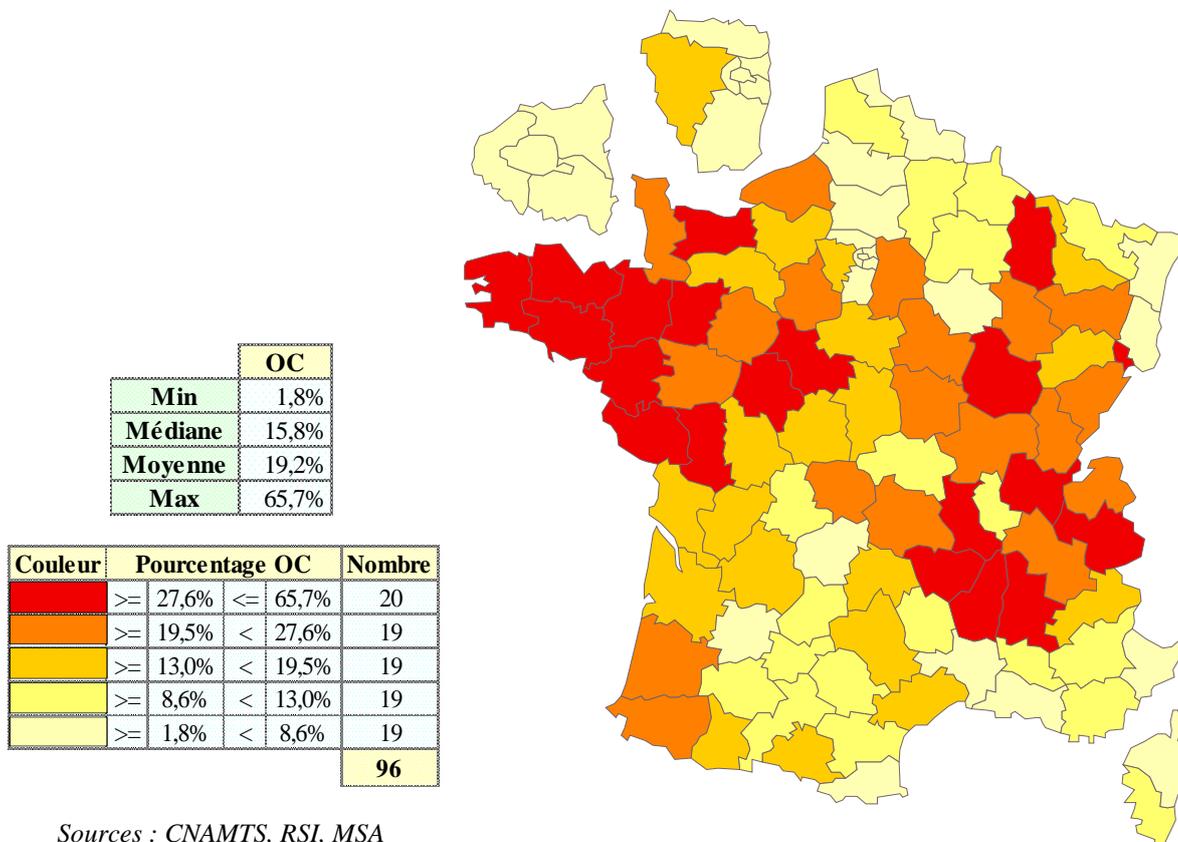


*Sources : tous régimes confondus*

En métropole, le choix d'un organisme complémentaire varie entre 1,8 % et 65,7 %. 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>7</sup> dans l'année qui suivra la fin de leurs droits à la CMU-C.

<sup>7</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, régimes : CNAMTS, RSI, MSA, estimation au 31 décembre 2009



## 1.2. La lente montée en charge de l'ACS

### 1.2.1. La stabilité du nombre de bénéficiaires d'attestations

Le nombre de bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé constitue un des indicateurs du programme de qualité et d'efficacité « 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 2 indicateurs : le nombre de bénéficiaires d'attestations délivrées par les caisses d'assurance maladie et le nombre de bénéficiaires ayant utilisé l'attestation.

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

	Nombre de bénéficiaires d'attestations délivrées par les caisses d'assurance maladie	Nombre de bénéficiaires ayant effectivement utilisé l'attestation	Coût pour le Fonds CMU	Montant moyen déduction annuelle
févr-08	89 920	360 095	20 036 646 €	223 €
mai-08	231 416	382 069	21 047 049 €	220 €
août-08	355 328	410 262	22 590 072 €	220 €
nov-08	541 143	442 283	24 272 662 €	220 €
déc-08	596 626	-	87 946 429 €	-

févr-09	112 234	465 316	25 962 400 €	223 €
mai-09	258 353	492 419	27 681 090 €	225 €
août-09	395 629	500 045	27 613 139 €	221 €
nov-09	546 509	501 681	28 620 490 €	228 €
déc-09	600 336	-	109 877 119 €	-

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

\* Remise à 0 des décomptes au 1<sup>er</sup> janvier

Le nombre de bénéficiaires de l'ACS, tous régimes confondus, est stable en 2009 par rapport à 2008 : + 0,62 % d'évolution. L'augmentation était de + 16,73 % entre 2007 et 2008. Fin 2009, les attestations délivrées couvrent 600 336 personnes.

Pour la CNAMTS, le nombre de personnes ayant bénéficié d'une attestation s'élève à 548 986 (- 0,3 % par rapport à 2008), pour le RSI à 18 468 (+ 10,11 %). Pour la CCMSA, on constate une évolution sensible de + 7,07 % (32 882 bénéficiaires).

La campagne « CAF / CPAM » avait amené une augmentation importante du nombre de bénéficiaires d'attestations (50 à 55 000) au dernier trimestre 2008 (près de + 40 % par rapport à la même période un an plus tôt) puis, plus légèrement sur le premier trimestre 2009. Cette tendance n'a pas été confirmée sur les mois suivants, les effets de l'opération s'étant estompés. Il est en effet important de préciser que la campagne n'a eu lieu qu'une seule fois.

On se situe désormais dans une situation intermédiaire entre « avant » et « durant » la campagne, la croissance du nombre de bénéficiaires d'attestations étant cependant à la légère reprise sur le dernier trimestre 2009 :

Nombre de bénéficiaires d'attestations :

Janvier-09	52 062
Février-09	50 172
Mars-09	50 988
Avril-09	40 995
Mai-09	41 400
Juin-09	46 948
Juillet-09	42 510
Août-09	36 467
Septembre-09	45 559
Octobre-09	46 199
Novembre-09	46 309
Décembre-09	49 377

La structure par âge des bénéficiaires d'attestations du régime général est stable entre 2008 et 2009 :

	01/01/09 au 31/08/09	Année 2008
Moins de 25 ans	35 %	35 %
Entre 25 et 59 ans	45 %	45 %
60 ans et plus	20 %	20 %

	01/01/09 au 30/11/09
Moins de 25 ans	35 %
Entre 25 et 49 ans	33 %
Entre 50 et 59 ans	13 %
60 ans et plus	19 %

### 1.2.2. Un taux d'utilisation qui demeure élevé

S'agissant de l'utilisation des attestations par les bénéficiaires, le nombre de personnes concernées, selon les déclarations des organismes complémentaires reçues au Fonds CMU, s'élève à 501 681 au 30 novembre 2009. Il s'élevait à 442 283 un an plus tôt, correspondant à une évolution annuelle de 13,4 %, mais de seulement 0,3 % en 3 mois.

Le rapprochement avec le chiffre des bénéficiaires d'attestations conduit à un taux d'utilisation très élevé, situé autour de 80 %. Toutefois, même avec un taux de ce niveau, le tassement dans la délivrance des attestations se répercute sur le nombre de personnes les ayant utilisées.

Parmi les bénéficiaires, 71 % ont fait valoir leur droit auprès d'une mutuelle, 26 % auprès d'une société d'assurance et 3 % dans une institution de prévoyance.

Une analyse des évolutions des effectifs déclarés montre, pour certains OC, des rattrapages effectués au titre de trimestres précédents, ce qui peut fausser légèrement le décompte en « temps réel » des effectifs déclarés. D'ores et déjà, des mesures correctrices ont été engagées tendant à minimiser leurs effets.

D'après les données de la CNAMTS, 29 % des attestations délivrées concernent des renouvellements de droit (26 % des bénéficiaires). Toutefois, ce chiffre est minoré dans la mesure où certaines caisses (ayant attribué autour de 10 % des attestations) ne renseignent toujours pas cette rubrique. Au global, le chiffre obtenu, qui est en deçà d'un ordre de grandeur attendu, pose question.

En outre, les données disponibles montrent que 36 % des demandeurs ont vu leur droit à l'ACS refusé (essentiellement du fait de ressources trop élevées).

Sur ces deux aspects, le Fonds CMU a lancé deux études en partenariat avec deux caisses primaires d'assurance maladie (Finistère et Lyon). S'agissant des renouvellements, il conviendra d'expertiser le circuit conduisant au chiffre affiché par la CNAMTS et les facteurs possibles qui pourraient conduire à sa sous évaluation, au-delà du non renseignement de la rubrique par certaines caisses. Concernant les refus, il s'agira dans un premier lieu d'approfondir la définition (refus CMU-C et ACS ou refus ACS) et de mieux connaître l'amplitude des dépassements de ressources ainsi que la caractérisation des populations concernées.

### **1.2.3. Des contrats de complémentaire santé de qualité limitée**

L'étude annuelle sur les contrats de complémentaire santé ayant ouvert droit à l'ACS contribue à dresser un panorama très précis des contrats de complémentaire santé.

L'étude 2008, réalisée en 2009, a été effectuée dans la continuité des 3 précédentes études sur ce thème. Elle est basée sur la réponse de 47 OC couvrant 60 % des bénéficiaires de l'ACS (160 000 contrats et près de 263 000 bénéficiaires). Pour plus de précisions sur les résultats, le lecteur est invité à consulter le rapport disponible en ligne sur le site du Fonds CMU.

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 73 % des contrats et 45 % des bénéficiaires ;
- le prix annuel moyen du contrat (couvrant 1,6 personnes) est de 734 €. L'ACS prend en charge 50 % du prix de la complémentaire santé. Le dispositif laisse à la charge des foyers bénéficiaires 377 € par an, montant qui représente 4 % de leur revenu annuel.

Ce pourcentage correspond au « taux d'effort » de ces ménages pour acquérir leur complémentaire santé.

Dans l'Enquête Santé Protection Sociale 2006 (Questions d'économie de la santé n° 132 – mai 2008 - IRDES), l'IRDES souligne que, s'agissant des contrats individuels, le taux d'effort augmente nettement quand le revenu des souscripteurs diminue. Il est de 2,9 % pour les ménages les plus riches et s'élève progressivement pour atteindre 10,3 % pour les ménages les plus pauvres. Dans ce contexte, il ressort que le taux d'effort après application de l'ACS rejoint celui des cadres et professions intellectuelles qui, d'après l'enquête, s'élève en moyenne à 3,8 %.

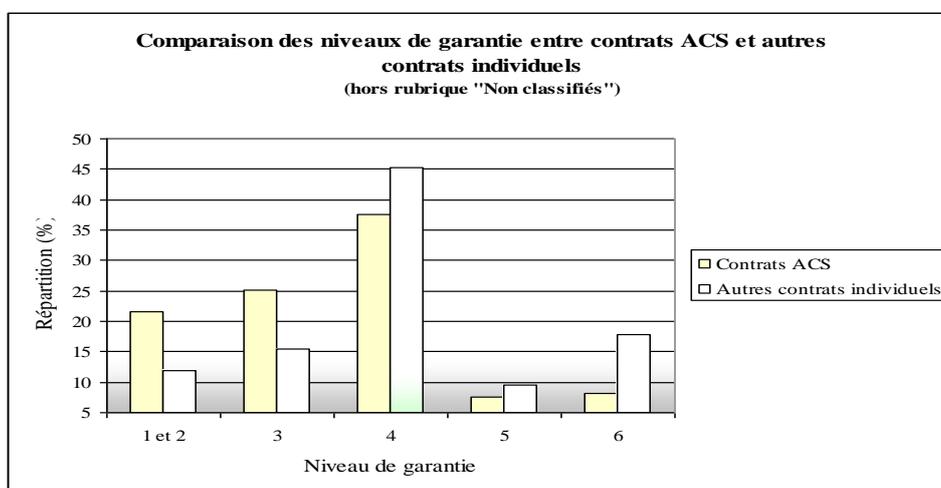
Néanmoins, la charge reste conséquente pour les ménages bénéficiant de l'ACS, puisqu'un peu moins d'un demi-mois de revenu est nécessaire pour financer annuellement leur complémentaire santé. S'ils n'avaient pas l'ACS cependant, ce serait quasiment un mois de revenu qui devrait être consacré au paiement de leur complémentaire santé.

Restes 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 et non négligeables, notamment au regard des dépassements pratiqués.

#### ▪ *Comparaison des niveaux de garantie*

Les contrats étudiés ont été ordonnés dans une classification établie par l'IRDES selon une logique croissante des niveaux de garantie (niveau 1 à 6 : du niveau le plus faible au niveau le plus élevé). Il s'agit des contrats ACS mais également des contrats individuels « hors ACS et CMU » les plus en portefeuille chez les OC enquêtés.

Ce travail permet une comparaison entre les niveaux de garantie des contrats ayant bénéficié de l'ACS, par rapport aux autres contrats individuels. Le résultat obtenu confirme ceux des années précédentes, à savoir que les personnes bénéficiant de l'ACS souscrivent des contrats globalement de niveau inférieur à celui des autres contrats individuels.



Source : Fonds CMU

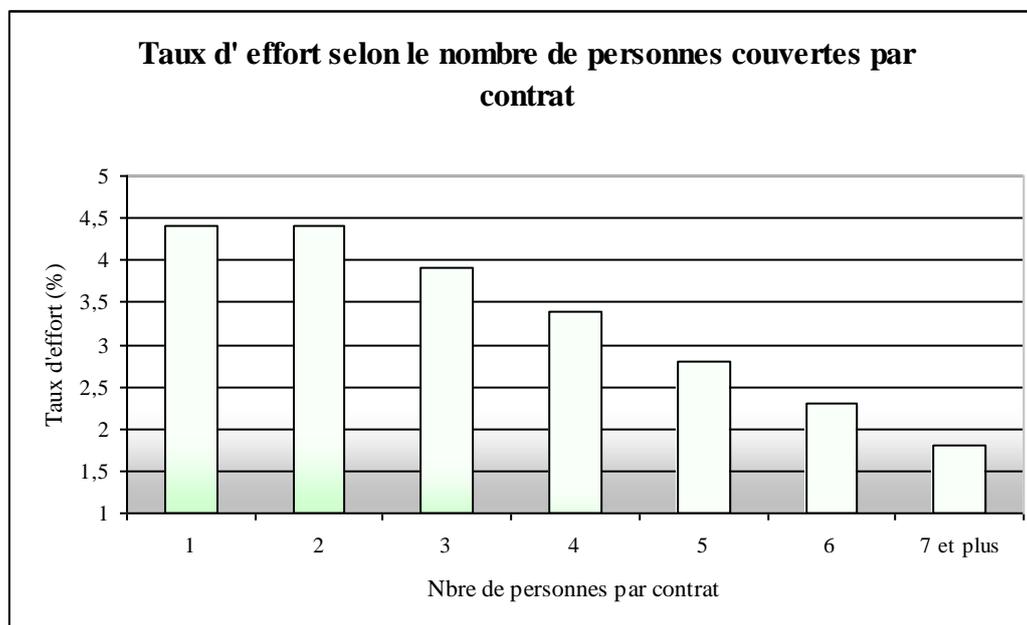
Le contrat de sortie CMU-C est classifié en niveau 3. Le contrat CMU-C quant à lui n'entre pas dans la logique de la classification. En effet, pour prendre un exemple concret, sur le champ de remboursement d'une consultation d'un spécialiste, il ne prévoit un remboursement qu'à hauteur du ticket modérateur. Pourtant, ce niveau de remboursement est « théoriquement maximum » compte tenu de l'impossibilité pour le professionnel de procéder à un dépassement d'honoraires. Eu égard à l'interdiction des dépassements, le contrat CMU-C ressort donc comme étant un contrat de bonne qualité.

Au-delà, l'enquête se donne également pour objectif de mesurer l'impact de différents facteurs (taille de la famille, âge du souscripteur du contrat, niveau de garantie) sur le niveau de prix des contrats, le montant et le taux de reste à charge (RAC), le taux d'effort. L'importance relative de ces différents facteurs est également appréciée.

- **Impact de la taille de la famille sur les prix des contrats**

Les analyses montrent que le prix du contrat augmente avec le nombre de bénéficiaires de celui-ci. Ainsi, le passage de une à deux personnes couvertes amène une augmentation se situant autour de 60 % du prix du contrat. Cette augmentation décroît ensuite régulièrement à mesure que le nombre de personnes couvertes augmente.

On constate que le taux d'effort diminue régulièrement avec le nombre de personnes couvertes pour atteindre 1,8 % dans les foyers dont la taille est la plus importante :



Source : Fonds CMU

En effet, contrairement à l'aide, le prix du contrat ne suit pas linéairement l'augmentation du nombre de personnes couvertes, du fait notamment de dispositions favorisant généralement les familles avec enfants. À partir de trois bénéficiaires par contrat, on peut supposer qu'il s'agit plutôt de familles avec enfants. L'ACS est donc un dispositif qui favorise objectivement les familles avec enfants, comme en témoigne l'observation du taux d'effort.

▪ **Impact de l'âge des bénéficiaires sur le prix des contrats**

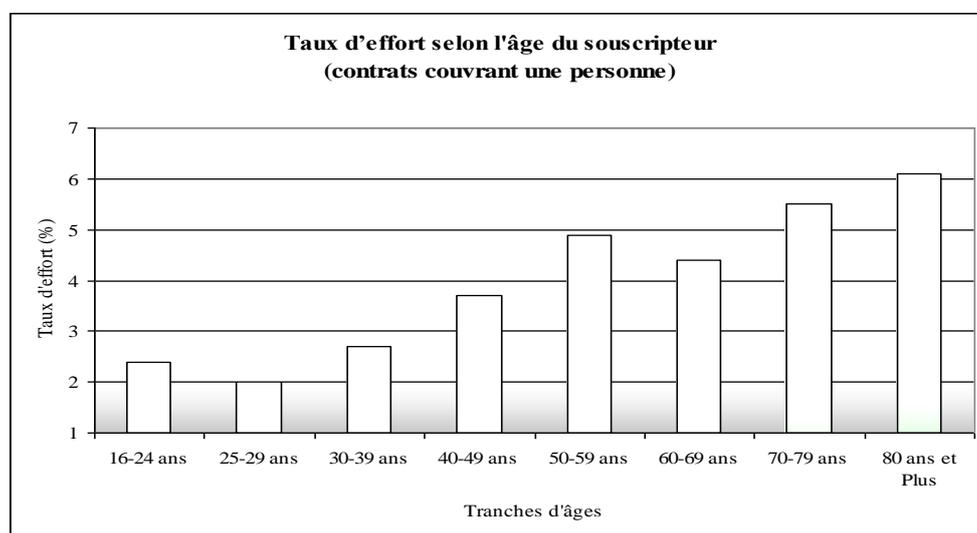
Les analyses conduites sur les contrats couvrant une personne (on ne connaît que l'âge du souscripteur) montrent que le prix est bien en fonction croissante de l'âge. La hausse est assez linéaire avant 60 ans (près de 20 % environ par tranche de 10 années). L'augmentation la plus marquante demeure celle constatée entre la classe des 50-59 ans et celle des 60-69 ans et plus (+ 25 %) puis elle est divisée par 2 pour les « 70-79 ans » et de nouveau par 2 pour les « 80 ans et plus ».

Avec l'âge, le taux d'effort augmente progressivement, exception faite du passage de la tranche des

- « 16-24 ans » à celle des « 25-29 ans » ;

- « 50-59 ans » à celle des « 60-69 ans ».

du fait des montants différenciés de l'ACS entre ces catégories.



Source : Fonds CMU

Il part de 2 % pour les « 25-29 ans » et culmine à 6 % pour les « 80 ans et plus ». C'est pour ces ménages que le poids de la complémentaire santé par rapport à leur revenu 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 mesure intégrée au projet de loi HPST a repris les recommandations du rapport 2007 (passage de 200 € à 350 € pour les « 50-59 ans », passage de 400 € à 500 € pour les 60 ans et plus). Une simulation de l'impact de cette mesure montre une amélioration de la situation des plus âgés, leur situation relative demeurant cependant moins favorable. Au global, « toutes choses égales par ailleurs », le taux d'effort moyen devrait atteindre 3,5 % alors qu'il s'établissait à 4 % en 2008.

▪ ***Impact du niveau de garantie sur le prix des contrats***

Les différences de prix entre les groupes de garantie sont plus faibles que les deux précédentes variables étudiées. Le niveau de garantie ne ressort pas comme l'élément déterminant du prix du contrat. A partir d'une analyse « toutes choses égales par ailleurs » (neutralisation de l'effet des autres facteurs), il ressort en effet que les contrats de niveau 6 présentent des prix en moyenne supérieurs de 45 % par rapport à ceux de niveau 1 ou 2 (contrats couvrant le ticket modérateur).

▪ ***Impact relatif de chaque facteur***

La part de la variance expliquée par l'ensemble des facteurs déterminant le prix de vente des contrats est élevée (près de 70 %), ce qui démontre la bonne qualité du modèle.

Une comparaison des évolutions entre « classes extrêmes » constatées dans le cadre de l'analyse « toutes choses égales par ailleurs », pour chacune de ces variables, éclaire sur les ordres de grandeur d'influence des différentes variables étudiées :

- nombre de personnes couvertes par contrat : contrats « 1 personne » / « 7 personnes et plus » : + 189 % ;
- âge du souscripteur : « 16-24 ans » / « 80 ans et plus » : + 166 % ;
- niveau de garantie du contrat : « classes 1 et 2 » / « classe 6 » : + 45 %.

Enfin, pour la région de résidence, on constate une différence + 17 % entre les extrêmes (hors Alsace).

## **1.3. Du maintien de droit à la CMU de base**

### **1.3.1. L'impact des nouvelles règles de gestion des droits**

Deux décrets parus en 2007 modifient les règles de gestion des droits à l'assurance maladie :

Le décret n°2007-199 du 14 février 2007 qui modifie la durée d'ouverture des droits et la durée du maintien de droits aux prestations de l'assurance maladie.

Le décret 2007-354 du 14 mars 2007 qui subordonne quant à lui le bénéfice de certaines prestations à l'effectivité de la résidence en France.

#### *1.3.1.1 Présentation des nouvelles dispositions légales*

- ***La durée d'ouverture des droits***

L'affiliation au régime d'assurance maladie peut résulter d'une activité professionnelle, de la perception d'une prestation ou de la qualité d'ayant droit d'une personne assurée à titre personnel.

Depuis un décret du 27 mars 1993, l'assuré qui justifiait avoir travaillé au moins 1 200 heures, ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le montant du smic horaire, pendant douze mois, bénéficiait de droits à l'assurance maladie ouverts pour une durée de deux années civiles.

Le décret du 14 février 2007 modifiant l'article R.313-2 du code de la sécurité sociale réduit cette durée à une année suivant la période de référence. En outre, il met fin à la notion de droits fermes, les droits sont interrompus dès que l'activité ouvrant droit à la couverture prend fin. Le maintien débute dès le lendemain du jour de la perte de la qualité d'assuré social.

- ***Le maintien des droits***

Se trouve en situation de maintien de droits l'assuré qui, bien que ne remplissant plus les conditions requises pour bénéficier des prestations d'un régime obligatoire d'assurance maladie, continue d'être couvert par ce régime.

Jusqu'à publication du décret n° 2007-199 précité, la durée du maintien de droits était fixée à quatre ans pour les prestations en nature, et à un an pour les prestations en espèces. L'article 9 de ce décret qui modifie les dispositions des articles R.161-3 à R.161-5 du code de la sécurité sociale réduit la durée du maintien de droits aux prestations en nature et l'aligne sur celle des prestations en espèces en la fixant à douze mois.

Dans certaines situations, le bénéfice des prestations en nature de l'assuré de l'assurance maladie peut être maintenu au-delà de douze mois. En cas de divorce ou de décès de l'assuré, le maintien des droits du conjoint divorcé, du conjoint survivant et des ayants-droit peut être prolongé jusqu'aux trois ans du dernier enfant à charge, et à l'issue de cette période si cette personne a ou a eu au moins trois enfants à charge. En cas de chômage, le maintien de droits des demandeurs d'emploi ayant épuisé leurs droits aux allocations chômage est prolongé au-delà des douze mois et de façon illimitée, dès lors que l'assuré justifie être à la recherche d'un emploi ou s'il est dispensé d'accomplir des actes positifs de recherche d'emploi.

#### ▪ *La condition de résidence*

Par la création de l'article R.115-6 du code de la sécurité sociale, le décret du 14 mars 2007 subordonne le bénéfice de certaines prestations et du maintien de droit à l'effectivité de la résidence en France. Ce contrôle doit être effectué par les caisses pour le bénéfice, notamment, de la CMU de base, de la CMU complémentaire et du maintien de droits.

L'effectivité de la résidence est constatée par deux critères alternatifs :

- l'assuré doit avoir son foyer permanent en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer. Le foyer permanent est celui où l'on habite normalement, le lieu de la résidence habituelle ;
- ou bien l'assuré doit avoir son lieu de séjour principal en France, c'est-à-dire qu'il doit être effectivement présent sur le territoire plus de 180 jours sur une période de douze mois consécutifs précédant l'année de versements des prestations.

La condition de résidence concerne les assurés sociaux et leurs ayants-droit majeurs.

En application de ce décret, un organisme ne pourra servir ou continuer de servir la prestation que si la condition de résidence en France, au sens de l'article R.115-6 du code de la sécurité sociale est remplie.

#### *1.3.1.2 Les modalités de mise en oeuvre*

Cette nouvelle gestion des droits a été source d'un surcroît de travail dans les caisses d'assurance maladie. Elle a nécessité une évolution importante du système d'information et une mobilisation supplémentaire pour le contrôle de la résidence. Une mise en œuvre progressive, par paliers, a été organisée auprès des caisses d'assurance maladie sur la période 2008-2009.

Les directives ont été transmises par la CNAMTS aux caisses primaires d'assurance maladie par le biais, notamment, de lettres-réseau.

Ainsi, s'agissant de la mise en œuvre de la réduction du maintien de droit et du contrôle de la résidence, on peut citer quatre principales lettres-réseau :

- la lettre-réseau LR/DDO/210/2008 du 14 novembre 2008, qui présente les conséquences et modalités d'application des dispositions issues des décrets des 14 février et 14 mars 2007. Elle précise les différentes étapes de mise en place des nouvelles règles de gestion des droits aux prestations en nature des bénéficiaires de l'assurance maladie.
- la lettre-réseau LR/DDO/6/2009 du 15 janvier 2009, complète les instructions de la première lettre-réseau et précise la priorisation qu'il convient d'appliquer dans l'étude des droits des différentes catégories d'assurés. Par ailleurs, elle détaille les moyens alloués aux caisses, sous forme de CDD pour faire face à cette charge supplémentaire de travail (l'estimation était de 1 313 mois de CDD).
- la lettre-réseau LR/DDO/34/2009 du 25 février 2009 présente des supports d'accompagnement à la mise en œuvre des nouvelles dispositions réglementaires. Un module de formation à destination des techniciens a été réalisé afin de rappeler les notions de droits et de maintien de droits, de présenter la démarche de mise en œuvre du premier palier.
- la lettre-réseau LR/DDO/114/2009 du 21 juillet 2009 qui a mis en place un dispositif de suivi.

Dans une circulaire du 30 mars 2007 (circulaire n° 2007-049), le RSI a informé ses caisses des nouvelles règles de gestion des droits et du mode de basculement, à l'expiration du maintien de droits, d'un assuré du régime social des indépendants vers la CMU de base : les droits ne sont pas fermés tant que le dossier de CMU de base n'est pas régularisé par la CPAM.

### *1.3.1.3 Les probables impacts des nouvelles règles de gestion des droits*

La réduction de la durée des droits et du maintien de droits a eu (et continue d'avoir) pour effet de faire apparaître un nombre important de bénéficiaires dont les droits sont à justifier. Or, dans la majorité des cas, les droits à justifier peuvent ou pourront être justifiés.

Bien que l'absence de droit n'a pas eu de conséquences sur les remboursements, l'un des principaux effets de ces nouvelles dispositions consiste en un accroissement du nombre de bénéficiaires de la CMU de base (gérée uniquement par les CPAM).

En effet, à l'issue de la période de maintien de droits, l'assuré qui ne peut bénéficier des prestations en nature de l'assurance maladie à un autre titre, peut être affilié à l'assurance maladie au titre de la CMU de base. La CMU de base offre ainsi à toute personne résidant sur le territoire français de manière stable et régulière le bénéfice des prestations en nature de l'assurance maladie, dès lors qu'elle n'a droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité.

Par ailleurs, la réduction du maintien de droits pourrait avoir un impact sur les entrées en AME. En effet, les assurés étrangers qui basculent dans l'irrégularité du séjour (titre de séjour non renouvelé) se verront proposer l'AME totale beaucoup plus tôt, soit à l'issue d'une année de maintien de droits, au lieu de quatre auparavant.

### 1.3.2. L'augmentation du nombre de bénéficiaires de CMU de base

- *Deux millions de bénéficiaires fin 2009*

Fin décembre 2009, le cap des deux millions de bénéficiaires est atteint<sup>8</sup>. Entre décembre 2008 et décembre 2009 l'évolution des effectifs est de + 40,5 %. L'augmentation rapide des effectifs début 2009 illustre le basculement important de bénéficiaires de l'assurance maladie au titre d'autres régimes vers la CMU de base. Cette évolution est contemporaine de l'application des textes sur la durée d'attribution des droits (passage de 4 ans à 1 an).

*Évolution des effectifs de la CMU de base depuis décembre 2008*

Date	Métropole & Dom		Métropole		Dom	
2008 déc	1 506 699	0,93%	1 240 550	1,16%	266 149	-0,14%
2009 janv	1 537 325	2,03%	1 269 881	2,36%	267 444	0,49%
2009 févr	1 701 194	10,66%	1 403 531	10,52%	297 663	11,30%
2009 mars	1 755 950	3,22%	1 458 132	3,89%	297 818	0,05%
2009 avr	1 776 304	1,16%	1 476 826	1,28%	299 478	0,56%
2009 mai	1 794 374	1,02%	1 493 975	1,16%	300 399	0,31%
2009 juin	1 833 882	2,20%	1 532 086	2,55%	301 796	0,47%
2009 juil	1 913 339	4,33%	1 605 622	4,80%	307 717	1,96%
2009 août	1 943 066	1,55%	1 633 262	1,72%	309 804	0,68%
2009 sept	1 975 924	1,69%	1 664 005	1,88%	311 919	0,68%
2009 oct	2 000 274	1,23%	1 688 942	1,50%	311 332	-0,19%
2009 nov	2 041 729	2,07%	1 728 903	2,37%	312 826	0,48%
2009 déc	2 116 786	3,68%	1 796 514	3,91%	320 272	2,38%

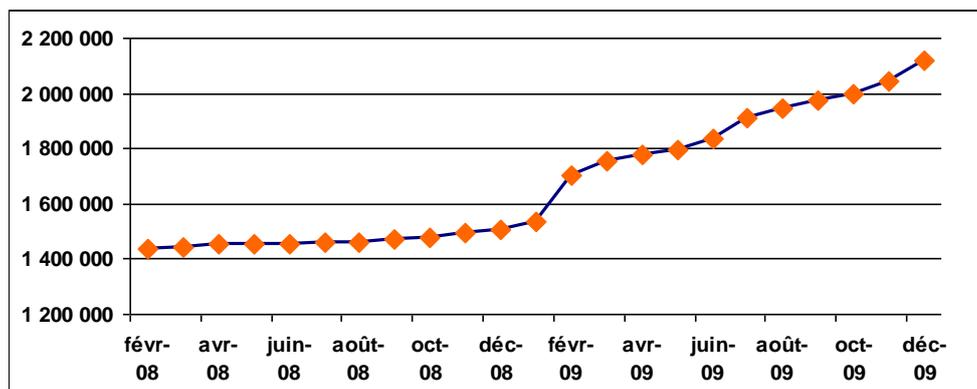
*Sources : CNAMTS – Evolution : mois m/mois m-1*

Un historique des effectifs de la CMU de base depuis février 2008<sup>9</sup> illustre toutefois que le nombre des bénéficiaires avait déjà commencé à progresser avant le saut de février 2009.

<sup>8</sup> Données évaluées. Il convient de tenir compte d'un coefficient d'évaluation surestimé, en lien avec les fortes variations de février, mars et avril 2009.

<sup>9</sup> Le nouveau mode de requête sur les effectifs de la CMU de base et de la CMU-C est devenu effectif à partir de février 2008. Pour les effectifs antérieurs, de 2005 à janvier 2008, les données connues ont fait l'objet d'une rétropolation. Pour une analyse fine de la progression des effectifs, il est donc préférable de partir des chiffres obtenus à partir des nouvelles requêtes.

### Évolution des effectifs de la CMU de base depuis février 2008



Sources : CNAMTS

### 1.3.3. Le non recours à la CMU-C

- *Un tiers des bénéficiaires de la CMU de base au titre du RMI/RSA « socle » ne fait pas valoir ses droits à la CMU complémentaire*

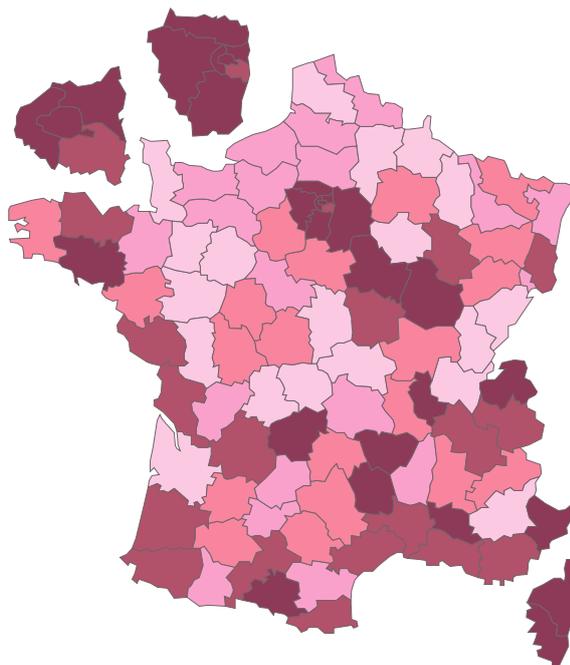
Les bénéficiaires du RMI / RSA socle peuvent accéder de plein droit à la CMU-C, dans la mesure où ils remplissent les formulaires de demande et de choix pour la gestion de leurs droits par le régime général ou un organisme complémentaire. Lorsque ces personnes ne peuvent être affiliées à un autre titre, elles relèvent de la CMU de base au titre du régime 806.

Au 30 septembre 2009, pour l'ensemble du territoire, sur 1 436 361 bénéficiaires de la CMU de base au régime 806, on dénombrait 446 374 non bénéficiaires de la CMU-C, soit 31,1 %. En métropole, ce chiffre global recouvre une grande dispersion entre les départements, le pourcentage allant de 9,5 % à 49,8 %, avec une moyenne de 29,1 %. Dans les départements d'outre-mer, la dispersion se situe entre 22,4 % et 37,7 %.

Non recours 806	
Min	9,5%
Médiane	27,2%
Moyenne	29,1%
Max	49,8%

Couleur	Pourcent non recours		Nombre
	>= 35,2%	<= 49,8%	20
	>= 30,4%	< 35,2%	19
	>= 25,6%	< 30,4%	19
	>= 23,0%	< 25,6%	19
	>= 9,5%	< 23,0%	19
			<b>96</b>

Source : CNAMTS



Enfin, on mesure que si la forte évolution des effectifs de la CMU de base au début de l'année 2009 s'est également traduite par une augmentation du non recours à la CMU-C, un retour vers l'équilibre s'amorce depuis.

La CNAMTS qui se penche plus particulièrement sur l'accès aux droits des personnes les plus fragiles dans le cadre de sa nouvelle convention d'objectifs et de gestion et le Fonds CMU a lancé trois études sur ce thème en 2010. Ces investissements devraient donc déboucher sur des éléments de connaissance plus qualitatifs et des réponses concrètes au problème du non recours.

- ***La consommation de soins des bénéficiaires de la CMU de base, non bénéficiaires de la CMU-C***

Une étude de la CNAMTS indique qu'il est probable que les bénéficiaires de la CMU de base au titre du RMI/RSA, qui n'ont pas recours à la CMU-C, soient en partie des personnes qui ne rencontrent pas de gros problèmes de santé. Le besoin de soins importants serait donc, pour ces profils de bénéficiaires, l'élément déclencheur d'une demande ultérieure de complémentaire maladie. Pour exemple, au total, la part de la population Rmiste relevant de la CMU de base, mais ne disposant pas de CMU-C, hors ALD, tout en consommant régulièrement des médicaments n'est que de 3 à 4 %.

## 2. LES DÉPENSES RESTENT CONTENUES

### 2.1. L'évolution modérée des dépenses de la CMU-C

La dépense moyenne pour la part complémentaire des bénéficiaires de la CMU-C est évaluée pour 2009<sup>10</sup> à 417,97 €, métropole et dom, en droits constatés, pour la CNAMTS (y compris SLM). Elle n'évolue que de + 2,60 % par rapport à la même dépense pour 2008. On ne peut donc pas parler d'une quelconque dérive dans l'évolution des dépenses des bénéficiaires de la CMU-C.

#### 2.1.1. Au niveau des dépenses globales

La dépense globale pour la CNAMTS en 2009 est estimée à 1 405 401 993 € en droits constatés. Sa très faible augmentation par rapport à 2008 s'explique par la légère baisse des effectifs et par une maîtrise rigoureuse de la dépense. Pour le RSI et la MSA, on observe le même mouvement, une baisse plus accentuée des effectifs se répercutant sur la dépense.

*Évolution de la dépense globale, métropole et dom, en droits constatés, CNAMTS, RSI, MSA*

	2006	2007	2008	2009	Évolution 2007-2008
<b>CNAMTS</b>	1 390 965 476,91 €	1 443 355 706,87 €	1 401 991 001,49 €	1 405 401 993,59 €	0,2%
<b>RSI</b>	42 573 730,69 €	47 859 527,32 €	50 053 466,54 €	49 542 007,63 €	-1,0%
<b>MSA</b>	40 803 083,28 €	42 523 264,07 €	40 552 261,98 €	38 296 094,62 €	-5,6%

*Sources : CNAMTS, RSI, MSA*

<sup>10</sup> En droits constatés, il faut attendre les chiffres de l'année n-1 pour obtenir un coût définitif. Pour exemple, on connaît le montant de la dépense payée en 2009 au titre de l'exercice en 2009, mais il faudra attendre le 31 décembre 2010 pour connaître le montant de la dépense payée en 2010 au titre de l'exercice antérieur à 2009. Le montant 2008 est donc maintenant définitif et le montant 2009 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.

- **Écart sur la dépense totale année n-1 entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C**<sup>11</sup>

L'écart baisse entre 2007 et 2008. Il représente le ratio entre les dépenses moyennes des bénéficiaires de la CMU-C et celles des autres bénéficiaires du régime général en 2008, hors ALD, à structure d'âge et de sexe identique. Cette baisse de l'écart global est due à une baisse de l'écart au niveau de la dépense hospitalière.

En moyenne, à âge et sexe identique, hors ALD, un bénéficiaire de la CMU-C a une dépense supérieure de 58 % à celle d'un assuré non bénéficiaire. Mais il faut rappeler que l'écart de consommation se concentrerait sur le dernier décile de la population. Pour mémoire, l'analyse de la consommation de soins par décile de la population de l'EPAS reprise dans le deuxième rapport d'évaluation de la loi CMU de décembre 2003, soulignait que pour les autres déciles, la consommation d'un bénéficiaire de la CMU-C n'est en moyenne supérieure que de 2% à celle des autres patients du régime général.

*Écart sur la dépense totale entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C, CNAMTS*

		2005	2006	2007	2008
<b>Ecart dépense ville + hôpital n-1</b>	<b>%</b>	63	68	68	<b>58</b>

Source : CNAMTS

### 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 2009<sup>12</sup> est de 417,97 €, métropole et dom, en droits constatés, pour la CNAMTS. En 2008, la dépense moyenne est de 407,37 €, pour l'ensemble du territoire, soit 413,89 € pour la métropole et 367,86 € pour les départements d'outre-mer. Depuis les plus fortes progressions en 2006 et en 2007, liées à une augmentation des forfaits dentaire et optique et un rattrapage de la dépense hospitalière, l'évolution reste stable et modérée en 2008 et 2009.

<sup>11</sup> Source : EPAS (échantillon au 1/600ème).

Montants en base de remboursement au titre du régime obligatoire, tous risques, pour l'année de soins 2008 (liquidation connue jusqu'à fin décembre 2009). Bénéficiaires du régime général, hors SLM, y compris DOM, ayant consommé des soins de santé (ville et hôpital, à l'exclusion des consultations externes) au cours de l'année 2008 et n'étant pas en ALD. Dans les bases de données de l'assurance maladie, les consultations externes sont valorisées et individualisées pour les bénéficiaires de la CMU alors qu'elles ne le sont généralement pas pour les autres bénéficiaires. Le ratio entre la dépense moyenne remboursable des CMUistes et celle des non CMUistes serait donc surévalué si on n'excluait pas les consultations externes du champ des dépenses à prendre en compte. Un bénéficiaire est considéré comme n'étant pas en ALD s'il n'a eu aucun remboursement avec exonération du ticket modérateur pour cause d'ALD au cours de l'année 2008. De même, un bénéficiaire est considéré comme affilié à la CMU-C s'il a eu au moins un remboursement en tant que bénéficiaire de la CMU-C au cours de l'année 2008. La structure d'âge par tranches de 10 ans et sexe des bénéficiaires de la CMU-C est appliquée aux non bénéficiaires de la CMU-C pour calculer le ratio.

<sup>12</sup> En droits constatés, il faut attendre les chiffres de l'année n-1 pour obtenir un coût définitif. Pour exemple, on connaît le montant de la dépense payée en 2009 au titre de l'exercice en 2009, mais il faudra attendre le 31 décembre 2010 pour connaître le montant de la dépense payée en 2010 au titre de l'exercice antérieur : 2009. Le montant 2008 est donc maintenant définitif et le montant 2009 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 du coût moyen, métropole et dom, en droits constatés, pour la CNAMTS*

		2005	2006	2007	2008	2009
<b>Coût moyen</b>	€	359,28 €	382,94 €	397,93 €	407,37 €	417,97 €
<b>Évolution part complémentaire</b>	%	-	6,59	3,91	2,37	2,60

Source : CNAMTS

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 la part des bénéficiaires les mieux intégrés socialement. 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. Il convient enfin de préciser que la prise en compte de modes de décomptes plus affinés pour les effectifs du RSI et de la MSA (voir effectifs 2009) relèverait sensiblement le coût moyen pour le RSI et abaisserait celui de la MSA.

*Dépenses par régime, CNAMTS, RSI, MSA, métropole, 2008, droits constatés*

	CNAMTS	RSI	MSA	RSI/ CNAMTS	MSA/ CNAMTS
<b>Effectifs moyens</b>	2 954 033	146 824	103 480	5,0%	3,5%
<b>Dépense totale</b>	1 222 653 204,88 €	46 843 318,91 €	39 490 599,20 €	3,8%	3,2%
<b>Dépense moyenne</b>	413,89 €	319,04 €	381,63 €	77,1%	92,2%
<b>Ville</b>	302,28 €	259,45 €	303,01 €	85,8%	100,2%
<b>Hôpital</b>	111,61 €	59,59 €	78,62 €	53,4%	70,4%
<b>Pourcentage ville</b>	73,0%	81,3%	79,4%		
<b>Pourcentage hôpital</b>	27,0%	18,7%	20,6%		

Sources : CNAMTS, RSI, MSA

L'évolution du coût moyen entre 2007 et 2008 ne marque pas d'anomalie, pour les trois principaux régimes (+ 2,3 % pour la CNAMTS en métropole). La dépense de ville évolue légèrement plus vite que la dépense globale pour le RSI, + 0,7 %, ce qui s'explique par les pratiques sociales des bénéficiaires.

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

	2006	2007	Évolution 2006-2007	2008	Évolution 2007-2008
<b>CNAMTS</b>	390,25 €	404,72 €	3,7%	413,89 €	2,3%
<b>RSI</b>	311,70 €	317,22 €	1,8%	319,04 €	0,6%
<b>MSA</b>	335,22 €	366,49 €	9,3%	381,63 €	4,1%

Sources : CNAMTS, RSI, MSA

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

	2006	2007	Évolution 2006–2007	2008	Évolution 2007–2008
<b>CNAMTS</b>	280,57 €	296,03 €	5,5%	302,28 €	2,1%
<b>RSI</b>	252,24 €	257,77 €	2,2%	259,45 €	0,7%
<b>MSA</b>	268,12 €	292,92 €	9,2%	303,01 €	3,4%

Sources : CNAMTS, RSI, MSA

▪ **Dépense moyenne par poste pour la CNAMTS**

En droits constatés<sup>13</sup>, la dépense moyenne pour la ville est estimée à 302,28 € en 2009, pour la CNAMTS, en métropole,. Elle augmente de + 2,1 % par rapport à 2008. En trésorerie, cette même dépense est de 308,02 €, avec une évolution en ACM<sup>14</sup> de + 1,9 %. Pour rappel, l'ONDAM<sup>15</sup> pour la dépense de ville en décembre 2009 est de + 2,7 %. L'évolution de la dépense moyenne pour la CMU-C reste donc inférieure à l'évolution de la dépense de l'ensemble des assurés de la CNAMTS. En ce sens, l'écart sur la dépense totale entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C a également tendance à baisser entre 2008 et 2007.

La dépense se répartit entre 73 % pour la ville et 27 % 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 antérieur, qui seront versés en 2010.

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

<sup>13</sup> Pour l'année N les droits constatés sont estimés. Ils sont composés de la dépense définitive, au titre de l'exercice, et de la provision passée par le régime, pour la dépense au titre des exercices antérieurs.

<sup>14</sup> ACM : Année complète mobile, soit le rapport 2008/2009 si l'on se situe en décembre 2009.

<sup>15</sup> ONDAM : Objectifs nationaux des dépenses Assurance maladie, Progression sur les montants en trésorerie, en données brutes, ACM, pour la métropole

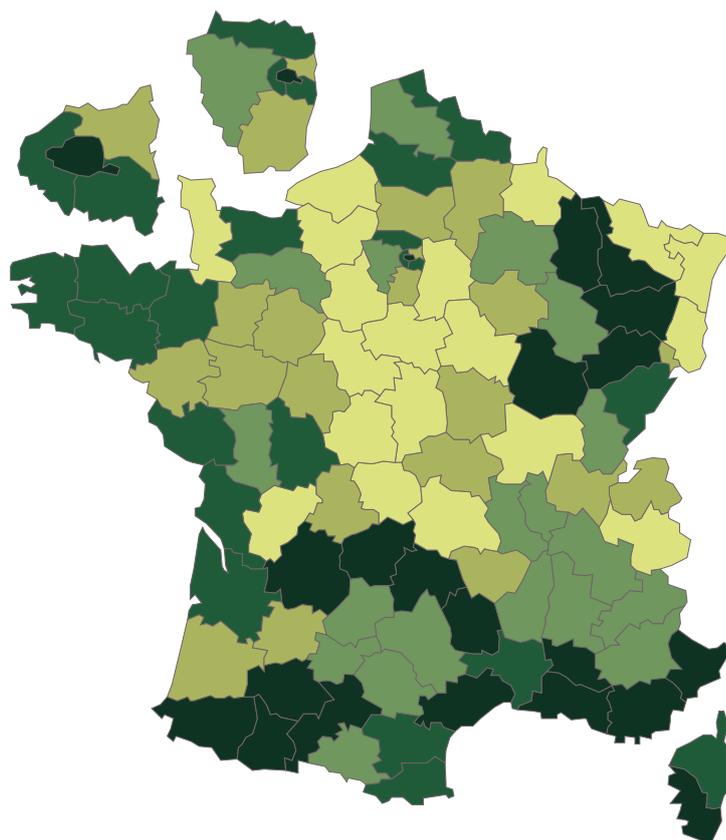
	2006	2007	2008
<b>Dépense totale</b>	390,25 €	404,72 €	<b>413,89 €</b>
<b>Ville</b>	280,57 €	296,03 €	302,28 €
<b>Pourcentage Dépense Ville</b>	71,9%	73,1%	73,0%
<b>Total des trois principaux postes</b>	177,40 €	187,09 €	187,94 €
<b>Médicaments</b>	97,35 €	97,37 €	95,35 €
<b>Honoraires des généralistes</b>	43,71 €	45,86 €	47,45 €
<b>Forfaits proth. dentaires</b>	36,34 €	43,86 €	45,14 €
<b>Hôpital</b>	109,68 €	108,69 €	111,61 €
<b>Pourcentage Dépense Hôpital</b>	28,1%	26,9%	27,0%
<b>Honoraires</b>	79,31 €	74,27 €	73,12 €
<b>Forfait journalier</b>	30,37 €	34,42 €	38,49 €

Source : CNAMTS

▪ *Moyennes de la dépense par bénéficiaire et par département*

En 2008, en métropole, la moyenne de la dépense dans les départements est de 409,67 €, en droits constatés. Aux deux extrêmes, le département des Ardennes, présente un coût moyen de 281,29 €, mais décompte un coût négatif pour la dépense hospitalière, certainement du à une régularisation au titre d'exercices antérieurs, et le département de la Lozère doit son coût moyen de 1 014,87 €, à une concentration d'établissements de longs séjours. Si l'on neutralise ces deux départements, le coût moyen en métropole oscille en réalité entre 304,16 € et 595,45 €. En affinant un peu plus, il ressort que, parmi les dix-neufs départements du quintile le plus élevé, hors Lozère, ceux-ci comptent une dépense de ville élevée dans le Sud, la Corse et Paris, ou chiffrent une dépense hospitalière importante, pour les départements voisins de la Lozère et pour les départements plus à l'Est. 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.

Dépense moyenne par départements en droits constatés, métropole, 2008, CNAMTS



	Coût moyen
<b>Min</b>	281,29 €
<b>Médiane</b>	398,20 €
<b>Moyenne</b>	409,67 €
<b>Max</b>	1 014,87 €

Couleur	Montants	Nombre
■	>= 430,29 € <= 1 014,87 €	20
■	>= 405,19 € < 430,29 €	19
■	>= 386,14 € < 405,19 €	19
■	>= 367,01 € < 386,14 €	19
■	>= 281,29 € < 367,01 €	19
		<b>96</b>

Source : CNAMTS

Dans les départements d'outre-mer, le coût moyen s'échelonne entre 211,46 € en Martinique et 517,87 € en Guyane.

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

- *Un forfait en deça du coût moyen*

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.

*Évolutions des forfaits et des coûts moyens<sup>16</sup>*

<b>France entière (sauf MSA)</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Montant du forfait	305 €	340 €	340 €	340 €	370 €
Evolution		11,7%	0,0%	0,0%	8,8%
CNAMTS (y compris SLM)	359,28 €	382,94 €	397,93 €	407,37 €	417,97 €
Evolution		6,6%	3,9%	2,4%	2,6%
CCMSA métropole	314,18 €	335,22 €	366,49 €	381,63 €	395,00 €
Evolution		6,7%	9,3%	4,1%	3,5%
RSI	300,87 €	311,53 €	316,10 €	318,49 €	320,00 €
Evolution		3,5%	1,5%	0,8%	0,5%
Organismes complémentaires	301,00 €	314,00 €	336,00 €	353,00 €	371,00 €
Evolution		4,3%	7,0%	5,1%	5,1%

*Sources : CNAMTS, RSI, MSA, OC*

La prise en charge des dépenses des gestionnaires de contrats CMU 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 2009 (il s'agit d'une prévision), le RSI reste « bénéficiaire », le montant de ses dépenses étant inférieur au forfait. Si les dépenses des organismes complémentaires sont proches du forfait, celles du régime agricole et surtout du régime général s'en éloignent.

En 2009, le régime général gérant environ 3 millions de bénéficiaires de CMU-C et supportant presque 48 € de dépenses par bénéficiaire, on évalue à 144 M€ le montant à la charge de la CNAMTS au titre de la CMU-C.

<sup>16</sup> Le coût moyen pour les OC est évalué pour 2008 et 2009. Le coût moyen pour les régimes est évalué pour 2009

## **2.2. Le coût de l'ACS reste minime**

### **2.2.1. Un coût global, une dépense moyenne faible**

Le coût global de l'ACS est très faible puisque sur l'année 2009, il s'élève à 110 millions d'euros (87 millions en 2008), correspondant à la couverture de 490 000 personnes en moyenne. Ce chiffre peut-être comparé à celui définitif (qui inclut les régularisations) de la CMU-C gérée par les OC en 2008 et qui s'élevait à 200 millions d'euros.

Sur la base des déclarations à la contribution CMU mentionnant le nombre de bénéficiaires et le montant correspondant sur chaque trimestre (ou plus précisément au 28 février, 31 mai, 31 août et 30 novembre), la dépense moyenne augmente progressivement pour passer de 223 à 228 euros, augmentation due aux effets des revalorisations engagées à partir d'août (voir partie 2.2.2.). Le chiffre de 228 euros peut également être rapproché de celui du montant du forfait CMU (370 euros). Le montant de 500 euros attribués aux 60 ans et plus, dépasse désormais largement le montant du forfait CMU mais ce dernier est on le sait, loin de couvrir, en moyenne, le montant de la part complémentaire, pour cette partie de la population.

### **2.2.2. Des mesures nouvelles qui prendront leur plein effet en 2010**

L'aide complémentaire santé n'avait fait l'objet d'aucune revalorisation de son montant depuis 2006. L'année 2009 a été marquée par deux revalorisations et la création d'une nouvelle tranche d'attribution.

Tout d'abord, en réponse au reste à charge et au taux d'effort élevés requis pour l'acquisition d'une complémentaire santé pour les personnes âgées (cf. partie 1.2.3. du présent rapport sur l'enquête prix/contenus des contrats ACS), l'article 58 de la loi Hôpital Patients Santé et Territoires, publiée le 22 juillet 2009, a augmenté le montant de l'ACS pour les personnes âgées de plus de 60 ans, faisant ainsi passer l'aide de 400 à 500 €.

Inspirée du même rapport, une nouvelle tranche d'attribution a été créée par la loi HPST pour les personnes âgées de 50 à 59 ans. Le montant désormais alloué est de 350 € au lieu de 200 €.

Le 29 septembre 2009, le Président de la République a dévoilé dans son Plan Jeunes, un ensemble de mesures en faveur des jeunes, dont le doublement de l'ACS pour les 16-24 ans, pour lesquels il relevait que 15 % d'entre eux n'avaient pas de complémentaire santé contre 7 % dans le reste de la population.

Cette mesure a été mise en oeuvre par l'article 133 de la loi de finances pour 2010. Les attestations d'ACS délivrées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010 octroieront donc aux personnes âgées de 16 à 24 ans une aide financière de 200 € au lieu des 100 € antérieurement attribués.

Ces trois mesures ne prendront leur plein effet qu'au cours du second semestre 2010.

## 3. LES COMPTES DU FONDS CMU SONT ÉQUILIBRÉS

### 3.1. Une recette dynamique : la contribution des OC

#### 3.1.1. Une évolution globale importante

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

Les données ainsi obtenues permettent de reconstituer un chiffre d'affaires santé des OC déclaré auprès des URSSAF et du Fonds CMU.

On notera que la déclaration de l'assiette de la contribution CMU 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).

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 1<sup>er</sup> trimestre 2010 (alors que cette cotisation figurera dans ses comptes 2009).

L'examen des chiffres montre un marché de la complémentaire santé qui continue de connaître une progression sensible, de presque 6 % en 2009 par rapport à 2008 :

	Mutuelles	IP	Assurances	Total assiette	Evol / N-1
<b>2003</b>	12 128 659 59,23%	3 809 369 18,60%	4 538 497 22,16%	20 476 525 100,00%	
<b>2004</b>	13 366 910 59,02%	4 040 936 17,84%	5 238 847 23,13%	22 646 693 100,00%	10,60%
<b>2005</b>	14 452 273 59,07%	4 224 606 17,27%	5 788 273 23,66%	24 465 152 100,00%	8,03%
<b>2006</b>	15 319 183 58,82%	4 379 284 16,82%	6 344 136 24,36%	26 042 603 100,00%	6,45%
<b>2007</b>	15 951 164 58,27%	4 694 627 17,15%	6 728 646 24,58%	27 374 437 100,00%	5,11%
<b>2008</b>	16 432 579 57,10%	5 008 679 17,40%	7 337 975 25,50%	28 779 233 100,00%	5,13%
<b>2009</b>	16 955 320 55,65%	5 344 197 17,54%	8 168 173 26,81%	30 467 690 100,00%	5,87%

<b>Evolution 2009 / 2003</b>	39,80%	40,29%	79,98%	48,79%
----------------------------------	--------	--------	--------	--------

<b>Evolution 2009 / 2008</b>	3,18%	6,70%	11,31%	5,87%
----------------------------------	-------	-------	--------	-------

Source : Fonds CMU - Déclarations à la contribution CMU

Le marché a progressé de 73 % depuis 2001.

L'année 2009 a été particulière en ce sens où elle a connu une augmentation sensible du taux de la contribution CMU, passée de 2,5 % à 5,9 % à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2009. Cela n'a pas été sans conséquences sur les modalités déclaratives des OC. Profitant de ce changement, certains OC ont effectué des transferts d'« opportunité », visant à gonfler la fin de l'année 2008 au détriment du début de l'année 2009. Le Fonds a été et demeure particulièrement attentif à ces situations. Les transferts d'opportunité ainsi recensés sont chiffrés à près de 350 millions d'euros. Une trentaine d'OC ont été questionnés dont trois sont à l'origine de 85 % des montants identifiés.

Sur les chiffres affichés, leurs effets ont naturellement été neutralisés évitant une « rupture » dans la série statistique.

### 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 une évolution continue. La part des sociétés d'assurance s'accroît lentement mais constamment depuis 2001 (+ 5,8 points) et ce, au détriment principalement des mutuelles, dans une moindre mesure des institutions de prévoyance (- 4,7 points pour les mutuelles, - 1,1 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 121 % entre 2001 et 2009. Dans le même temps, les mutuelles et les institutions de prévoyance ne connaissent qu'une évolution de respectivement + 60 % et + 63 %.

En 2009, le nombre d'organismes s'établit à 781. 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 653, les sociétés d'assurance de 93, le nombre d'institutions de prévoyance s'élève quant à lui à 35 (respectivement 748, 92 et 36 en 2008).

Les institutions de prévoyance représentent près de 18 % de ce marché alors qu'elles regroupent 4,5 % du nombre des organismes. Il s'agit dans l'ensemble de grandes institutions de complémentaire santé (30 des 35 institutions de prévoyance ont une assiette supérieure à 10 millions d'euros dont 15 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 12 % des organismes, réalisent 27 % du marché. Une différenciation plus grande existe au sein de ce type d'organisme. 55 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 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 84 % 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 se substitue (dite substituante). Le nombre de mutuelles intervenant en complémentaire santé dépasse donc en réalité celui affiché par le Fonds CMU.

Sur 2009, 207 mutuelles (205 en 2003) déclarent une assiette supérieure à 10 millions d'euros (dont 34 à plus de 100 millions d'euros contre 19 en 2003). Les autres déclarent une assiette moyenne de 2,5 millions d'euros.

En terme d'assiette, au sein de la mutualité, on identifie trois grands blocs de tailles équivalentes : les mutuelles interprofessionnelles (FNMI) représentent 29 % du marché, la mutualité fonction publique (MFP) et les autres mutuelles FNMF 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 (11 % des organismes cotisants et 29 % de l'assiette totale) et surtout celles de la MFP (respectivement 3,5 % 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 (19 % des organismes pour 5 % de l'assiette).

Le marché de la complémentaire santé connaît depuis plusieurs années une phase de concentration caractérisée par deux constats : la chute du nombre d'organismes ainsi que la croissance de la part des groupes consolidés dans le chiffre d'affaires santé des organismes complémentaires. Les six principaux groupes consolidés, qui dépassent le milliard d'euros d'assiette déclarée, représentent 25 % du marché de la complémentaire santé :

*En millions d'euros*

<b>Nature</b>	<b>Nom Groupe</b>	<b>Assiette 2009</b>
Assurance	Groupe Groupama - Gan	1 580
IP + mutuelles	Groupe Malakoff-Médéric	1 320
Assurance	Groupe AXA	1 317
Mutuelle	MGEN	1 225
IP + mutuelles	Groupe AG2R	1 193
IP	BTP prévoyance - CNPBTP	1 104

*Source : Fonds CMU - Déclarations à la contribution CMU*

### 3.1.3. Un premier exercice sur la situation financière des OC

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009 a chargé le Gouvernement de présenter au Parlement un rapport annuel sur la situation financière des organismes complémentaires santé. Le premier rapport, rédigé par la DREES à partir des informations transmises par l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM) et le Fonds CMU est disponible sur le site du Fonds et celui du ministère. Les évaluations de ce rapport s'avèrent délicates : problèmes de champ, difficultés à extraire des résultats spécifiquement santé, mauvaise qualité de certaines données, etc. C'est pourquoi la dernière partie du document propose une amélioration du système de collecte des données.

- *Un poids de l'activité santé très variable selon le type d'OC*

La DREES souligne que lorsque les mutuelles assurent une couverture santé, « elles le font presque exclusivement de toute autre activité alors qu'à l'inverse les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance ouvrent plus largement leurs offres aux autres couvertures en dommages corporels (invalidité, incapacité et dépendance) ».

Sur le champ restreint des OC contribuant au financement du Fonds CMU et pour l'année 2007, le poids de la santé dans l'ensemble de l'activité s'établit de la manière suivante, selon la nature de l'organisme : 6 % pour les sociétés d'assurance vie ; 16 % pour les sociétés d'assurance non vie ; 47 % pour les institutions de prévoyance ; 91 % pour les mutuelles.

Au sein de l'activité spécifiquement santé, on note que 82 % des contrats sont collectifs pour les institutions de prévoyance, 73 % pour les sociétés d'assurance vie et mixte, 26 % pour les sociétés d'assurance non vie et 25 % pour les mutuelles. Or, comme le souligne la DREES sur la base de son enquête annuelle sur les contrats les plus souscrits, « cela n'est pas sans conséquences sur le niveau des garanties proposées ». Les garanties des contrats collectifs sont en effet généralement d'un niveau supérieur à celles des contrats individuels.

En outre, le rapport fait ressortir des différences significatives de coûts relatifs entre les contrats collectifs et les contrats individuels. Quel que soit le type d'organisme assureur, le ratio « charges de prestations [sinistres + frais de gestion sur sinistre] / primes » des contrats collectifs est supérieur à celui des contrats individuels. Ce constat vaut tant pour les dommages corporels que pour la santé. Seule exception, la couverture santé des institutions de prévoyance mais dont on sait qu'elle ne couvre en individuel que des contrats collectifs de groupes ouverts.

Les contrats collectifs apparaissent donc plus avantageux pour les assurés, et ce « d'autant plus que les frais de gestion relatifs aux versements des prestations sont relativement moins élevés pour les contrats collectifs que pour les contrats individuels ».

## ▪ Les résultats des organismes complémentaires santé

L'évolution en 2008 de la situation financière globale des organismes assurant une complémentaire santé apparaît contrastée : selon l'ACAM, les plus touchés par la crise financière sont ceux pour lesquels l'activité vie (le risque dépend de la durée de vie, exemple : retraite) est prédominante du fait de moins values latentes significatives et d'un recul de l'activité vie engagé au cours de l'année 2007, qui s'est accentué en 2008. Le secteur de l'assurance non-vie a, en revanche, été en partie préservé : « les garanties couvertes à court terme nécessitent moins d'immobilisations d'actifs financiers. Les opérations non-vie ont d'ailleurs connu une vive progression en 2008 (+ 5,8 % contre + 1 % en 2007) ».

Si on se concentre cependant sur la partie dommages corporels afin de cerner plus précisément l'activité santé, on constate un résultat technique en baisse en 2008 pour les institutions de prévoyance et les mutuelles, baisse particulièrement marquée pour les dommages corporels collectifs.

L'activité « dommages corporels » des sociétés d'assurance « non vie » et « vie et mixte » (qui ne représente cependant qu'une faible part du résultat de ces dernières) n'a en revanche pas été touchée par la crise. Le résultat technique dommages corporels, tant en niveau qu'en pourcentage des primes, a même progressé pour ces sociétés entre 2007 et 2008.

Selon la DREES, l'« analyse détaillée des comptes montre que le maintien du résultat technique en dommages corporels des sociétés d'assurance en 2008 à son niveau de 2006-2007 est la conséquence de deux effets de sens contraires : une baisse des produits financiers compensée par une moindre progression des prestations versées ».

S'agissant des institutions de prévoyance et des mutuelles, « la baisse des produits financiers s'est par contre reportée intégralement sur le résultat technique. Plus faible initialement que celui des sociétés d'assurance, le résultat technique en dommages corporels avoisine zéro pour les institutions de prévoyance et moins de 400 millions d'euros pour les mutuelles, alors qu'il était respectivement de 300 millions d'euros et de 800 millions d'euros en moyenne en 2006 et 2007 ».

- **L'approche par le ratio de couverture bilantielle de la marge de solvabilité**

Si on complète l'analyse précédente par une approche par les taux de couverture bilantielle (rapport des fonds propres, augmentés des plus values latentes des actifs admis en couverture), à la marge minimum de solvabilité, on obtient les résultats suivants :

(%)	2006	2007	2008
Sociétés d'assurance vie et mixte + <i>plus values latentes</i>	102,0 355,4	105,6 282,1	119,3 165,8
Sociétés d'assurance non vie + <i>plus values latentes</i>	342,3 562,8	352,3 593,7	311,9 401,5
Mutuelles + <i>plus values latentes</i>	420,8 437,2	365,8 378,0	363,9 367,8
Institutions de prévoyance + <i>plus values latentes</i>	414,3 490,3	491,3 567,7	499,0 514,6

Dans un article présentant le rapport, Protection sociale Information (N° 710, 28 octobre 2009) cite un expert du dossier pour qui « ces chiffres laissent penser que les complémentaires disposent de quelques marges, bien qu'ils recouvrent de grandes disparités dans chaque catégorie », et que de nouvelles contraintes se profilent avec Solvabilité II<sup>17</sup>.

- **Des ratios de gestion différents selon les organismes**

Pour la couverture des risques dommages corporels, globalement, les charges de gestion (charges de gestion des sinistres plus frais d'acquisition et frais d'administration) rapportées aux primes s'élèvent à plus 30 % pour les sociétés d'assurance non-vie contre 12 % seulement pour les institutions de prévoyance, et 16 % pour les mutuelles.

- **Des données statistiques améliorées à partir de 2010**

Le rapport de la DREES souligne les difficultés pour obtenir des données de qualité.

Trois arrêtés publiés en décembre 2009 (le 22 décembre pour les entreprises d'assurance, le 31 décembre pour les mutuelles et les institutions de prévoyance) instaurent à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, l'obligation pour les OC de remonter des états statistiques annuels détaillés, relatifs à l'activité de protection sociale complémentaire et en particulier, les frais de santé.

Les informations attendues, d'une grande précision, enrichiront utilement le rapport de la DREES ainsi que notre connaissance du monde de la couverture complémentaire santé.

---

<sup>17</sup> Solvabilité II est une réforme réglementaire européenne du monde de l'assurance. Son objectif est de mieux adapter les fonds propres exigés des compagnies d'assurances et de réassurance avec les risques que celles-ci encourent dans leur activité.

## 3.2. Les comptes du Fonds CMU retracent enfin la réalité économique

### 3.2.1. Une modification législative

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a modifié la formulation des dépenses du Fonds CMU en faveur des organismes complémentaires (passage du terme « versement aux OC » à celui de « montant des déductions » dans l'article L. 862-2 du code de la sécurité sociale). Ainsi, comme l'avait demandé le conseil d'administration du Fonds, les comptes du Fonds ne contracteront plus les écritures relatives à la contribution des OC et aux déductions CMU-C et ACS. La présentation budgétaire et comptable des prévisions et des résultats du Fonds CMU représenteront ainsi la réalité économique de ces mouvements (en dehors des mouvements liés aux provisions).

Le Fonds CMU avait demandé à plusieurs reprises cette modification.

### 3.2.2. Un résultat excédentaire

Les comptes du Fonds CMU pour l'année 2009 présentent un résultat positif de 19 millions d'euros (M€). Compte tenu du report à nouveau constaté fin 2008 (+ 83 M€), le solde cumulé au 31 décembre 2009 s'élève à 101 M€ (compte tenu des arrondis).

#### ANNEE 2009

*En millions d'euros*

Charges		Produits	
Paiement aux régimes de base	1 429		
Déduction des organismes complémentaires	323	Contribution des organismes complémentaires	1 791
Dotations aux provisions	98	Reprises sur provisions	79
Gestion administrative	1		
Résultat (excédent)	19		
<b>Total des charges</b>	<b>1870</b>	<b>Total des produits</b>	<b>1870</b>

Source : Fonds CMU

## RECAPITULATIF DES COMPTES DU FONDS

*En millions d'euros*

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Produits</b>										
Dotation de l'Etat	800	889	1 150	970	1 037	695	346	109	47	0
Taxe alcool						386	404	480	349	0
Taxe tabac							217	411	372	0
Contribution ACS						13	40	65	87	0
Contribution des organismes complémentaires	247	223	223	245	291	302	492	494	569	1791
Reprises sur provisions		94	159	143	202	22	25	35	28	79
<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>1870</b>
<b>Charges</b>										
Paieement aux régimes de base	908	1 189	1 164	1 210	1 357	1 270	1 438	1 442	1 263	1346
Versement à la CNAMTS du RAN <sup>18</sup>										83
Organismes complémentaires	10	22	47	62	73	78	81	88	80	323
Annulation produits antérieurs					2					
Dotations aux provisions	94	159	143	202	22	25	35	28	79	98
Gestion administrative	0,5	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>1559</b>	<b>1 423</b>	<b>1 851</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>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>

### 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 sont équilibrés par des produits à recevoir : en 2009 par la contribution des OC versée le 15 février de l'année n + 1.

<sup>18</sup> RAN : report à nouveau au 31/12/n-1

	Réalisation (solde)	Dépenses	Recettes	Commentaires
1-janv.-09	<b>101 143 818</b>			
8-janv.-09	<b>99 974 968</b>	1 168 850		Budget de gestion administrative
9-janv.-09	<b>49 974 968</b>	50 000 000		Acompte CNAMTS
19-janv.-09	<b>49 717 822</b>	257 146		Paiement aux organismes complémentaires
2-févr.-09	<b>44 724 090</b>	4 993 727		Paiement aux organismes complémentaires
6-févr.-09	<b>32 987 150</b>	11 736 940		Paiement aux organismes complémentaires
10-févr.-09	<b>31 412 862</b>	1 574 288		Paiement aux organismes complémentaires
16-févr.-09	<b>17 597 027</b>	120 000 000	106 184 165	Versement aux régimes/Contribution OC - ACOSS
17-févr.-09	<b>14 265 393</b>	3 331 634		Paiement aux organismes complémentaires
13-mars-09	<b>14 150 350</b>	126 069	11 026	Paiement et remboursement OC
28-mars-09	<b>14 016 800</b>	133 550		Régularisation 2008 petits régimes
3-avr.-09	<b>8 162 840</b>	5 853 960		Régularisation 2008 RSI
27-avr.-09	<b>7 761 915</b>	400 925		Paiement aux organismes complémentaires
4-mai-09	<b>6 419 130</b>	1 342 780		Paiement aux organismes complémentaires
7-mai-09	<b>2 693 808</b>	3 725 322		Paiement aux organismes complémentaires
14-mai-09	<b>1 757 533</b>	955 910	19 635	Paiement et remboursement OC
15-mai-09	<b>21 923 148</b>	455 009 910	475 175 524	Versement aux régimes/Contribution OC - ACOSS
26-mai-09	<b>21 452 594</b>	470 554		Paiement aux organismes complémentaires
29-mai-09	<b>19 399 023</b>	2 053 571		Régularisation ACS CNAMTS
30-mai-09	<b>17 318 138</b>	2 083 945	66 810	Paiement et remboursement OC
16-juin-09	<b>16 247 562</b>	1 134 326	11 475	Paiement et remboursement OC
29-juin-09	<b>15 569 834</b>	689 203		Paiement aux organismes complémentaires
6-juil.-09	<b>13 125 034</b>	2 444 800		Acomptes et régularisations régimes spéciaux
15-juil.-09	<b>12 744 234</b>	381 055	255	Paiement et remboursement OC
30-juil.-09	<b>9 348 119</b>	3 396 115		Paiement aux organismes complémentaires
17-août-09	<b>13 748 751</b>	320 000 000	324 403 280	Versement aux régimes/Contribution OC - ACOSS
18-août-09	<b>10 286 641</b>	3 462 111	4 250	Paiement et remboursement OC
11-sept.-09	<b>10 234 540</b>	56 351	13 940	Paiement et remboursement OC
23-sept.-09	<b>8 553 245</b>	1 695 235		Paiement aux organismes complémentaires
22-oct.-09	<b>8 124 541</b>	428 704		Paiement aux organismes complémentaires
29-oct.-09	<b>6 898 344</b>	1 226 197		Paiement aux organismes complémentaires
4-nov.-09	<b>1 104 110</b>	5 794 219		Paiement aux organismes complémentaires
6-nov.-09	<b>700 998</b>	403 112		Paiement aux organismes complémentaires
16-nov.-09	<b>29 665 403</b>	332 000 000	360 964 405	Versement aux régimes/Contribution OC - ACOSS
19-nov.-09	<b>28 150 563</b>	1 519 621	4 781	Paiement et remboursement OC
20-nov.-09	<b>11 150 563</b>	17 000 000		Régularisation 2008 partielle CNAMTS
4-déc.-09	<b>10 996 903</b>	278 941	17 700	Paiement et remboursement OC
15-déc.-09	<b>7 440 087</b>	3 449 235		Régularisation et acompte ENIM
18-déc.-09	<b>7 337 492</b>	102 595		Paiement aux organismes complémentaires

Source : Fonds CMU

## 4. LES ACTIVITÉS DU FONDS CMU

### 4.1. Le quatrième rapport d'évaluation de la loi

La réalisation du quatrième rapport d'évaluation de la loi CMU a constitué un travail important pour la petite équipe du Fonds CMU.

Le rapport a été adressé au ministère de la Santé début juillet 2009. Il est disponible sur le site du Fonds CMU. On peut se contenter de ne reprendre ici que l'essentiel du rapport.

Les dispositifs de la CMU complémentaire et de l'aide pour une complémentaire santé (ACS) permettent à 5 millions de personnes d'accéder à une complémentaire santé. Parmi elles, un enfant ou jeune de moins de 20 ans sur dix bénéficie de la CMU-C.

Ces deux dispositifs n'ont certes pas fait disparaître les inégalités sociales de santé qui reposent sur des facteurs multiples, mais on peut penser qu'ils sont des vecteurs déterminants pour les réduire. C'est pourquoi le non recours à l'ACS, même si le nombre de ses bénéficiaires a fortement augmenté, reste une question à résoudre. De même, les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C doivent continuer à faire l'objet d'un traitement attentionné.

Les principales propositions du rapport sont donc relatives à ces deux points. Synthétiquement : se donner les moyens d'actions efficaces vis-à-vis des bénéficiaires potentiels de l'ACS ; se donner de réels et nouveaux outils pour combattre les refus de soins.

Dans le cadre ce rapport d'évaluation, la direction de la sécurité sociale avait demandé au Fonds CMU de constater les efforts réalisés en matière de refus de soins. Le Fonds CMU a donc confié à l'IRDES la réalisation d'un testing dont l'objectif était de mesurer les refus de soins de plusieurs catégories de praticiens libéraux (861 professionnels de santé exerçant à Paris), à l'égard des bénéficiaires de la CMU complémentaire.

La méthodologie :

La méthode utilisée est celle d'un testing scientifique qui a fait objet d'une analyse statistique et qualitative (analyse des échanges téléphoniques recueillis lors du testing). L'échantillon est représentatif des praticiens libéraux parisiens dans les 5 catégories choisies, soit omnipraticiens, gynécologues médicaux, ophtalmologues, radiologues et chirurgiens dentistes, constitué à partir du fichier Améli de la sécurité sociale (fichier en ligne à destination des usagers).

Deux protocoles sont mis en oeuvre, les appels sont passés par des acteurs professionnels.

Le « protocole de base » a pour ambition de mesurer le taux de refus et d'analyser les déterminants du refus. Il comporte deux scénarii (donc deux appels téléphoniques).

Le premier scénario consiste à appeler le professionnel de santé ou son secrétariat en annonçant que l'on est bénéficiaire de la CMU-C (pour un premier rendez-vous).

Lorsqu'il y a un refus non clairement imputable à la CMU-C ou une proposition de rendez-vous à très long terme, un second appel est passé par un autre acteur ne donnant pas d'information sur sa couverture sociale (scénario ordinaire) : il s'agit alors de vérifier si les informations données sont exactes et ne constituent pas un refus déguisé.

Le « protocole d'exploration », sans annonce, vise à explorer la méthode du testing et évaluer le protocole de base. Il comprend un scénario dans lequel l'acteur appelle sans donner d'information sur sa couverture sociale mais en suggérant une origine sociale populaire. La réponse recueillie est comparée à celle du protocole de base.

Les résultats :

Les principales données sont présentées dans le tableau suivant.

		Nombre de praticiens contactés	% refus totaux (brut)	% refus imputables (brut)	% refus imputables (pondérés)
Dentistes		98	37,76	31,6	31,6
Généralistes	s. 1	131	12,21	9,2	19,4
	s. 2	86	38,37	32,6	
Ophtalmologues	s. 1	55	23,64	9,1	28,1
	s. 2	99	34,34	31,3	
Gynécologues	s. 1	23	26,09	17,4	38,1
	s. 2	102	50,98	40,2	
Radiologues	s. 1	123	4,07	4,1	5,2
	s. 2	144	6,94	6,3	
Ensemble		861	23,93	19,3	25,5

L'analyse quantitative porte sur 861 réponses de praticiens. La première colonne de pourcentage (pourcentages totaux) permet de mesurer les difficultés d'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire. Celles-ci apparaissent majeures pour la gynécologie (d'autant que les gynécologues en secteur 1 sont peu nombreux à Paris) et restent importantes en ophtalmologie et pour les soins dentaires.

La seconde colonne (refus imputables) mesure le taux de refus en rapport avec le fait que le patient bénéficie de la CMU complémentaire. Il varie en fonction des catégories professionnelles. Les analyses réalisées (régressions logistiques) permettent de faire émerger un certain nombre de déterminants du refus de soins. Le secteur de conventionnement est une des composantes majeures du refus, c'est-à-dire que les médecins de secteur 2 refusent significativement plus que leurs confrères du secteur 1. Les dentistes ont un comportement comparable aux médecins du secteur 2. Les radiologues, quel que soit le secteur, refusent significativement moins que les autres catégories professionnelles. De même, les praticiens non équipés de lecteur de la carte vitale refusent significativement plus que leurs confrères équipés. Les taux de refus sont également liés aux arrondissements classés en fonction du revenu moyen par habitant.

Ces taux ne varient pas quelle que soit la personne qui répond au téléphone (professionnel, secrétariat).

L'analyse qualitative rejoint et confirme les résultats de l'analyse statistique quant aux origines du refus. Les discours mettent en avant la question du dépassement d'honoraires qui ne peut être appliqué aux patients bénéficiant de la CMU complémentaire et les refus sont fréquemment justifiés par l'absence d'équipement du praticien.

Le scénario sans annonce montre que quand le patient n'annonce pas qu'il détient la CMU, dans la majorité des cas, il a plus de chances d'obtenir un rendez-vous que quand il prévient.

Aucun testing n'est comparable à l'autre et ils ne peuvent être jugés représentatifs du comportement de l'ensemble des 120 000 médecins généralistes, spécialistes et dentistes à l'égard des 4 300 000 bénéficiaires de la CMU. Il n'en reste pas moins qu'ils démontrent une convergence remarquable vers une conclusion identique : malgré une condamnation unanime de tous les acteurs de ce dossier, le refus de soins existe et son ampleur ne saurait être qualifiée de marginale et anecdotique.

Les nouvelles dispositions de l'article 1110-3 du code de la santé publique, issues de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, prévoient désormais que toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre concerné.

Une conciliation doit être menée dans les trois mois qui suivent la réception de la plainte, par une commission mixte composée en parité de représentants de l'ordre concerné et de l'organisme local d'assurance maladie.

Les modalités d'application du nouvel article L. 1110-3 doivent être définies par décret.

Dans ce 4ème rapport d'évaluation, nombre d'éléments permettent d'éclairer certains aspects de la loi CMU qui ont, sinon prêté le flanc à critiques, du moins servi à véhiculer des idées reçues, idées en bonne partie entachées d'inexactitudes.

« La CMU complémentaire coûte cher ». Avec un coût moyen dans le régime général de 407 € en 2008 pour une complémentaire santé de bonne facture, il est difficile de considérer la CMU-C comme onéreuse. De plus, aucune dérive n'est constatée puisque l'évolution de ce coût moyen est inférieure à celle de l'ONDAM ainsi que déjà démontré.

« La CMU est un facteur de fraude ». Sans prétendre que la fraude n'existe pas, le rapport expose d'abord que tous les outils existent pour la combattre hors les résultats montrent son caractère marginal (220 cas pour la CMU de base, 588 pour la CMU-C en 2008 soit 1,5 % des cas de fraude, ce qui représente moins de 800 000 €).

« Les bénéficiaires de la CMU ne respectent pas le parcours de soins ». Ils sont pourtant plus nombreux à avoir choisi un médecin traitant (86,5 % au 31 mars 2009) que les autres assurés sociaux (84,6 %).

## 4.2. Le colloque sur les 10 ans de la CMU

Le colloque organisé par le Fonds CMU et la Chaire santé de Science-Po, le 8 septembre 2009, à l'occasion des 10 ans de la loi CMU, a réuni 240 personnes. Les actes du colloque ont été édités dans la collection Verbatim santé, publiée par les Editions de santé et les Presses de Sciences Po.

La salle Pierre Laroque du ministère de la santé et des sports a, pour la matinée, accueilli deux tables rondes. Même si la CMU constitue un progrès reconnu par tous, la première, animée par Pierre Micheletti, ancien président de Médecins du monde, pointait les obstacles dans l'accès aux soins malgré la CMU. L'accès aux droits sociaux n'épuise en effet pas toutes les problématiques de l'accès aux soins, et encore moins celles du droit à la santé. Tout en insistant sur l'importance de la CMU qui a fait entrer dans le droit commun plus de 4 millions de personnes, des témoignages ont montré que, pour la frange la plus exclue de la population, des difficultés demeuraient dans l'accès aux soins. Etrangers en situation irrégulière, personnes sans-domicile ou fragilisées par la maladie, en particulier mentale, ont toujours un accès difficile aux soins. Le non recours au droit à la CMU-C (un million de personnes), les effets de seuil résolus partiellement par l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, les refus de soins, ont été cités comme des ombres à un tableau qui pourrait de prime abord paraître par trop idyllique. La diversité des 50 permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et les difficultés administratives de fonctionnement de celles-ci (relations avec les services instructeurs de l'ouverture de droits, etc.) ont été pointées. L'action résolue des associations, à la création de la CMU à travers le collectif Alerte, comme aujourd'hui, a été soulignée.

La seconde table ronde, animée par Didier Tabuteau, conseiller d'Etat, a apporté des regards croisés sur la réforme de 1999. Un premier point de vue d'outre-Atlantique (Steven Ekovitch, professeur à l'Université américaine de Paris) a montré comment les débats actuels aux Etats-Unis entrent en résonance avec la mise en place de la CMU, même si les modes de raisonnements sont bien différents. Une intéressante radioscopie de la CMU à partir de l'étude des médias (Alexandra Nacu, chercheuse associée au Centre de sociologie des organisations) montre comment les débats peuvent se déplacer : du discours sur la création, par la CMU, d'une trappe à pauvreté supplémentaire au moment de la discussion de la loi, à la question des refus de soins aujourd'hui. Enfin, Daniel Le Scornet, ancien président de la FMF, a exposé sa vision des rapports entre CMU et mutualisme.

L'après-midi était animée par Pascal Beau, directeur de la revue « Espace social européen ». La séance a débuté par une fresque historico-juridique, dressée par Didier Tabuteau, conseiller de Martine Aubry, ministre en 1999, balayant la période allant des ordonnances de 1945 à la loi de 1999. Réforme symbole du contrat social, l'innovation majeure de la loi fut la création de la CMU-C, complémentaire santé gratuite, accompagnée de la dispense d'avance de frais et de la mise en place de tarifs opposables.

Puis Frédéric Van Roekeghem, directeur général de la CNAMTS et Gilles Johannet, président du Comité maladie accident de la FFSA, ont échangé sur ce nouveau défi qu'a représenté la CMU pour l'assurance maladie et les organismes complémentaires. Au-delà de la CMU, la discussion a beaucoup porté sur la place des complémentaires dans la gestion du risque santé.

Chantal Cases, directrice de l'IRDES et Caroline Despres, chercheuse associée de l'IRDES ont ensuite présenté le testing réalisé par l'Irdes pour le compte du Fonds CMU (cf. Références CMU n° 36). Face au constat de la persistance de ces refus de soins à l'encontre de bénéficiaires de la CMU, particulièrement pour les spécialistes de secteur 2 et les dentistes, Christian Saout (président du CISS) et Michel Chassang (président de la CSMF) ont condamné ces pratiques. Mais si le représentant des associations a regretté la disparition dans la loi HPST des mesures coercitives à l'encontre des médecins fautifs, celui des médecins a insisté sur la nécessité de trouver des solutions aux difficultés rencontrées par les médecins : tarifs insuffisants (médecins secteur 2, dentistes), difficultés administratives pour être payés, etc.

Jean-François Chadelat, dressant un panorama de 10 années de CMU, a insisté sur le fait qu'avec la CMU ou l'ACS, les plus démunis de nos concitoyens peuvent accéder au même système de soins que tous ; que l'important est d'avoir évité que se crée une médecine pour pauvres, et que, pour cette raison, la question des refus de soins demeure un des problèmes majeurs à résoudre.

Madame la ministre de la santé et des sports, Roselyne Bachelot-Narquin, a pu alors conclure le colloque en rappelant que si la CMU-C constitue un progrès considérable, elle ne prend tout son sens et toute sa valeur que dans le cadre d'une politique globale de réduction des inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins. L'axe majeur de l'action gouvernementale consiste donc à garantir à l'ensemble de nos concitoyens un égal accès à des soins de qualité.

## 4.3. Les autres activités du Fonds

### 4.3.1. 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 :

Objectif 1 : garantir l'accès aux soins des personnes disposant de faibles ressources

Objectif 2 : renforcer le contrôle du dispositif de la CMU-C et améliorer la gestion du risque

#### *Objectif 1 : garantir l'accès aux soins*

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

Ce sous-indicateur exprime la satisfaction « sanitaire » à travers la notion de « non-renoncement aux soins ». On suppose ici que la satisfaction sera d'autant plus grande que l'assuré n'aura pas dû renoncer à des soins, pour des raisons financières, entre autres. Nous précisons que, dans le cadre précis de cet indicateur, le « renoncement » signifie que la personne n'a pas consulté un médecin ou un dentiste au cours des deux dernières années. Pour affiner la question d'un renoncement pour des raisons financières, des travaux sont en cours, en 2010, entre le Fonds CMU et le CETAF.

Les données sont issues des questionnaires distribués aux consultants des CES<sup>19</sup> du CETAF<sup>20</sup>. Depuis 2006, le CETAF produit des données redressées, afin de rétablir les écarts entre la population des bénéficiaires et celle des non bénéficiaires de la CMU-C. Avec ces trois années de recul, il nous semble plus pertinent de retenir les données redressées. Nous insérerons également la série de données non redressées pour rappel.

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 la fin de l'année n (2009) pour l'année n-1 (2008). Pour 2008, il est de **6,45**. Il baisse régulièrement, le taux de non recours pour les bénéficiaires de la CMU-C diminuant légèrement, pendant que celui des non bénéficiaires augmente.

<sup>19</sup> CES : personnes venant effectuer un bilan de santé dans un Centre d'examen de santé

<sup>20</sup> CETAF : Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé de la caisse nationale des travailleurs salariés (CNAMTS)

*Moyennes des taux de non recours, écarts entre les moyennes*

	2006	2007	2008
<b>CMUC</b>	19,61	19,45	19,15
<b>Non CMUC</b>	12,39	12,55	12,70
<b>Écart</b>	<b>7,23</b>	<b>6,90</b>	<b>6,45</b>

Source CETAF

Le non recours au dentiste génère l'écart le plus élevé entre les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMU-C mais, s'il est 3 fois plus important que le non recours au médecin pour les bénéficiaires de la CMU-C, il l'est presque 4 fois plus pour les non bénéficiaires.

*Non recours au dentiste*

	2006	2007	2008
<b>CMUC</b>	29,50	29,30	29,20
<b>Non CMUC</b>	19,60	19,80	20,00
<b>Écart</b>	<b>9,90</b>	<b>9,50</b>	<b>9,20</b>

Source CETAF

*Non recours au médecin*

	2006	2007	2008
<b>CMUC</b>	9,72	9,60	9,10
<b>Non CMUC</b>	5,17	5,30	5,40
<b>Écart</b>	<b>4,55</b>	<b>4,30</b>	<b>3,70</b>

Pour rappel, nous indiquons les évolutions des taux de non recours en données non redressées, telles qu'elles ont été transmises les années précédentes.

*Évolutions des taux de non recours en données non redressées*

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Non recours Médecin</b>	<b>CMUC</b>	13,24	12,13	12,23	11,35	11,81	10,81	10,42	10,30	9,50
	<b>Non CMUC</b>	7,27	6,94	7,02	6,14	6,13	5,76	5,52	5,60	5,50
	<b>Écart</b>	5,97	5,19	5,21	5,21	5,68	5,05	4,90	4,70	4,00
<b>Non recours Dentiste</b>	<b>CMUC</b>	33,00	30,53	30,29	29,39	30,25	29,62	30,08	29,80	29,00
	<b>Non CMUC</b>	20,16	18,95	18,92	18,07	18,53	18,28	18,08	18,40	18,80
	<b>Écart</b>	12,84	11,58	11,37	11,32	11,72	11,34	12,00	11,40	10,20
<b>Moyenne Non Recours</b>	<b>CMUC</b>	23,12	21,33	21,26	20,37	21,03	20,22	20,25	20,05	19,25
	<b>Non CMUC</b>	13,72	12,95	12,97	12,11	12,33	12,02	11,80	12,00	12,15
	<b>Écart</b>	9,41	8,39	8,29	8,27	8,70	8,20	8,45	8,05	<b>7,10</b>

Source CETAF

▪ *Ecart de santé global*

Ce sous-indicateur est déterminé par l'écart entre 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 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 2009 pour l'année 2008.

Nous avons, comme pour le renoncement aux soins, fait le choix de mettre en avant les données redressées depuis 2006 et d'indiquer en rappel les données brutes depuis 2000.

La note de santé perçue pour 2008 est de **6,73** sur 10, pour les bénéficiaires de la CMU-C et de 7,22 pour les non bénéficiaires. Elle augmente, après une baisse en 2007, pendant que la note pour les non bénéficiaires reste presque stable, ainsi l'écart bénéficiaires /non bénéficiaires de la CMU-C continue de baisser.

*Notes de santé perçue, écarts entre les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMU-C*

	2006	2007	2008
<b>CMUC</b>	6,61	6,57	6,73
<b>Non CMUC</b>	7,23	7,20	7,22
<b>Écart</b>	0,62	0,63	0,49

Source CETAF

Rappel des données non redressées.

*Évolutions des notes de santé perçue en données non redressées*

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

Source CETAF

▪ **Poids des organismes complémentaires participant au dispositif CMU-C**

Cet indicateur représente le rapport entre le chiffre d'affaire des OC inscrits sur les arrêtés préfectoraux, regroupant les organismes volontaires à la gestion de la CMU-C, avec celui du nombre d'OC cotisant au Fonds CMU.

Le taux de 87,1 % en 2009 et en très légère hausse par rapport au taux de 86,8 % de 2008.

Le bond de 2008, 86,8 % par rapport à 52,5 % en 2007, est lié au fait, qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008, il était prévu que la gestion de la CMU-C devienne l'un des critères qui permette l'exonération du paiement de l'impôt sur les sociétés et de la taxe professionnelle sur le chiffre d'affaires santé pour les OC.

2005	2006	2007	2008	2009
52,4%	52,7%	52,5%	86,8%	<b>87,1%</b>

Les pourcentages des CA par types d'organismes complémentaires montrent la même stabilité entre 2008 et 2009, à l'intérieur de chaque catégorie.

	2005	2006	2007	2008	2009	Évolution 2008/2009
<b>Mutuelle</b>	52,1%	52,3%	51,9%	90,8%	91,6%	0,8%
<b>Assurance</b>	68,6%	68,1%	67,0%	79,1%	78,8%	-0,4%
<b>Institution de Prévoyance</b>	31,1%	31,9%	33,9%	85,2%	85,4%	0,2%
<b>Total CA</b>	52,4%	52,7%	52,5%	86,8%	<b>87,1%</b>	0,3%

Sources : Organismes complémentaires – Fonds CMU

*Objectif 2 : renforcer le contrôle du dispositif de la CMU-C et améliorer la gestion du risque*

- **Rapport entre le nombre de divergences constatées entre les ressources déclarées et les ressources vérifiées auprès de la DGFIP ou de la CAF**

Ce sous-indicateur relatif, au contrôle des ressources, a pour objectif de mesurer le taux de contrôles des dossiers des bénéficiaires de la CMU-C et le taux de divergences décelées par rapport aux ressources déclarées.

Les contrôles sont effectués à partir des échanges avec les fichiers des CAF (CAFPRO) et avec la DGFIP.

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

Source CNAMTS

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

Source CNAMTS

- **Rapport entre le nombre de bénéficiaires à consommation atypique et le nombre total des bénéficiaires de la CMUC ayant fait l'objet d'un contrôle de carte vitale**

Ce sous-indicateur a pour objectif de mesurer le bon usage de la carte Vitale. Le taux de signalement en 2009, 1,25 %, est légèrement supérieur aux 1,22 % de 2008 et le taux de divergence passe de 0,82 % en 2008 à 3,14 % en 2009. Là aussi, il faut tenir compte de la participation, en 2009, de davantage de caisses à forts effectifs de bénéficiaires de la CMU-C et gérant une grande quantité de dossiers complexes.

	2008	2009
<b>Contrôle carte Vitale – Taux de signalement (D/E)</b>	1,22%	1,25%
<b>Contrôle carte Vitale – Taux de divergence (F/D)</b>	0,82%	3,14%

Source CNAMTS

À l'origine, un seuil de consommation de soins > 1 000 € avait été décidé. S'il avait été respecté, les résultats auraient été voisins de 0. Ce qui signifie donc que le nombre de 1 289 facturations incohérentes recouvre principalement de faibles montants.

	2008	2009
<b>D Nombre de bénéficiaires CMU-C ayant fait l'objet d'un signalement de carte Vitale opposable</b>	25 695	40 991
<b>E Nombre total de bénéficiaires CMU-C</b>	2 107 052	3 287 419
<b>F Nombre de bénéficiaires CMU-C ayant fait l'objet de facturations incohérentes</b>	210	1 289

### 4.3.2. Le contrôle du nombre de bénéficiaires

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 relatives 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** : 45 contrôles ont été réalisés en 2009. 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 ainsi que pour l'ACS.

**Le contrôle approfondi à partir des attestations de droit** : ce contrôle est plus complet que celui du simple examen de la liste des bénéficiaires puisqu'au-delà, on 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.

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 issu des déclarations auprès du Fonds CMU. On constate un taux de divergence dépassant 5 % sur les trois premiers trimestres 2008, et qui redescend ensuite sur les trois premiers trimestres 2009, autour de 3 %.

On suppose donc une sur-déclaration des OC, que le plan annuel de contrôle 2009 a eu pour but de vérifier.

4 contrôles approfondis ont été mis en œuvre en 2009. Ces contrôles ont permis de constater un taux d'anomalies de 1,33 %, taux qui peut atteindre 2% en comptabilisant les cas où l'OC est dans l'incapacité de produire les attestations de droits (14 attestations sur 300 contrôlées).

Les anomalies ne concernent que 2 des 4 OC contrôlés.

Ce taux de 2 % est donc proche du taux de divergence.

Pour l'ACS, le contrôle d'attestations a posé problème dans un seul cas. Toutefois, il s'agit d'une situation spécifique dont il convient de ne pas tenir compte pour le chiffrage du taux d'anomalies définitif, qui ressort donc à 0 sur ce champ. Ce constat, identique aux années précédentes est assez logique puisqu'à la différence de la CMU-C, c'est l'OC et non la caisse qui ouvre le droit. Par ailleurs, le caractère responsable des contrats de couverture complémentaire santé concernés a été vérifié et confirmé sur le groupe d'OC.

Le travail réalisé par le Fonds CMU est conduit en étroite collaboration avec les Urssaf, le premier pouvant en particulier signaler des situations nécessitant une intervention de l'Urssaf. L'implication de ces dernières est d'ailleurs en constante croissance dans le temps. Le nombre de contrôle augmente, les inspecteurs Urssaf disposent de formations et d'outils d'analyse affinés pour mener à bien leur mission. On rappellera, qu'outre les déductions, les Urssaf contrôlent également l'assiette de la contribution qui a représenté, d'ailleurs, plus de 70 % du montant des redressements opérés en 2008.

### 4.3.3. La communication du Fonds

Par la diffusion de nombreuses données statistiques, de précisions et de mises au point impliquant les dispositifs de la CMU complémentaire et de l'ACS, le Fond 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 de données 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 son caractère synthétique, le site est une base de renseignements pour les assurés, qui peuvent, en outre, avoir accès aux formulaires de demande et à la liste des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU complémentaire.

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 maximum sauf interrogation juridique de la DSS). 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.

En moyenne, 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 2009, on comptabilise 710 552 visites, soit une augmentation d'environ 25 % par rapport à 2008.

- ***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 les données relatives au nombre de bénéficiaires, au coût des dispositifs, les actualités juridiques. Elle est l'occasion de mettre en lumière les études ou les rapports ayant trait à la CMU ou à l'ACS.

A partir des bordereaux de déclaration de contribution à la CMU adressés chaque trimestre au Fonds, cette lettre publie les assiettes de la contribution des organismes complémentaires, permettant ainsi un suivi des évolutions financières de ceux-ci.

Chaque numéro est téléchargeable sur le site du fonds CMU.

- ***L'annuaire statistique***

Présenté en annexe du rapport d'activité, ce document regroupe, de façon exhaustive, toutes les données statistiques relatives à la CMU-C, à l'ACS (effectifs, dépenses des bénéficiaires, évolutions annuelles, mensuelles, plafonds d'attribution, budget du Fonds CMU) et à la CMU de base (évolutions des effectifs).

## LISTE DES ANNEXES

---

1. LES MISSIONS DU FONDS CMU
2. PRÉSENTATION DE LA CMU ET DE L'ACS
3. TEXTES 2009 RELATIFS A LA CMU ET A L'ACS
4. COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
5. CONSEIL DE SURVEILLANCE
6. ORGANIGRAMME DU FONDS CMU
7. L'ACTUALITÉ DES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ

## ANNEXE 1 : LES MISSIONS DU FONDS CMU

Le Fonds, qui finance le volet complémentaire de la couverture maladie universelle (CMU-C) et assure la gestion de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) est un établissement public administratif de l'Etat. En 2009, son financement est assuré par une contribution à laquelle sont assujettis les organismes d'assurance complémentaire intervenant dans le domaine des soins de santé sur leur chiffre d'affaire santé (5,9 %) et par une dotation budgétaire de l'Etat (inscrite à 0 pour cette année).

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

Dans les deux cas, un bénéficiaire de la CMU-C ouvre droit pour le gestionnaire à un forfait (fixé à 370 € pour l'année 2009). Pour les régimes, la somme de ces forfaits leur est versée par le Fonds. Pour les organismes complémentaires, les forfaits viennent en déduction du montant de leur contribution au financement de la CMU-C.

Les organismes complémentaires déduisent également de leur contribution le montant de l'aide complémentaire santé dont leurs assurés bénéficient. Le cas échéant, les organismes d'assurance santé complémentaire (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance) reçoivent le remboursement de la somme qui leur est due quand le montant de la contribution est inférieur à celui de la somme des déductions.

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

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

Le Fonds réalise ainsi plusieurs rapports (prix et contenus des contrats ACS, coût moyen de la part complémentaire CMU-C). En 2009, il a également été missionné pour réaliser le rapport d'évaluation de la loi.

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.

En 2009, différentes études ont été rendues publiques (elles sont disponibles sur le site internet du Fonds CMU).

En juillet 2009, le Fonds CMU a rendu public le rapport d'un testing relatif aux refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU. Dans la lettre du Directeur de la Sécurité Sociale missionnant le Fonds CMU pour la réalisation du quatrième rapport d'évaluation, il était demandé plusieurs développements spécifiques, dont « une appréciation des efforts entrepris par les différents acteurs en vue de lutter contre les refus de soins ». Le Fonds CMU a donc commandé à l'IRDES la réalisation d'une nouvelle enquête par testing. Celui-ci a été effectué à la fin de l'année 2008 auprès de 861 médecins ou dentistes de Paris intra-muros. Elle fait de nouveau apparaître un taux de refus de soins élevé.

Une seconde étude, commandée par le Fonds CMU, a été menée par Brigitte Frotiée, chercheuse au CNRS. Elle aborde les difficultés administratives entre les caisses d'assurance maladie et les professionnels de santé dans le cadre de la mise en application de la CMU complémentaire. L'idée était de percevoir dans quelle mesure les difficultés rencontrées par les professionnels de santé pouvaient être à l'origine des refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire. L'étude montre le caractère extrêmement limité de ces difficultés et les responsabilités partagées entre les différents acteurs (professionnels de santé, caisses, assurés).

Le Fonds a enfin une fonction d'information : l'objectif est la diffusion des nombreuses données statistiques qu'il recueille ainsi que des précisions et mises au point qu'impliquent les dispositifs CMU-C et ACS (cf. partie 4.3.3.).

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 et qui ne peut s'ouvrir des droits à un autre titre de bénéficiaire des prestations en nature du régime général. Elle est gérée uniquement par les caisses primaires d'assurance maladie.

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 supérieur, 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 les personnes habitent normalement) ou son lieu de séjour principal (présence effective de plus de 180 jours au cours de l'année civile).

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 résidents 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.

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 hospitalier, c'est-à-dire de la part non prise en charge par l'assurance maladie. En outre, il est tenu de faire l'avance des frais, il est soumis au paiement de la participation forfaitaire de 1 € et aux franchises médicales portant sur les médicaments, les transports sanitaires, et les actes réalisés par un auxiliaire médical.

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 9 020 € de ressources annuelles (plafond fixé pour la période allant du 1<sup>er</sup> octobre 2009 au 30 septembre 2010), la cotisation due s'élève à 8%, elle est assise sur la part des revenus excédant le plafond de 9 020 €.

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

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

- ***La CMU-C (CMU complémentaire)***

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 1<sup>er</sup> juillet 2009, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 7 521 €. Ce plafond est majoré de 11,3 % dans les départements d'outre-mer.

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 complémentaire, l'ensemble des ressources du foyer perçues au cours des douze mois précédant la demande est pris en compte, y compris certaines prestations familiales, les allocations diverses, les revenus des 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 2009, le montant mensuel du forfait logement pour une personne seule bénéficiaire d'une aide au logement est de 54,56 €, 55,21 € en 2010).

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 (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, la personne 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 complémentaire est accordée pour un an, elle prend en charge le ticket modérateur pour les soins de ville et hospitaliers et le forfait hospitalier. Au delà des tarifs de l'assurance maladie, des forfaits de dépassements pour les 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.

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

La CMU complémentaire 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 du Fonds CMU.

A l'expiration de leur droit à la CMU complémentaire, les bénéficiaires ayant fait le choix d'une gestion par un organisme complémentaire (et uniquement ce dernier) 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 2009), 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 complémentaire santé.

La demande est étudiée par la caisse d'assurance maladie du demandeur et peut être renouvelée chaque année, sous réserve que les conditions d'admission soient satisfaites et que la demande soit formulée dans les deux mois qui précèdent la date de fin de droits.

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.

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 1<sup>er</sup> juillet 2009, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 9 025 €. Ce plafond est majoré de 11,3 % dans les départements d'outre-mer.

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 1<sup>er</sup> janvier 2010, en application de l'article 133 de la loi de finances pour 2010, le montant de l'ACS est porté à 200 € pour les personnes âgées de 16 à 24 ans (mesure applicable pour les décisions rendues à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010).*

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 1<sup>er</sup> 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.

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

### ANNEXE 3 : PRINCIPAUX TEXTES 2009 RELATIFS À LA CMU-C ET À L'ACS

#### TEXTES LEGAUX ET REGLEMENTAIRES

Organismes/Ministères	Statut	Date de signature du texte	Date publication	Libellé
Parlement	Loi n° 2009-1673	30/12/2009	31/12/2009 JORF n°0303	Loi de finances pour 2010 Article 133 : doublement de l'ACS pour les personnes âgées de 16 à 24 ans
Parlement	Loi 2009-1674	30/12/2009	31/12/2009 JORF n° 0303	Loi de finances rectificative pour 2009 Article 96 : fixe la contribution des OC au plan de lutte contre la pandémie grippale à 0,77 % Article 103 : prévoit le maintien de la CMU-C pour les bénéficiaires d'un contrat d'avenir ou d'un contrat CI-RMA jusqu'au terme de leur contrat
Parlement	Loi n° 2009-1646	24/12/2009	27/12/2009 JORF n°0300	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
Parlement	Loi n°2009-879	21/07/2009	22/07/2009 JORF n°0167	Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires Art 54 : relatif aux refus de soins Art 58 : revalorisation des montants de l'ACS
Parlement	Loi n° 2009-526	12/05/2009	13/05/2009 JORF n°0110	Loi de simplification et de clarification du droit et d'allègement des procédures Article 90 : la décision relative au droit à l'aide pour une complémentaire santé peut faire l'objet d'un recours contentieux devant la commission départementale d'aide sociale
Parlement	Loi n°2008-1249	01/12/2008	3/12/2008 JORF n°0281	Loi généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion
Ministère de la santé et des sports	Décret n°2009-1251	16/10/2009	18/10/2009 JORF n°0242	Décret relevant le plafond des ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé
Ministère de la santé et des sports	Décret n°2009-982	20/08/2009	21/08/2009 JORF n°0192	Décret relatif aux pénalités financières prévues à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale et à diverses mesures intéressant la lutte contre la fraude

Organismes/Ministères	Statut	Date de signature du texte	Date publication	Libellé
Ministère de la santé et des sports	Décret n°2009-155	11/02/2009	12/02/2009 JORF n°0036	Décret relatif aux fonctions de directeur du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie
Ministère de la santé et des sports	Arrêté	21/12/2009	31/12/2009 JORF n°0303	Arrêté relatif aux états statistiques des institutions de prévoyance
Ministère de la santé et des sports	Arrêté	21/12/2009	31/12/2009 JORF n°0303	Arrêté relatif aux états statistiques des mutuelles
Ministère de l'économie, de l'industrie et de l'emploi	Arrêté	11/12/2009	22/12/2009 JORF n°0296	Arrêté relatif aux états statistiques des entreprises d'assurances
Ministère de la santé et des sports	Arrêté	28/07/2009	12/08/2009 JORF n°0185	Arrêté fixant pour 2009 le montant du report à nouveau du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie affecté à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
Ministère de la santé et des sports	Arrêté	19/05/2009	28/05/2009 JORF n°0122	Arrêté fixant pour 2009 le montant et la répartition entre les régimes obligatoires d'assurance maladie de la régularisation au titre du financement du dispositif d'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé
Ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique	Arrêté	18/05/2009	23/05/2009 JORF n°0118	Revalorisation du plafond de ressources pour l'accès gratuit à la CMU de base
Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville	Arrêté	05/05/2009	14/05/2009 JORF n°0111	Nomination au conseil d'administration du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture maladie universelle du risque maladie
Ministère de la santé et des sports	Arrêté	03/02/2009	11/02/2009 JORF n°0035	Nomination du directeur du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie
Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville - Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'état - Ministère de la santé et des sports	Circulaire interministérielle N°DSS/2009/367	9/12/2009	BO Protection sociale, Santé, Solidarité n° 1 – 15/02/10	Circulaire relative à la production des pièces justificatives pour l'attribution des prestations servies par les organismes de sécurité sociale

Organismes/Ministères	Statut	Date de signature du texte	Date publication	Libellé
Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville - Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'état - Ministère de la santé et des sports	Circulaire interministérielle N°DSS/2A/2009/181	30/06/2009	BO Protection sociale, Santé, Solidarité n° 7 – 15/08/09	Circulaire relative à la couverture maladie des demandeurs et bénéficiaires du revenu de solidarité active
Minsitère de la justice et Ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique	Circulaire n°09-5/G3	06/05/2009	06/05/2009	Lutte contre la fraude aux prestations sociales
Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville - Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'état - Ministère de la santé et des sports	Circulaire n° DSS/5B/2009/32	30/01/2009	30/01/2009	Circulaire relative aux modalités d'assujettissement aux cotisations et contributions de sécurité sociale des contributions des employeurs destinées au financement de prestations de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire
Ministère de la santé et des sports	Lettre ministérielle	02/11/2009		Précisions sur les modalités d'application des nouveaux montants d'ACS issus de la loi HPST
Ministère de la santé et des sports	Lettre ministérielle	29/05/2009		Lettre ministérielle complétant la circulaire n° DSS/5B/2009/32

**AUTRES TEXTES AYANT RETENU NOTRE ATTENTION**

<b>Organismes/Ministères</b>	<b>Statut</b>	<b>Date de signature du texte</b>	<b>Date publication</b>	<b>Libellé</b>
ACOSS	Lettre collective n°2009-72	21/04/2009		Contribution au financement de la protection complémentaire CMU - Modalités de gestion des déclarations CMU et de traitement des régularisations
CNAMTS	Lettre réseau LR-DDO-114/2009	02/10/2009		Prise en charge des détenus par l'Assurance Maladie
CNAMTS	Lettre réseau LR-DDO-141/2009	22/09/2009		Concours des mutuelles d'étudiants dans les démarches d'obtention de la CMU complémentaire et de l'ACS
CNAMTS	Lettre réseau LR-DDO-114/2009	21/07/2009		Retour d'expérience sur la mise en œuvre des nouvelles règles de gestion des droits par les caisses, axes d'amélioration, et traitements complémentaires à mettre en œuvre
CNAMTS	Lettre réseau LR-DDO-89/2009	09/06/2009		Création d'une offre de service attentionnée pour les personnes bénéficiaires ou susceptibles de bénéficier de la CMU-C
CNAMTS	Lettre réseau LR-DDO-34/2009	25/02/2009		Nouvelles règles de gestion des droits.
CNAMTS	Lettre réseau LR-DDO-6/2009	15/01/2009		Nouvelles règles de gestion des droits. Traitement des fichiers OD-DAS et UNEDIC
CNAMTS	Lettre réseau LR-DDGOS-2/2009	13/01/2009		Accès aux soins des bénéficiaires de la CMUC : dispositif de suivi des 5 % de professionnels de santé recevant le moins de bénéficiaires de la CMU-C

#### 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 7 avril 2009, sous la présidence de Michel Thierry, inspecteur général des affaires sociales. Lors de cette séance, le rapport d'activité 2008 et le compte financier 2008 ont été présentés et approuvés à l'unanimité.

La nouvelle présentation du budget 2009 conforme à la modification prévue par la loi de financement de la sécurité sociale (les comptes du Fonds ne contractent plus les écritures relatives à la contribution des OC et aux déductions CMU-C et ACS) a également été approuvée.

Le conseil d'administration s'est réuni une seconde fois, le 2 octobre 2009. Le budget primitif 2010 a été approuvé, et le conseil a autorisé le directeur à signer les avenants 2010 relatifs aux conventions avec la CNAMTS, la CCMSA, le RSI et l'ACOSS.

## ***Président***

Michel THIERRY  
Inspecteur général des affaires sociales

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

M. Vergé Damien

M. Tassart Christophe

M. Morin Bruno

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

M. Vannieuwenhuyze Nicolas

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 2009, sous la présidence de Jean-Marie Rolland, député de l'Yonne, a étudié le rapport d'activité 2008 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 relatif aux prix et aux contenus des contrats ayant bénéficié de l'ACS en 2008 et de celui sur les coûts moyens des dépenses de CMU-C par bénéficiaire.

C'est le 1<sup>er</sup> décembre 2009 que le conseil de surveillance du Fonds CMU a tenu sa seconde réunion.

Une première discussion s'est ouverte après la présentation du 4<sup>ème</sup> rapport d'évaluation de la loi CMU réalisé par le Fonds à la demande du ministère. La loi a été unanimement saluée comme une avancée sociale de premier ordre. Mais le non recours au droit et les refus de soins ont été cités comme des ombres à cette affirmation.

Le rapport relatif à la situation financière des organismes complémentaires santé (présenté par ailleurs dans ce rapport) réalisé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé (DREES) a été présenté au conseil. Chacun a salué ce premier rapport en insistant toutefois sur la nécessité d'améliorer les systèmes de collecte d'informations pour permettre un jugement approfondi de la réalité financière des complémentaires santé.

Tous ces documents sont disponibles sur le site du fonds CMU.

### ***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

Raymond GALINSKI

Secours catholique

Fabrice MOLLIEUX

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

Cécile CHARTREAU

Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale

Jean-Marie RABO

Médecins du Monde

Bernard MORIAU

ATD Quart Monde

Chantal BLANC

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

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

Michel RÉGEREAU  
Jean BELLET

Régime social des indépendants – RSI

Gérard QUEVILLON  
Odile BARNAUD

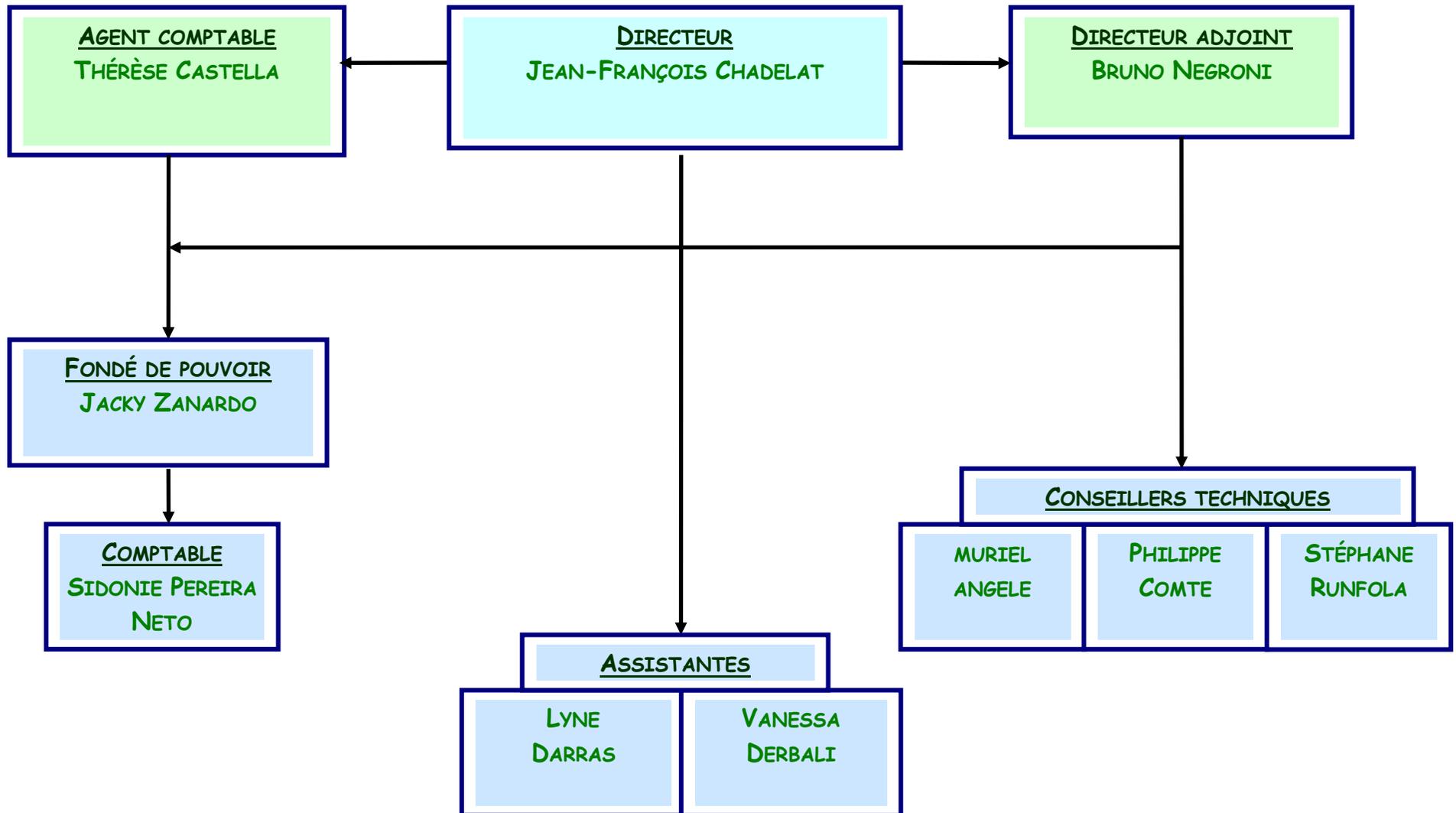
Caisse centrale de mutualité sociale agricole - CCMSA

Gérard PELHATE  
Henri ROCOULET

## *Représentants des organismes de protection sociale complémentaire*

Organismes mutualistes sur désignation de la Fédération nationale de la mutualité française - FNMF	Fabrice HENRY Maurice RONAT Josiane MAERTEN
Organismes mutualistes sur désignation de la Fédération des mutuelles de France - FMF	Pascale VATEL
Organismes mutualistes sur désignation de la Fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles - FNIM	Philippe DELEMARRE
Entreprises d'assurance sur désignation de la Fédération française des sociétés d'assurance - FFSA	Alain ROUCHE Gilles JOHANNET
Entreprises d'assurance sur désignation du Groupement des entreprises mutuelles d'assurance - GEMA	Bernard SCAGLIOTTI
Institutions de prévoyance sur désignation du Centre technique des institutions de prévoyance - CTIP	Jean-Louis FAURE Evelyne GUILLET

ANNEXE 6 : ORGANIGRAMME DU FONDS CMU



## ANNEXE 7 : L'ACTUALITÉ DES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ

### La situation des complémentaires santé : contexte et évolution

Le Fonds CMU de par son activité est amené à suivre le monde des complémentaires santé. Dans ce cadre, il apparaît intéressant de faire régulièrement un point sur ce secteur en constante évolution à travers une synthèse d'articles sélectionnés dans la presse spécialisée. Les principales sources sont l'Agence fédérale d'information mutualiste (l'AFIM), l'Argus de l'assurance, Protection Sociale Informations, mais également des études conduites par les instituts de recherche.

Sans prétendre être exhaustive, cette synthèse se fixe pour objectif de pointer des événements ou évolutions marquants de l'année écoulée.

Les informations y sont restituées selon deux lignes directrices :

. **Les aspects économiques et financiers** : 1) Quelle évolution des tarifs pour les complémentaires santé à court et moyen terme ? 2) Réflexions autour de la contribution au financement de la CMU complémentaire.

. **Les perspectives d'évolution** : 3) Les évolutions du marché de la complémentaire santé 4) Quel rôle pour les complémentaires santé ?

#### **1) Quelle évolution des tarifs pour les complémentaires santé à court et moyen terme ?**

Selon Raphaël Reiter, directeur général d'Assuréo qui s'exprimait dans La Tribune (1<sup>er</sup> septembre 2009 – « Les tarifs des complémentaires santé vont-ils augmenter ? »), pour maintenir des niveaux de couverture identiques à ceux que nous connaissons aujourd'hui, les tarifs devraient être réajustés au minimum de 8 % par an dans les prochaines années. Cette tendance devrait particulièrement s'appliquer aux OC qui ont jusqu'à présent pratiqué des politiques de prix les plus justes. Cette prévision de croissance importante rejoint celle de Mathias Matallah (L'Argus de l'Assurance – 4 décembre 2009) pour qui « le chiffre d'affaires des complémentaires santé devrait doubler dans les 6 ou 7 prochaines années ».

Selon Raphaël Reiter, trois facteurs expliqueraient ces hausses :

- les dépenses de santé qui devraient augmenter de 5,3 % par an jusqu'en 2015 ;
- la poursuite des transferts de charges du régime obligatoire vers les complémentaires. Sur cette question, la FNMF a chiffré l'impact des mesures contenues dans le PLFSS 2010 (forfait journalier, etc.) pour les mutuelles : alors que l'évolution tendancielle des dépenses de santé aurait conduit à une augmentation de + 2,1 % des cotisations en 2010, ce taux serait réévalué à 3,9 % ;
- la poursuite de l'envolée des dépassements d'honoraires et des actes ou produits non remboursés par la sécurité sociale qui « s'envolent d'au moins 10 % l'an ».

La complémentaire santé étant amenée à prendre une part croissante dans le budget des ménages, Raphaël Reiter souligne que les assurés auront intérêt à « consacrer quelques heures par an à vérifier que leur contrat reste adapté à leurs besoins, et qu'il offre un bon rapport qualité/prix ».

L'Argus de l'assurance (5 juin 2009 – « Le top 30 de la santé ») souligne, s'agissant de l'assurance individuelle, que « beaucoup de professionnels notent une plus grande sensibilité au prix mais qui ne semble pas profiter aux « low cost » lancées depuis deux ans ». Ces dernières constituent toutefois un « atout », le fait de communiquer sur de petits prix attirant les contacts.

Pour Mathias Matallah, l'inflation programmée des tarifs sera génératrice de pression pour les opérateurs ; dans ce contexte, gestion du risque, maîtrise des frais de gestion et de distribution devraient prendre de l'importance.

Au vu des chiffres dont dispose le Fonds CMU, à partir de l'assiette santé déclarée par les OC, l'évolution constatée n'est, il est vrai, pas aussi marquée, y compris sur le début de l'année 2009 qui a pourtant vu l'augmentation sensible du taux de la contribution CMU et alors même que les sociétés d'assurance avaient communiqué sur une répercussion intégrale sur les tarifs :

	2003/2002	2004/2003	2005/2004	2006/2005	2007/2006	2008/2007	9M 2009 / 9M 08
Evol N / N-1 (%)	8,8	10,6	8,0	6,5	5,1	5,1	6,5

Il est vrai que ces données ne peuvent être recoupées avec la population protégée et le niveau de garantie des contrats. Pour 2008 cependant, l'Argus de l'Assurance (5 juin 2009 – « Le top 30 de la santé ») évoque un marché qui « stagne en nombre de contrats mais qui progresse en terme de chiffre d'affaires ».

D'après le baromètre des institutions de prévoyance (mai 2009), si 76 % des salariés couverts par un contrat collectif d'entreprise déclarent payer le juste prix pour leur complémentaire santé, ce chiffre tombe à 50 % parmi ceux couverts par un contrat individuel. Dans le cas d'une hausse supérieure à 8 % des tarifs, 9 % des petites et moyennes entreprises envisageraient de revoir les garanties à la baisse.

S'agissant du débat autour du transfert de charges entre régimes obligatoires et organismes complémentaires, le conseil d'administration de la FNMF recommande à ses groupements adhérents de ne plus rembourser les médicaments dont le taux de remboursement de la sécurité sociale s'établit à 15 % (Afim n° 3584 – 26 novembre 2009), du fait de leur service médical rendu faible ou insuffisant.

Une centaine de médicaments sont concernés. Cette décision oblige cependant à un accompagnement des mutuelles auprès de leurs adhérents.

La Mutualité de son côté prépare une liste des alternatives thérapeutiques que les groupements pourront diffuser aux mutualistes. Le journal déplore un « déport de responsabilité de l'assurance maladie, et surtout de l'Etat, vers les complémentaires et ce, sans aucune négociation préalable ». En outre, ce taux « se rajoute au maquis tarifaire instauré par la réforme de 2004 et crée encore plus d'illisibilité dans le dispositif de remboursement des assurés sociaux ».

## **2) Réflexions autour de la contribution au financement de la CMU complémentaire**

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

Cette analyse rejoint celle de Jean-Louis Davet, conseiller du président du groupe MGEN (Argus de l'Assurance N° 7108 – 20 février 2009) qui explique que selon le système en vigueur, « ce sont les organismes les plus vertueux qui sont les plus pénalisés ». Il prend pour exemple la MGEN qui « générant un chiffre d'affaires de plus de 1,2 milliards d'euros, redistribue 98 % de ses cotisations sous forme de prestations : « Elle va devoir s'acquitter d'une taxe supplémentaire de 40 millions d'euros, soit 154 % de son résultat net 2007, qui est de 26 millions d'euros, ce qui l'obligera à augmenter les cotisations. A contrario, un organisme qui dégagerait 50 millions de résultat net sur un chiffre d'affaires de 120 millions d'euros, verra ses excédents à peine écrêtés de 4 millions d'euros ».

Fil Social – Espace social européen (8 janvier 2009, « Complémentaires santé : vers une évolution de la contribution ») évoquait à l'époque une réflexion en cours sur l'assiette et les modalités de la contribution des OC, la mesure actuelle « manquant de finesse » (Yves Bur, Député UMP). Une piste possible, selon le journal, consisterait à taxer les provisions effectuées chaque année au-delà des besoins en constitutions de réserves de solvabilité.

Concernant toujours la contribution mais sur un autre plan, on évoquera un article de l'Argus de l'Assurance (édition du 20 novembre 2009) pour qui « La contribution CMU mobilise la profession [des agents généraux contre les compagnies d'assurance] ». Selon le journal, « une à une les compagnies d'assurance ont répercuté l'augmentation de la contribution intervenue début 2009 ». Mais considérant le prélèvement comme une taxe, « elles n'ont pas intégré la part de la hausse des cotisations correspondantes dans le calcul des commissions des agents généraux ». Or, la fédération des agents généraux conteste cette position au motif que cette contribution n'est pas une taxe, les compagnies restant libres de la répercuter ou non. Face à une décision qu'ils qualifient de « unilatérale et contraire à leur statut », les agents généraux pourraient entamer une action juridique.

### **3) Les évolutions du marché de la complémentaire santé**

L'Argus de l'assurance (5 juin 2009 – « Le top 30 de la santé ») a effectué un classement et un point de situation sur les 30 premiers organismes complémentaires en 2008. Les résultats sont assez cohérents avec les données détenues par le Fonds CMU même si leur rapprochement nécessite quelques redressements (approche par groupes dans le classement, notions d'assiettes différentes). Le journal rappelle en préalable que couvrant 92 % de la population, « on traite d'un marché de renouvellement qui n'en demeure pas moins toujours porteur ».

Dans ce marché hautement concurrentiel, ce sont les bancassureurs (Pacifica et les Assurances du Crédit Mutuel) qui « semblent les mieux tirer leur épingle du jeu ». L'Argus cite une évolution de 25 % pour Pacifica (évolution chiffrée à 40 % d'après les données déclarées auprès du Fonds CMU). Selon Patrick Sagon, président de la Mutuelle générale, « Grâce à la force de frappe de leurs réseaux, ils sont perçus comme les concurrents les plus redoutables ». « Nous aurons du mal à freiner la bancassurance. Le meilleur moyen est de ramener les organismes complémentaires sur le terrain de l'expertise et d'offrir des services à haute valeur ajoutée. Car si la complémentaire devient un produit trivial et banalisé, ce sont les bancassureurs qui gagneront ». Toutefois, selon Henri Laurent (Swiss Life) : « les contraintes réglementaires sont telles qu'il devient de plus en plus difficile de se différencier par le produit ».

L'Argus souligne que l'année 2008 « marque une nouvelle étape dans la concentration des assureurs santé et le classement bouge sous l'influence des groupes paritaires (Malakoff-Médéric ...) et, plus encore, des regroupements entre mutuelles interprofessionnelles ou de la fonction publique ».

Le journal indique qu'une préoccupation semble commune au sein des différentes familles de la complémentaire santé à savoir la crainte d'un phénomène de « désassurance » conséquence de la perspective d'un retour du chômage de masse.

Le journal met l'accent sur la difficulté des intervenants sur la couverture collective, « l'assiette des cotisations se vidant dangereusement (impact des plans sociaux, non renouvellement des CDD et stagnation des rémunérations ». Un article des Echos (9 octobre 2009, « Les entreprises veulent contenir le coût de leurs régimes de protection sociale ») expose que même si une remise en cause de la couverture santé semble difficilement envisageable dans le climat social actuel, selon la logique d'« efficacité budgétaire » qui prévaut et face à des coûts en constante augmentation, « tout est bon pour en réduire la charge » (Anne André, directrice général d'AON Consulting). C'est dans ce contexte que beaucoup d'entreprises semblent avoir commencé à rationaliser leurs contrats.

Sur ce champ de la couverture collective d'entreprise, l'Argus de l'Assurance (4 décembre 2009, « Bruxelles conforte les incitations au collectif ») rappelle que l'Association Diversité et Proximité Mutualiste (ADPM) regroupant une centaine de moyennes et petites mutuelles, vient d'être informée que la Commission européenne n'entendait pas donner suite à sa plainte déposée contre les avantages sociaux et fiscaux bénéficiant aux contrats collectifs obligatoires santé. Pour l'ADPM, en effet, ils constituent des aides d'Etat aux profits des opérateurs intervenant sur la couverture d'entreprise. La Commission vient de rejeter cet argument au motif que ces aides bénéficient aux consommateurs avec l'objectif « politique » d'élargissement de la couverture santé ; en outre, rien dans les textes français « ne réserve ces

exonérations à certains opérateurs précisément désignés ». L'ADPM déplore cette position tout en soulignant : « nous ne pourrions pas couvrir uniquement les chômeurs et les retraités ».

Sur la question du grignotage progressif de la part de marché des mutuelles par les autres intervenants, abordée dans l'Argus et confirmée par les chiffres du Fonds CMU, Jean-Pierre Davant souligne, dans une entrevue que cette « légère érosion » tient surtout aux banques. « La Mutualité paie en quelque sorte le prix de sa vertu, en étant plus regardant que ses concurrents sur les prises en charge qui favorisent la dérive actuelle. Dire « stop » aux dépassements d'honoraires, c'est perdre des parts de marché. ». Sévère, il considère que « ces entreprises qui se servent de la santé comme produits d'appels concourent aussi à la dérégulation du système de santé ». Il rappelle cependant que la mutualité quant à elle « n'est pas seulement un assureur complémentaire mais également un grand mouvement de santé » de par ses services de soins et d'accompagnement mutualiste.

S'agissant des mutuelles spécifiquement, « le top 30 de la mutualité » établi par l'Argus de l'assurance sur l'année 2008 (13 novembre 2009) souligne notamment l'entrée d'Harmonie Mutualité dans le « top 5 » des mutuelles, la poursuite de la montée en puissance de Prévadies. Enfin, il évoque deux fusions de taille prévues pour 2011 et qui concernent respectivement Eovi et Adréa d'une part, la MCD et Sphéria Val de France d'autre part.

#### **4) Quel rôle pour les complémentaires santé ?**

L'UNOCAM a modifié ses statuts début 2009. Il s'agissait effectivement de « traduire dans le fonctionnement de l'UNOCAM les nouvelles dispositions prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 ... » (AFIM – N° 3405, 3 février 2009). La loi a établi en effet que l'UNOCAM pouvait participer à la négociation et à la conclusion « de conventions, accords, avenants avec les professionnels de santé » et que sa signature sera requise dans les secteurs où « la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie est minoritaire. ». « La règle retenue par le législateur est celle de la majorité qualifiée », ainsi, « 60 % des voix seront nécessaires pour signer un accord ou une convention ce qui de fait, rendra nécessaire l'approbation de la Mutualité française majoritaire au sein du conseil de l'UNOCAM – et d'une autre délégation ».

L'UNOCAM a dans ce cadre adopté de nouvelles règles internes qui prévoient que chaque famille « conserve la légitimité de relations avec les pouvoirs publics et l'assurance maladie, ainsi que la capacité à conclure des accords spécifiques n'engageant que les adhérents de la fédération signataire. ». En revanche, « tout accord ayant des conséquences financières pour l'ensemble des organismes complémentaires relève du champ de l'UNOCAM. ».

Président sortant de l'UNOCAM, Jean-Michel Laxalt (Espace Social Européen N° 911, 16-22 octobre 2009) fait un bilan des quatre premières années d'existence de l'association. Il évoque une structure où les différentes familles d'organismes complémentaires se sont enrichies mutuellement, recherchant sur l'ensemble des dossiers un consensus qui n'est pas « naturel », mais « le fruit d'un véritable travail technique partagé, à travers lequel les dossiers ont été approfondis avec la culture de chacun. ». Il estime que les quatre premières années « ont permis à ses membres de faire l'apprentissage de la structure, de mettre à bas, le côté improbable de l'édifice, et de montrer la capacité de ses membres à participer aux débats sur l'évolution du système de santé. ». L'UNOCAM considère que son rôle « n'est pas seulement

de rembourser des soins, mais d'accompagner les adhérents dans leurs démarches santé (programmes de prévention, d'éducation thérapeutique) ».

« Hier, nous étions complémentaires et payeurs aveugles. Aujourd'hui, nous voulons être acteurs, plus assureurs santé que complémentaire santé, avec le développement de programmes spécifiques ».

Après l'adoption du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, le site internet de l'Argus de l'Assurance (27 novembre 2009) fait état d'un communiqué de l'UNOCAM qui « regrette « très vivement » qu'aucune de ses propositions d'amélioration du système de santé et mesures d'économies n'a été retenue ». L'UNOCAM s'inscrit en faux contre les déclarations de Roselyne Bachelot, ministre de la santé, qui avait déclaré devant le Parlement que les complémentaires santé seraient « gagnantes ». En réalité, déclare l'UNOCAM, « les mesures contenues dans le PLFSS entraîneront bien une charge pour les complémentaires et donc une hausse de leurs coûts ».

Les propos de Jean-Michel Laxalt sur le rôle de plus en plus actif qu'entendent jouer les organismes complémentaires tranchent avec ceux d'Yves Bur, député UMP du Bas-Rhin et spécialiste des questions de santé pour qui « être financeur aveugle peut être commode tant que les ressources entrent aisément. L'assurance santé est un marché où la concurrence est sérieusement bordée et ses acteurs ne sont pas très innovants et actifs. » (L'Argus de l'Assurance du 5 décembre 2008 – N° 7099).

Jean-Claude Seys, fondateur du groupe d'assurances Covéa, renchérit lorsqu'il déclare (La Tribune 19 octobre 2009) : « Aujourd'hui, les complémentaires sont traitées comme des supplétifs. Elles interviennent là où la Sécurité sociale leur demande de le faire et dans la proportion qu'elle leur indique [...] De ce fait, les complémentaires ne sont pas très performantes parce qu'elles ne peuvent littéralement pas l'être. La valeur ajoutée de l'assurance maladie complémentaire est nulle : cela consiste à savoir calculer la différence entre 100 et 70. Il faut dépasser ce stade. ».

Sur la question des réseaux de santé, ils ne seraient efficaces qu'à condition de pouvoir négocier véritablement avec les prestataires de soins, et « il faut alors représenter 20-25 % de son chiffre d'affaires. En dessous de 20 %, vous ne pouvez rien lui demander. ». « Une dizaine de millions de personnes » sont nécessaires à un réseau pour pouvoir réellement peser sur le marché, ce qu'aucune structure actuelle n'est en mesure d'atteindre. Cette analyse face à la difficulté de développer des réseaux de soins rejoint celle émanant d'une enquête présentée par l'Argus de l'Assurance (N° 7109 – 27 février 2009 – « Réseaux de soins – Les ambitions contrariées des complémentaires ») qui souligne en synthèse que la signature d'accords avec les professionnels de santé, se heurte à la résistance du conseil de l'ordre des médecins pour qui « ce n'est pas aux complémentaires de santé d'attribuer des compétences », les liens entre complémentaire santé et médecins devant rester guidée par la notion de « libre choix du praticien par le patient et par une organisation contractuelle qui soit équitable ».

Marianne Binst, directrice générale de Santéclair, souligne s'agissant des contrats passés avec les professionnels de santé, que les « clauses qualitatives sont systématiquement enlevées sous la pression des ordres professionnels consultés » et les démarches de contractualisation ne peuvent porter que sur des prix.

Selon, Jean-Claude Seys, les actions des complémentaires gagneraient en valeur ajoutée sous réserve de pouvoir suivre la situation des malades à travers l'activité des médecins,

développer des actions de prévention adaptées, pouvoir orienter les malades vers des structures de soins appartenant aux complémentaires ou des réseaux de soins.

Toutefois, les bonnes intentions se heurtent à une tendance de fond où « la consommation médicale va augmenter et l'assurance maladie obligatoire continuer son repli, car dans dix ou vingt ans, la totalité de ses moyens sera captée par les affections de longue durée ».

« Cela se passera ainsi car personne ne prendra de décision ». Selon ce schéma et face à l'augmentation prévisible des cotisations santé, les assurés « s'habitueront » en s'adaptant.

Face au sujet central des affections de longue durée, la Mutualité française s'est dite prête à s'engager « dans un nouveau dispositif conventionnel pour les maladies chroniques (Les Echos – 25 mai 2009). Au centre de la démarche, le paiement forfaitaire des professionnels de santé censé mieux prendre en compte les missions de prévention et de suivi que le paiement à l'acte. Dans la proposition d'expérimentation, basée sur le volontariat, une délégation de paiement et de généralisation du tiers payant serait accordée aux mutuelles. « La Sécurité sociale devrait accepter de confier aux complémentaires la gestion d'une partie des patient » ce qui selon Les Echos (25 mai 2009) apparaît « loin d'être évident ». En attendant, un article du PLFSS 2010 prévoit de nouvelles règles de sortie des ALD pour les malades du cancer « guéris ». Ils bénéficieraient cependant d'une prise en charge à 100 % pour les examens de suivi. Une « brèche » semble s'ouvrir selon le Quotidien du médecin (jeudi 5 novembre 2009).





# ANNUAIRE STATISTIQUE

Décembre 2009

1	CHIFFRES CLÉS	3
2	EFFECTIFS CMU-C	4
3	DÉPENSE CMU-C	9
4	EFFECTIFS CMU DE BASE	15
5	EFFECTIFS AIDE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ	16
6	ASSIETTE DE LA CONTRIBUTION CMU	18
7	BUDGET DU FONDS CMU	21
8	PLAFONDS DE RESSOURCES, MINIMA SOCIAUX, FORFAITS	22



## | 1 CHIFFRES CLÉS

### | 1.1 CMU-C

- **Effectifs – tous régimes : 4 173 817**, métropole et dom, *au 31/12/2009*
- **Effectifs – régime général : 3 798 670**, métropole et dom, *au 31/12/2009*
- **Évolution effectifs par rapport à fin décembre 2008 – régime général : - 0,7 %**, métropole et dom
- **Dépense totale – régime général : 1 399 942 525 €** en trésorerie, ACM, métropole et dom, *au 31/12/2009*
- **Dépense par bénéficiaire – régime général : 416,51 €** en trésorerie, ACM, métropole et dom, *au 31/12/2009*
- **Évolution dépense de ville par bénéficiaire – régime général : + 2,3 %**, en trésorerie, ACM, métropole, *au 31/12/2009*
- **Dépense en date de soin par bénéficiaire fin 2008 – régime général : France entière : 406,03 € – Métropole : 412,53 €**

### | 1.2 CMU DE BASE

- **Effectifs – régime général : 2 116 786**, métropole et dom, *au 31/12/2009*
- **Évolution effectifs par rapport à fin décembre 2008 – régime général : + 40,49 %**, métropole et dom

### | 1.3 AIDE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

- **Bénéficiaires d'attestations – Tous régimes : 605 495**, *cumul sur les 12 derniers mois au 31/12/2009*
- **Bénéficiaires ayant utilisé leur attestation – tous régimes : 501 681**, *au 30 novembre 2009*

### | 1.4 PLAFONDS DE RESSOURCES

- **Pour bénéficiaire de la CMU-C : jusqu'à 7 521 € annuels**, 626,75 € moyenne mensuelle, sur les 12 derniers mois, pour une personne seule, avant prise en compte du forfait logement, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2009
- **Pour bénéficiaire de l'ACS : de plus de 7 521 € à 9 025,20 €** sur les 12 derniers mois, revenus mensuels moyens inclus dans une fourchette entre plus de 626,75 € et 752,10 €, soit jusqu'à 20 % en plus du plafond d'obtention de la CMU-C
- **Pour bénéficiaire de la CMU de base sans participation : 9 020 € annuels**, 751,67 € moyenne mensuelle, pour l'année fiscale de référence, pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2009 au 30 septembre 2010

## | 2 EFFECTIFS CMU-C

### | 2.1 TOTAL DES EFFECTIFS CMU-C

Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C au 31 décembre 2009 *				
Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	3 262 054	536 616	3 798 670	527 905
Régime social des indépendants	181 805	10 051	191 856	38 958
Régime agricole	105 048	12 043	117 091	18 438
Autres régimes et SLM	66 200		66 200	17 930
<b>Total Décembre 2009</b>	<b>3 615 107</b>	<b>558 710</b>	<b>4 173 817</b>	<b>603 231</b>

Chemin : G:\Statistiques CMU\Nouvelles\_Stat\Indicateurs\_Tableaux – Fichier : Suivi\_Effectifs\_Tous\_Regimes.xls – Onglet : Rfces\_CMU

Sources : tous régimes – \* Données estimées

### | 2.2 ÉVOLUTIONS MENSUELLES DES EFFECTIFS CMU-C

Données connues depuis 2005

Mois	CMUC_RO			CMUC_OC			Total CMUC	Taux croissance Mois M-1	Taux croissance Mois M-12
	Métropole	DOM	Total	Métropole	DOM	Total			
2005 janv	3 317 360	473 964	3 791 324	501 636	78 264	579 900	4 371 224		
2005 févr	3 320 269	480 718	3 800 987	499 828	77 269	577 097	4 378 084	0,16%	
2005 mars	3 320 044	485 577	3 805 621	496 798	76 054	572 852	4 378 473	0,01%	
2005 avr	3 319 406	488 714	3 808 120	494 157	75 675	569 832	4 377 952	-0,01%	
2005 mai	3 339 439	493 521	3 832 960	493 132	76 216	569 348	4 402 308	0,56%	
2005 juin	3 366 476	498 313	3 864 789	495 765	76 274	572 039	4 436 828	0,78%	
2005 juil	3 354 796	499 311	3 854 107	492 791	74 590	567 381	4 421 488	-0,35%	
2005 août	3 345 324	499 827	3 845 151	494 243	73 714	567 957	4 413 108	-0,19%	
2005 sept	3 357 763	500 666	3 858 429	493 277	72 815	566 092	4 424 521	0,26%	
2005 oct	3 360 489	503 745	3 864 234	494 575	71 827	566 402	4 430 636	0,14%	
2005 nov	3 358 793	505 584	3 864 377	494 260	71 449	565 709	4 430 086	-0,01%	
2005 déc	3 374 917	505 744	3 880 661	496 024	71 234	567 258	4 447 919	0,40%	
2006 janv	3 365 913	507 397	3 873 310	497 482	72 115	569 597	4 442 907	-0,11%	1,64%
2006 févr	3 370 727	507 961	3 878 688	498 090	73 547	571 637	4 450 325	0,17%	1,65%
2006 mars	3 380 657	510 297	3 890 954	499 055	74 493	573 548	4 464 502	0,32%	1,96%
2006 avr	3 396 468	513 032	3 909 500	502 762	75 431	578 193	4 487 693	0,52%	2,51%
2006 mai	3 402 847	513 365	3 916 212	503 354	75 641	578 995	4 495 207	0,17%	2,11%
2006 juin	3 409 929	514 506	3 924 435	505 516	76 455	581 971	4 506 406	0,25%	1,57%
2006 juil	3 403 967	514 249	3 918 216	497 856	76 154	574 010	4 492 226	-0,31%	1,60%
2006 août	3 411 264	513 804	3 925 068	498 992	75 935	574 927	4 499 995	0,17%	1,97%
2006 sept	3 407 150	509 652	3 916 802	500 253	75 578	575 831	4 492 633	-0,16%	1,54%
2006 oct	3 410 839	511 746	3 922 585	502 088	75 265	577 353	4 499 938	0,16%	1,56%
2006 nov	3 412 543	512 614	3 925 157	502 924	75 780	578 704	4 503 861	0,09%	1,67%
2006 déc	3 411 496	516 373	3 927 869	504 487	75 894	580 381	4 508 250	0,10%	1,36%
2007 janv	3 417 223	516 756	3 933 979	504 014	73 968	577 982	4 511 961	0,08%	1,55%
2007 févr	3 420 966	517 452	3 938 418	505 434	72 628	578 062	4 516 480	0,10%	1,49%
2007 mars	3 427 615	516 876	3 944 491	505 650	72 055	577 705	4 522 196	0,13%	1,29%
2007 avr	3 428 743	519 194	3 947 937	504 366	71 246	575 612	4 523 549	0,03%	0,80%
2007 mai	3 427 039	521 457	3 948 496	503 840	70 336	574 176	4 522 672	-0,02%	0,61%
2007 juin	3 425 392	521 433	3 946 825	503 753	69 827	573 580	4 520 405	-0,05%	0,31%
2007 juil	3 391 588	522 943	3 914 531	500 956	67 728	568 684	4 483 215	-0,82%	-0,20%
2007 août	3 400 198	524 760	3 924 958	503 086	67 100	570 186	4 495 144	0,27%	-0,11%
2007 sept	3 387 905	524 052	3 911 957	501 591	66 178	567 769	4 479 726	-0,34%	-0,29%
2007 oct	3 360 135	523 424	3 883 559	499 217	65 019	564 236	4 447 795	-0,71%	-1,16%
2007 nov	3 322 584	524 313	3 846 897	496 563	64 194	560 757	4 407 654	-0,90%	-2,14%
2007 déc	3 322 458	523 960	3 846 418	494 754	63 592	558 346	4 404 764	-0,07%	-2,30%

Mois	CMUC_RO			CMUC_OC			Total CMUC	Taux croissance Mois M-1	Taux croissance Mois M-12
	Métropole	DOM	Total	Métropole	DOM	Total			
2008 janv	3 299 628	520 965	3 820 593	490 512	64 229	554 741	4 375 334	-0,67%	-3,03%
2008 févr	3 286 565	519 317	3 805 882	489 184	64 865	554 049	4 359 931	-0,35%	-3,47%
2008 mars	3 271 280	517 591	3 788 871	489 603	64 774	554 377	4 343 248	-0,38%	-3,96%
2008 avr	3 259 500	516 301	3 775 801	488 821	64 856	553 677	4 329 478	-0,32%	-4,29%
2008 mai	3 251 140	514 935	3 766 075	489 450	65 164	554 614	4 320 689	-0,20%	-4,47%
2008 juin	3 236 042	512 518	3 748 560	489 239	65 594	554 833	4 303 393	-0,40%	-4,80%
2008 juil	3 203 321	509 715	3 713 036	488 576	65 422	553 998	4 267 034	-0,84%	-4,82%
2008 août	3 182 222	506 447	3 688 669	489 372	65 388	554 760	4 243 429	-0,55%	-5,60%
2008 sept	3 170 454	504 613	3 675 067	490 631	65 204	555 835	4 230 902	-0,30%	-5,55%
2008 oct	3 150 647	501 646	3 652 293	494 587	64 950	559 537	4 211 830	-0,45%	-5,31%
2008 nov	3 133 116	498 597	3 631 713	496 424	63 935	560 359	4 192 072	-0,47%	-4,89%
2008 déc	3 125 932	499 540	3 625 472	499 597	65 079	564 676	4 190 148	-0,05%	-4,87%
2009 janv	3 117 166	501 899	3 619 065	503 780	66 603	570 383	4 189 448	-0,02%	-4,25%
2009 févr	3 124 415	511 014	3 635 429	507 850	70 299	578 149	4 213 578	0,58%	-3,36%
2009 mars	3 132 524	514 697	3 647 221	514 732	70 826	585 558	4 232 779	0,46%	-2,54%
2009 avr	3 139 586	516 710	3 656 296	520 257	70 805	591 062	4 247 358	0,34%	-1,90%
2009 mai	3 145 930	516 411	3 662 341	524 722	69 792	594 514	4 256 855	0,22%	-1,48%
2009 juin	3 151 746	513 710	3 665 456	529 174	69 471	598 645	4 264 101	0,17%	-0,91%
2009 juil	3 139 286	511 291	3 650 577	532 974	69 189	602 163	4 252 740	-0,27%	-0,33%
2009 août	3 127 883	509 146	3 637 029	533 719	69 252	602 971	4 240 000	-0,30%	-0,08%
2009 sept	3 122 090	508 317	3 630 407	535 959	69 168	605 127	4 235 534	-0,11%	0,11%
2009 oct	3 097 654	501 859	3 599 513	533 796	68 723	602 519	4 202 032	-0,79%	-0,23%
2009 nov	3 084 816	496 973	3 581 789	534 271	68 508	602 779	4 184 568	-0,42%	-0,18%
2009 déc	3 078 896	491 690	3 570 586	536 211	67 020	603 231	4 173 817	-0,26%	-0,39%

Chemin : G:\Statistiques CMUNouvelles\_Stat\Indicateurs\_Tableaux – Fichier : Suivi\_Effectifs\_Tous\_Regimes.xls – Onglet : Historique\_Mensuel  
Sources : tous régimes

## 2.3 ÉVOLUTIONS DES MOYENNES ANNUELLES DES EFFECTIFS

Année	Moyenne	Taux croissance N-1
<b>Données connues</b>		
2005	4 409 386	
2006	4 486 995	1,76%
2007	4 486 297	-0,02%
2008	4 280 624	-4,58%
2009	4 224 401	-1,31%

Chemin : G:\Statistiques CMUNouvelles\_Stat\Indicateurs\_Tableaux – Fichier : Suivi\_Effectifs\_Tous\_Regimes.xls – Onglet : Historique\_Mensuel  
Sources : tous régimes

## 2.4 EFFECTIFS CMU-C PAR RÉGIONS

CNAMTS, RSI, MSA

Décembre 2008

Région	CMUC_RO	CMUC_OC	Total CMUC	Population	CMUC / Population	Répartition CMUC	Répartition Population	Pourcent RO	Pourcent OC
Île-de-France	624 141	44 786	668 927	11 673 919	5,7%	16,2%	18,1%	93,3%	6,7%
Champagne-Ardenne	78 363	8 376	86 739	1 378 356	6,3%	2,1%	2,1%	90,3%	9,7%
Picardie	115 045	7 479	122 524	1 942 567	6,3%	3,0%	3,0%	93,9%	6,1%
Haute-Normandie	87 594	21 706	109 300	1 851 344	5,9%	2,7%	2,9%	80,1%	19,9%
Centre	100 553	28 532	129 085	2 591 265	5,0%	3,1%	4,0%	77,9%	22,1%
Basse-Normandie	50 592	23 541	74 133	1 501 308	4,9%	1,8%	2,3%	68,2%	31,8%
Bourgogne	50 266	25 170	75 436	1 681 649	4,5%	1,8%	2,6%	66,6%	33,4%
Nord-Pas-de-Calais	362 817	26 936	389 753	4 089 079	9,5%	9,5%	6,3%	93,1%	6,9%
Lorraine	101 780	17 379	119 159	2 391 518	5,0%	2,9%	3,7%	85,4%	14,6%
Alsace	70 405	5 242	75 647	1 847 604	4,1%	1,8%	2,9%	93,1%	6,9%
Franche-Comté	45 814	11 206	57 020	1 187 665	4,8%	1,4%	1,8%	80,3%	19,7%
Pays-de-la-Loire	104 283	40 312	144 595	3 553 437	4,1%	3,5%	5,5%	72,1%	27,9%
Bretagne	70 725	36 847	107 572	3 194 026	3,4%	2,6%	4,9%	65,7%	34,3%
Poitou-Charentes	78 756	16 784	95 540	1 778 856	5,4%	2,3%	2,8%	82,4%	17,6%
Aquitaine	135 744	24 520	160 264	3 206 667	5,0%	3,9%	5,0%	84,7%	15,3%
Midi-Pyrénées	140 933	14 408	155 341	2 856 643	5,4%	3,8%	4,4%	90,7%	9,3%
Limousin	33 300	4 096	37 396	753 537	5,0%	0,9%	1,2%	89,0%	11,0%
Rhône-Alpes	198 649	75 010	273 659	6 172 436	4,4%	6,6%	9,6%	72,6%	27,4%
Auvergne	52 134	12 681	64 815	1 379 138	4,7%	1,6%	2,1%	80,4%	19,6%
Languedoc-Roussillon	215 586	19 142	234 728	2 589 704	9,1%	5,7%	4,0%	91,8%	8,2%
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	344 219	16 086	360 305	4 896 850	7,4%	8,7%	7,6%	95,5%	4,5%
Corse	14 644	1 334	15 978	299 552	5,3%	0,4%	0,5%	91,7%	8,3%
Départements d'Outre-Mer	499 540	65 079	564 619	1 811 031	31,2%	13,7%	2,8%	88,5%	11,5%
<b>Métropole</b>	<b>3 076 343</b>	<b>481 573</b>	<b>3 557 916</b>	<b>62 817 120</b>	<b>5,7%</b>	<b>86,3%</b>	<b>97,2%</b>	<b>86,5%</b>	<b>13,5%</b>
<b>France entière</b>	<b>3 575 883</b>	<b>546 652</b>	<b>4 122 535</b>	<b>64 628 151</b>	<b>6,4%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>86,7%</b>	<b>13,3%</b>

Chemin : G:\Statistiques CMU\Nouvelles\_Stat\Indicateurs\_Tableaux - Fichier : Suivi\_Effectifs\_Departements\_02.xls - Onglet : Indicateurs\_Regions

Sources : CNAMTS, RSI, MSA

## 2.5 EFFECTIFS CMU-C PAR DÉPARTEMENT

CNAMTS, RSI, MSA

Décembre 2008

Num Dpt	Département	CMUC_RO	CMUC_OC	Total_CMUC	Population	CMUC_Population
01	Ain	8 762	6 567	15 329	583 595	2,6%
02	Aisne	36 461	3 823	40 284	552 277	7,3%
03	Allier	18 771	1 864	20 635	354 231	5,8%
04	Alpes-Haute-Provence	6 855	803	7 658	159 681	4,8%
05	Hautes-Alpes	3 390	645	4 035	135 824	3,0%
06	Alpes-Maritimes	44 888	1 751	46 639	1 087 863	4,3%
07	Ardèche	7 542	8 435	15 977	316 221	5,1%
08	Ardennes	22 198	2 110	24 308	294 635	8,3%
09	Ariège	10 386	1 272	11 658	151 593	7,7%
10	Aube	19 989	1 282	21 271	308 503	6,9%
11	Aude	27 604	1 608	29 212	350 198	8,3%
12	Aveyron	8 509	1 022	9 531	285 211	3,3%
13	Bouches-du-Rhône	193 879	3 615	197 494	1 963 988	10,1%
14	Calvados	21 271	15 105	36 376	687 348	5,3%
15	Cantal	5 287	591	5 878	155 998	3,8%
16	Charente	19 903	2 701	22 604	360 170	6,3%
17	Charente-Maritime	28 444	5 513	33 957	616 708	5,5%
18	Cher	17 996	3 288	21 284	323 579	6,6%
19	Corrèze	7 427	480	7 907	249 000	3,2%
201	Corse-du-Sud	5 441	673	6 114	138 334	4,4%
202	Haute-Corse	9 203	661	9 864	161 218	6,1%
21	Côte-d'Or	9 652	12 731	22 383	531 286	4,2%
22	Côtes-d'Armor	12 560	7 460	20 020	591 915	3,4%
23	Creuse	6 631	1 366	7 997	128 492	6,2%
24	Dordogne	18 431	2 655	21 086	417 011	5,1%
25	Doubs	22 400	4 637	27 037	531 607	5,1%

Num Dpt	Département	CMUC_RO	CMUC_OC	Total_CMUC	Population	CMUC_Po pulation
26	Drôme	10 002	18 975	28 977	483 120	6,0%
27	Eure	22 565	3 473	26 038	582 034	4,5%
28	Eure-et-Loir	15 223	4 891	20 114	433 053	4,6%
29	Finistère	19 685	10 903	30 588	913 484	3,3%
30	Gard	63 785	4 393	68 178	698 698	9,8%
31	Haute-Garonne	61 814	5 082	66 896	1 207 813	5,5%
32	Gers	7 575	830	8 405	188 576	4,5%
33	Gironde	64 386	11 487	75 873	1 422 276	5,3%
34	Hérault	78 823	11 122	89 945	1 018 958	8,8%
35	Ille-et-Vilaine	25 241	9 293	34 534	970 659	3,6%
36	Indre	8 966	1 402	10 368	240 565	4,3%
37	Indre-et-Loire	18 142	7 206	25 348	595 100	4,3%
38	Isère	35 385	8 577	43 962	1 195 599	3,7%
39	Jura	8 310	2 090	10 400	267 941	3,9%
40	Landes	12 398	3 119	15 517	375 910	4,1%
41	Loir-et-Cher	11 139	5 521	16 660	335 749	5,0%
42	Loire	24 642	12 706	37 348	759 605	4,9%
43	Haute-Loire	3 999	3 379	7 378	227 741	3,2%
44	Loire -Atlantique	37 222	16 773	53 995	1 268 257	4,3%
45	Loiret	29 087	6 224	35 311	663 219	5,3%
46	Lot	7 322	1 019	8 341	176 041	4,7%
47	Lot-et-Garonne	17 582	1 169	18 751	333 750	5,6%
48	Lozère	2 593	299	2 892	80 965	3,6%
49	Maine-et-Loire	26 563	8 217	34 780	790 659	4,4%
50	Manche	15 629	5 467	21 096	510 933	4,1%
51	Marne	27 852	2 651	30 503	580 390	5,3%
52	Haute-Marne	8 324	2 333	10 657	194 828	5,5%
53	Mayenne	7 195	2 866	10 061	309 106	3,3%
54	Meurthe-et-Moselle	35 006	5 690	40 696	738 976	5,5%
55	Meuse	8 277	3 127	11 404	200 201	5,7%
56	Morbihan	13 239	9 191	22 430	717 968	3,1%
57	Moselle	41 830	3 652	45 482	1 058 466	4,3%
58	Nièvre	9 174	3 174	12 348	229 780	5,4%
59	Nord	230 279	15 556	245 835	2 607 476	9,4%
60	Oise	36 707	1 791	38 498	812 679	4,7%
61	Orne	13 692	2 969	16 661	303 027	5,5%
62	Pas-de-Calais	132 538	11 380	143 918	1 481 603	9,7%
63	Puy-de-Dôme	24 077	6 847	30 924	641 168	4,8%
64	Pyrénées-Atlantiques	22 947	6 090	29 037	657 720	4,4%
65	Hautes-Pyrénées	10 627	1 712	12 339	236 510	5,2%
66	Pyrénées-Orientales	42 781	1 720	44 501	440 885	10,1%
67	Bas-Rhin	40 844	3 340	44 184	1 096 711	4,0%
68	Haut-Rhin	29 561	1 902	31 463	750 893	4,2%
69	Rhône	89 583	9 898	99 481	1 700 438	5,9%
70	Haute-Saône	8 924	1 274	10 198	243 458	4,2%
71	Saône-et-Loire	18 119	5 497	23 616	569 169	4,1%
72	Sarthe	22 439	6 245	28 684	568 708	5,0%
73	Savoie	7 452	4 465	11 917	416 123	2,9%
74	Haute-Savoie	15 281	5 387	20 668	717 735	2,9%
75	Paris	161 082	10 249	171 331	2 203 817	7,8%
76	Seine-Maritime	65 029	18 233	83 262	1 269 310	6,6%
77	Seine-et-Marne	38 497	10 245	48 742	1 294 762	3,8%
78	Yvelines	35 990	9 663	45 653	1 421 484	3,2%
79	Deux-Sèvres	9 877	4 414	14 291	371 747	3,8%
80	Somme	41 877	1 865	43 742	577 611	7,6%
81	Tarn	19 387	1 893	21 280	377 518	5,6%
82	Tarn-et-Garonne	15 313	1 578	16 891	233 381	7,2%
83	Var	56 813	5 505	62 318	1 002 739	6,2%
84	Vaucluse	38 394	3 767	42 161	546 755	7,7%
85	Vendée	10 864	6 211	17 075	616 707	2,8%
86	Vienne	20 532	4 156	24 688	430 231	5,7%
87	Haute-Vienne	19 242	2 250	21 492	376 045	5,7%
88	Vosges	16 667	4 910	21 577	393 875	5,5%
89	Yonne	13 321	3 768	17 089	351 414	4,9%
90	Territoire-de-Belfort	6 180	3 205	9 385	144 659	6,5%
91	Essonne	52 971	861	53 832	1 214 290	4,4%
92	Hauts-de-Seine	56 974	4 586	61 560	1 552 943	4,0%
93	Seine-Saint-Denis	147 604	5 091	152 695	1 503 536	10,2%
94	Val-de-Marne	66 551	2 981	69 532	1 310 345	5,3%
95	Val-d'Oise	64 472	1 110	65 582	1 172 742	5,6%

Num Dpt	Département	CMUC_RO	CMUC_OC	Total_CMUC	Population	CMUC_Population
971	Guadeloupe	55 170	44 106	99 276	407 719	24,3%
972	Martinique	91 149	20 785	111 934	403 820	27,7%
973	Guyanne	69 882	185	70 067	208 171	33,7%
974	Reunion	283 339	3	283 342	791 321	35,8%
<b>Total métropole</b>		<b>3 076 343</b>	<b>481 573</b>	<b>3 557 916</b>	<b>62 817 120</b>	<b>5,7%</b>
<b>Total Dom</b>		<b>499 540</b>	<b>65 079</b>	<b>564 619</b>	<b>1 811 031</b>	<b>31,2%</b>
<b>Total métropole et Dom</b>		<b>3 575 883</b>	<b>546 652</b>	<b>4 122 535</b>	<b>64 628 151</b>	<b>6,4%</b>

Chemin : G:\Statistiques CMUNouvelles\_Stat\Indicateurs\_Tableaux – Fichier : Suivi\_Effectifs\_Departements\_02.xls – Onglet : Indicateurs

Sources : CNAMTS, RSI, MSA

### | 3 DÉPENSE CMU-C

#### | 3.1 DÉPENSE EN TRÉSORERIE – ACM

CNAMTS et SLM

Décembre 2009

Métropole et DOM

Mois	Lieu	Exercice			
décembre 2009	Métropole_et_Dom	Exercice_et_Antérieur			
<b>Bénéficiaires CMUC</b>	<b>Effectif Moyen ACM</b>	<b>3 361 144</b>	<b>Indice ACM</b>	<b>-2,3%</b>	
	<b>Total</b>	<b>Indices</b>	<b>Coût Unitaire Annuel</b>		
	<b>12 derniers mois</b>	<b>ACM**</b>	<b>Montant</b>	<b>% Coût Unitaire Annuel</b>	<b>Évolution</b>
<b>Total</b>	<b>1 399 942 525 €</b>	<b>-0,7%</b>	<b>416,51 €</b>	<b>100,0%</b>	<b>1,7%</b>
<b>Ville</b>	<b>1 035 315 632 €</b>	<b>-0,5%</b>	<b>308,02 €</b>	<b>74,0%</b>	<b>1,9%</b>
<b>Hôpital</b>	<b>364 626 893 €</b>	<b>-1,3%</b>	<b>108,48 €</b>	<b>26,0%</b>	<b>1,0%</b>

Chemin : G:\Statistiques CMU\Nouvelles\_Stat\Indicateurs\_Tableaux – Fichier : Suivi\_Depenses\_ACM\_Indicateurs.xls – Onglet : Presentation\_002

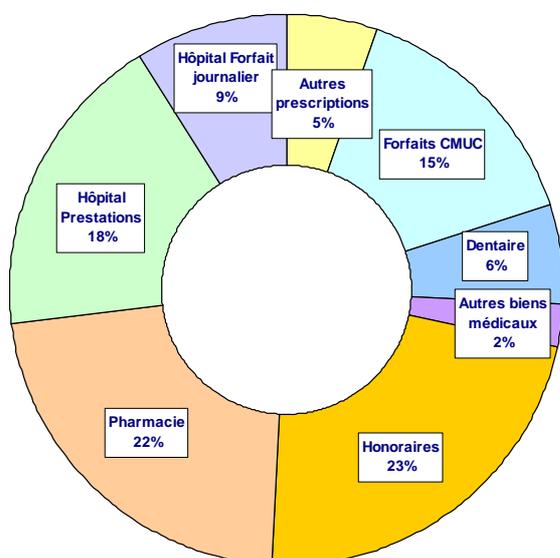
Sources : CNAMTS et SLM

Métropole

Mois	Lieu	Exercice			
décembre 2009	Métropole	Exercice_et_Antérieur			
<b>Bénéficiaires CMUC</b>	<b>Effectif Moyen ACM</b>	<b>2 875 017</b>	<b>Indice ACM</b>	<b>-2,7%</b>	
	<b>Total</b>	<b>Indices</b>	<b>Coût Unitaire Annuel</b>		
	<b>12 derniers mois</b>	<b>ACM**</b>	<b>Montant</b>	<b>% Coût Unitaire Annuel</b>	<b>Évolution</b>
<b>Total</b>	<b>1 220 807 937 €</b>	<b>-0,5%</b>	<b>424,63 €</b>	<b>100,0%</b>	<b>2,3%</b>
<b>Ville</b>	<b>891 823 777 €</b>	<b>-0,4%</b>	<b>310,20 €</b>	<b>73,1%</b>	<b>2,3%</b>
<b>Hôpital</b>	<b>328 984 160 €</b>	<b>-0,6%</b>	<b>114,43 €</b>	<b>26,9%</b>	<b>2,2%</b>

Chemin : G:\Statistiques CMU\Nouvelles\_Stat\Indicateurs\_Tableaux – Fichier : Suivi\_Depenses\_ACM\_Indicateurs.xls – Onglet : Presentation\_002

Sources : CNAMTS et SLM



Chemin : G:\Statistiques CMU\Nouvelles\_Stat\Indicateurs\_Tableaux – Fichier : Suivi\_Depenses\_ACM\_Indicateurs.xls – Onglet : Présentations\_001  
Sources : CNAMTS et SLM – Répartition par postes de dépenses – Modèle Comptes nationaux de la santé DREES

## 3.2 ÉVOLUTION DE LA DÉPENSE TRÉSORERIE – ACM

CNAMTS et SLM – Métropole & Dom

Septembre 2009

Mois	Effectifs	Effectifs Indice ACM	Dépense totale ACM	Dépense totale Indice ACM	Dépense par bénéficiaire ACM	Dépense par bénéficiaire Indice ACM
2005 déc	3 581 860	0,0%	1 272 890 891,17 €	0,0%	355,37 €	0,0%
2006 déc	3 632 316	1,4%	1 362 738 866,57 €	7,1%	375,17 €	5,6%
2007 déc	3 627 130	-0,1%	1 471 876 853,01 €	8,0%	405,80 €	8,2%
2008 déc	3 441 547	-5,1%	1 409 727 258,91 €	-4,2%	409,62 €	0,9%
2009 déc	3 361 144	-2,3%	1 399 942 525,09 €	-0,7%	416,51 €	1,7%
<b>2009</b>						
2009 janv	3 426 060	-5,3%	1 399 939 081,60 €	-4,2%	408,61 €	1,1%
2009 févr	3 412 973	-5,4%	1 390 753 307,41 €	-4,8%	407,49 €	0,6%
2009 mars	3 402 367	-5,3%	1 398 582 215,59 €	-3,9%	411,06 €	1,5%
2009 avr	3 393 440	-5,2%	1 395 583 075,05 €	-4,7%	411,26 €	0,6%
2009 mai	3 385 923	-5,0%	1 391 140 991,00 €	-4,0%	410,86 €	1,0%
2009 juin	3 380 017	-4,8%	1 396 427 433,50 €	-3,1%	413,14 €	1,8%
2009 juil	3 375 805	-4,4%	1 393 621 335,11 €	-3,1%	412,83 €	1,4%
2009 août	3 372 702	-4,0%	1 400 311 642,31 €	-0,8%	415,19 €	3,3%
2009 sept	3 370 246	-3,5%	1 399 752 607,81 €	-1,7%	415,33 €	1,9%
2009 oct	3 367 158	-3,1%	1 396 789 509,47 €	-1,3%	414,83 €	1,9%
2009 nov	3 364 355	-2,7%	1 406 581 726,77 €	0,6%	418,08 €	3,4%
2009 déc	3 361 144	-2,3%	1 399 942 525,09 €	-0,7%	416,51 €	1,7%

Chemin : G:\Statistiques CMUNouvelles\_StatIndicateurs\_Tableaux – Fichier : Suivi\_Depenses\_ACM\_Tableaux.xls – Onglet : Présentation\_004

Sources : CNAMTS et SLM

RSI – Métropole & Dom

Septembre 2009

Mois	Effectifs	Effectifs Indice ACM	Dépense totale ACM	Dépense totale Indice ACM	Dépense par bénéficiaire ACM	Dépense par bénéficiaire Indice ACM
2005 déc	116 640	0,0%	33 928 543,16 €	0,0%	290,88 €	0,0%
2006 déc	136 662	17,2%	41 841 528,51 €	23,3%	306,17 €	5,3%
2007 déc	151 408	10,8%	48 152 181,99 €	15,1%	318,03 €	3,9%
2008 déc	157 159	3,8%	49 854 965,51 €	3,5%	317,23 €	-0,3%
2009 déc	155 488	-1,1%	49 581 096,87 €	-0,5%	318,87 €	0,5%
<b>2009</b>						
2009 janv	157 172	3,2%	49 637 397,37 €	2,9%	315,82 €	-0,3%
2009 févr	157 199	2,8%	49 464 977,87 €	1,6%	314,66 €	-1,1%
2009 mars	157 173	2,3%	50 024 580,95 €	2,8%	318,28 €	0,5%
2009 avr	157 178	1,9%	49 654 179,59 €	0,5%	315,91 €	-1,3%
2009 mai	157 152	1,4%	49 561 428,32 €	0,6%	315,37 €	-0,9%
2009 juin	157 087	1,0%	49 533 190,21 €	0,0%	315,32 €	-1,0%
2009 juil	157 021	0,7%	49 507 712,23 €	0,0%	315,29 €	-0,7%
2009 août	156 856	0,3%	49 790 820,57 €	1,3%	317,43 €	1,0%
2009 sept	156 603	0,0%	49 659 201,54 €	0,0%	317,10 €	0,0%
2009 oct	156 313	-0,4%	49 411 946,12 €	-0,5%	316,11 €	-0,1%
2009 nov	155 929	-0,7%	49 712 540,31 €	0,9%	318,82 €	1,7%
2009 déc	155 488	-1,1%	49 581 096,87 €	-0,5%	318,87 €	0,5%

Chemin : G:\Statistiques CMUNouvelles\_StatIndicateurs\_Tableaux – Fichier : Suivi\_Depenses\_ACM\_Tableaux.xls – Onglet : Présentation\_004

Source : RSI

Mois	Effectifs	Effectifs Indice ACM	Dépense totale ACM	Dépense totale Indice ACM	Dépense par bénéficiaire ACM	Dépense par bénéficiaire Indice ACM
2005 déc	117 891	0,0%	36 373 446,90 €	0,0%	308,53 €	0,0%
2006 déc	119 025	1,0%	39 670 246,39 €	9,1%	333,29 €	8,0%
2007 déc	113 263	-4,8%	41 421 369,84 €	4,4%	365,71 €	9,7%
2008 déc	103 480	-8,6%	40 255 875,07 €	-2,8%	389,02 €	6,4%
2009 déc	91 880	-11,2%	36 879 456,86 €	-8,4%	401,39 €	3,2%
2009 janv	102 288	-9,2%	39 882 172,95 €	-2,8%	389,90 €	6,9%
2009 févr	101 276	-9,5%	39 596 454,65 €	-3,5%	390,98 €	6,6%
2009 mars	100 223	-9,8%	39 493 551,84 €	-3,7%	394,06 €	6,7%
2009 avr	99 300	-9,9%	38 945 023,14 €	-5,8%	392,20 €	4,6%
2009 mai	98 300	-10,1%	38 404 783,07 €	-7,0%	390,69 €	3,5%
2009 juin	97 436	-10,2%	38 122 318,20 €	-7,1%	391,25 €	3,4%
2009 juil	96 576	-11,2%	37 780 783,06 €	-7,4%	391,20 €	4,3%
2009 août	95 605	-11,3%	37 709 509,39 €	-6,8%	394,43 €	5,0%
2009 sept	94 642	-11,4%	37 430 535,16 €	-8,6%	395,50 €	3,1%
2009 oct	93 680	-11,4%	37 143 105,97 €	-8,4%	396,49 €	3,3%
2009 nov	92 759	-11,3%	37 140 912,07 €	-7,2%	400,40 €	4,6%
2009 déc	91 880	-11,2%	36 879 456,86 €	-8,4%	401,39 €	3,2%

Chemin : G:\Statistiques CMU\Nouvelles\_Stat\Indicateurs\_Tableaux – Fichier : Suivi\_Depenses\_ACM\_Tableaux.xls – Onglet :  
Présentation\_004  
Source : MSA

### 3.3 ÉVOLUTION DE LA DÉPENSE RÉELLE PAR POSTE – SUR 3 ANS

CNAMTS et SLM

Décembre 2008

CNAMTS Métropole_et_Dom	Dépense	Montants unitaires			Croissance	
	2008	2006	2007	2008	2007	2008
<b>Effectifs</b>		<b>3 632 316</b>	<b>3 627 130</b>	<b>3 442 037</b>	<b>-0,14%</b>	<b>-5,10%</b>
<b>Total</b>	1 397 586 619,67 €	<b>382,94 €</b>	<b>397,93 €</b>	<b>406,03 €</b>	<b>3,91%</b>	<b>2,04%</b>
<b>Ville</b>	1 034 976 823,32 €	278,81 €	293,88 €	300,69 €	5,40%	2,32%
<b>Hôpital</b>	362 609 796,35 €	104,13 €	104,06 €	105,35 €	-0,07%	1,24%
<b>Ville</b>	1 034 976 823,32 €	278,81 €	293,88 €	300,69 €	5,40%	2,32%
Honoraires médicaux (1,2)	247 804 571,19 €	66,52 €	68,90 €	71,99 €	3,59%	4,48%
Forfaits CMU (10,11,12,13)	197 042 490,12 €	45,17 €	54,59 €	57,25 €	20,84%	4,87%
Autres (3,4,5,6,7,8,9)	590 129 762,01 €	167,12 €	170,38 €	171,45 €	1,95%	0,62%
<b>Hôpital</b>	362 609 796,35 €	104,13 €	104,06 €	105,35 €	-0,07%	1,24%
Honoraires du secteur public et Prestations (14)	240 656 371,65 €	76,05 €	71,94 €	69,92 €	-5,40%	-2,82%
Forfait hospitalier (15)	121 953 424,70 €	28,08 €	32,11 €	35,43 €	14,36%	10,33%
<b>Détail</b>	1 397 586 619,67 €	382,94 €	397,93 €	406,03 €	3,91%	2,04%
1 Honoraires des généralistes	165 185 320,78 €	43,91 €	45,94 €	47,99 €	4,62%	4,45%
2 Honoraires des spécialistes	82 619 250,41 €	22,60 €	22,96 €	24,00 €	1,58%	4,54%
3 Honoraires dentaires	79 894 987,38 €	21,79 €	22,93 €	23,21 €	5,22%	1,23%
4 Honoraires paramédicaux	70 601 604,98 €	18,11 €	19,12 €	20,51 €	5,58%	7,26%
5 Médicaments	328 250 013,99 €	97,66 €	97,54 €	95,37 €	-0,12%	-2,23%
6 Dispositifs médicaux	32 982 391,22 €	8,33 €	8,80 €	9,58 €	5,67%	8,90%
7 Analyse et biologie	55 963 004,31 €	15,65 €	15,95 €	16,26 €	1,91%	1,96%
8 Frais de transport	20 475 951,23 €	4,96 €	5,44 €	5,95 €	9,57%	9,40%
9 Autres prestations en nature	1 961 808,90 €	0,62 €	0,61 €	0,57 €	-1,37%	-6,55%
10 Forfaits proth. dentaires	150 424 938,10 €	35,17 €	42,33 €	43,70 €	20,34%	3,24%
11 Forfaits orthodontie	22 833 343,37 €	3,83 €	5,63 €	6,63 €	46,91%	17,78%
12 Forfaits optique médicale	21 844 682,99 €	5,80 €	6,15 €	6,35 €	6,13%	3,19%
13 Forfaits proth. auditives	1 939 525,66 €	0,37 €	0,48 €	0,56 €	27,92%	18,54%
14 Honoraires du secteur public/Prestations hospitalières	240 656 371,65 €	76,05 €	71,94 €	69,92 €	-5,40%	-2,82%
15 Forfait journalier	121 953 424,70 €	28,08 €	32,11 €	35,43 €	14,36%	10,33%

Chemin : G:\Statistiques CMU\Nouvelles\_Stat\Indicateurs\_Tableaux – Fichier : Suivi\_Depenses\_Reelles.xls – Onglet : Présentation\_005

Sources : CNAMTS et SLM

### 3.4 DÉPENSE RÉELLE FRANCE ENTIÈRE ET PAR DÉPARTEMENT

CNAMTS et SLM

Décembre 2008

	Effectifs	Total	Ville		Hôpital	
		Coût moyen	Coût moyen	Ratio Coût moyen	Coût moyen	Ratio Coût moyen
<b>Métropole</b>	2 954 523	412,53 €	301,77 €	100,36%	110,77 €	105,14%
<b>DOM</b>	487 514	366,65 €	294,14 €	97,82%	72,51 €	68,83%
<b>France entière</b>	3 442 037	406,03 €	300,69 €	100,00%	105,35 €	100,00%

Chemin : G:\Statistiques CMUNouvelles\_StatIndicateurs\_Tableaux – Fichier : Suivi\_Depenses\_Reelles\_Par\_Departement.xls  
– Onglet : Presentation\_001 – Bas de page

Les données de couleur bleue se situent à l'intérieur du premier décile et les données de couleur orange à l'intérieur du dernier pour les colonnes concernées.

Département	Effectifs	Total	Ville		Hôpital	
		Coût moyen	Coût moyen	Ratio Coût moyen	Coût moyen	Ratio Coût moyen
01 Ain	8 773	383,96 €	256,33 €	85,18%	127,64 €	120,81%
02 Aisne	36 988	366,37 €	270,28 €	89,82%	96,09 €	90,95%
03 Allier	17 600	380,52 €	249,24 €	82,82%	131,29 €	124,27%
04 Alpes-Haute-Provence	5 989	389,05 €	282,50 €	93,88%	106,56 €	100,86%
05 Hautes-Alpes	2 658	392,40 €	251,26 €	83,50%	141,13 €	133,59%
06 Alpes-Maritimes	44 024	501,41 €	388,70 €	129,17%	112,71 €	106,68%
07 Ardèche	6 221	398,59 €	240,40 €	79,89%	158,19 €	149,74%
08 Ardennes	21 220	280,79 €	293,98 €	97,69%	-13,18 €	-12,48%
09 Ariège	8 678	386,59 €	280,23 €	93,12%	106,36 €	100,68%
10 Aube	19 091	382,93 €	271,12 €	90,10%	111,81 €	105,84%
11 Aude	24 629	412,79 €	316,81 €	105,28%	95,98 €	90,85%
12 Aveyron	7 671	395,94 €	257,42 €	85,54%	138,52 €	131,11%
13 Bouches-du-Rhône	187 815	515,04 €	415,23 €	137,98%	99,82 €	94,48%
14 Calvados	20 408	405,84 €	269,83 €	89,67%	136,01 €	128,73%
15 Cantal	4 233	509,33 €	276,01 €	91,72%	233,32 €	220,84%
16 Charente	17 530	361,23 €	259,37 €	86,19%	101,86 €	96,41%
17 Charente-Maritime	25 132	425,44 €	281,14 €	93,43%	144,31 €	136,59%
18 Cher	16 248	350,86 €	237,22 €	78,83%	113,64 €	107,56%
19 Corrèze	6 411	594,81 €	267,48 €	88,89%	327,33 €	309,83%
201 Corse-du-Sud	4 720	449,10 €	321,72 €	106,91%	127,38 €	120,57%
202 Haute-Corse	8 565	413,98 €	320,91 €	106,64%	93,06 €	88,09%
21 Côte-d'Or	8 079	465,26 €	295,36 €	98,15%	169,90 €	160,81%
22 Côtes-d'Armor	10 809	415,20 €	265,89 €	88,36%	149,31 €	141,33%
23 Creuse	5 470	360,56 €	221,74 €	73,69%	138,81 €	131,39%
24 Dordogne	15 204	459,82 €	260,58 €	86,59%	199,25 €	188,59%
25 Doubs	22 350	415,75 €	283,75 €	94,29%	132,00 €	124,94%
26 Drôme	7 858	398,72 €	281,23 €	93,46%	117,49 €	111,21%
27 Eure	21 420	352,75 €	231,79 €	77,03%	120,96 €	114,49%
28 Eure-et-Loir	14 716	348,77 €	245,95 €	81,73%	102,81 €	97,32%
29 Finistère	17 989	426,01 €	276,96 €	92,04%	149,04 €	141,07%
30 Gard	54 675	427,71 €	335,90 €	111,62%	91,81 €	86,90%
31 Haute-Garonne	60 726	496,17 €	367,95 €	122,27%	128,22 €	121,36%
32 Gers	6 810	486,63 €	277,75 €	92,30%	208,88 €	197,71%
33 Gironde	55 068	405,51 €	311,31 €	103,45%	94,20 €	89,17%
34 Hérault	71 641	484,35 €	382,29 €	127,04%	102,06 €	96,60%
35 Ille-et-Vilaine	24 135	411,98 €	280,94 €	93,36%	131,04 €	124,03%
36 Indre	8 555	347,44 €	255,58 €	84,93%	91,86 €	86,95%
37 Indre-et-Loire	17 035	384,64 €	269,47 €	89,55%	115,17 €	109,01%
38 Isère	35 147	403,74 €	285,34 €	94,82%	118,39 €	112,06%
39 Jura	7 762	397,68 €	253,72 €	84,32%	143,96 €	136,26%
40 Landes	10 827	385,46 €	284,24 €	94,45%	101,22 €	95,81%
41 Loir-et-Cher	10 020	347,62 €	230,08 €	76,46%	117,54 €	111,26%
42 Loire	24 736	402,65 €	280,89 €	93,34%	121,77 €	115,25%
43 Haute-Loire	3 410	371,76 €	242,04 €	80,43%	129,72 €	122,78%
44 Loire -Atlantique	33 615	375,06 €	271,62 €	90,26%	103,44 €	97,91%
45 Loiret	26 806	342,35 €	251,42 €	83,55%	90,92 €	86,06%
46 Lot	6 202	387,39 €	246,25 €	81,83%	141,14 €	133,59%
47 Lot-et-Garonne	14 241	382,92 €	281,42 €	93,52%	101,50 €	96,07%
48 Lozère	2 134	1 012,81 €	236,49 €	78,59%	776,32 €	734,81%
49 Maine-et-Loire	24 841	383,11 €	251,98 €	83,74%	131,12 €	124,11%

Département	Effectifs	Total	Ville		Hôpital		
		Coût moyen	Coût moyen	Ratio Coût moyen	Coût moyen	Ratio Coût moyen	
50	Manche	14 852	363,23 €	236,53 €	78,60%	126,70 €	119,92%
51	Marne	27 447	397,70 €	273,68 €	90,95%	124,02 €	117,39%
52	Haute-Marne	7 914	397,88 €	250,15 €	83,13%	147,73 €	139,83%
53	Mayenne	6 623	377,14 €	<b>236,50 €</b>	78,59%	140,64 €	133,12%
54	Meurthe-et-Moselle	33 863	458,37 €	321,25 €	106,76%	137,12 €	129,79%
55	Meuse	7 801	475,46 €	284,23 €	94,45%	<b>191,23 €</b>	181,01%
56	Morbihan	11 394	409,62 €	271,81 €	90,32%	137,81 €	130,45%
57	Moselle	40 763	<b>332,94 €</b>	239,62 €	79,63%	93,32 €	88,33%
58	Nièvre	8 713	368,53 €	<b>231,16 €</b>	76,82%	137,36 €	130,02%
59	Nord	232 275	406,20 €	311,08 €	103,38%	95,12 €	90,03%
60	Oise	36 785	373,61 €	251,92 €	83,72%	121,69 €	115,18%
61	Orne	13 083	385,95 €	<b>234,86 €</b>	78,05%	151,09 €	143,01%
62	Pas-de-Calais	131 507	387,30 €	301,60 €	100,23%	<b>85,70 €</b>	81,12%
63	Puy-de-Dôme	21 618	359,92 €	262,98 €	87,39%	96,94 €	91,75%
64	Pyrénées-Atlantiques	21 615	<b>494,62 €</b>	309,66 €	102,90%	<b>184,96 €</b>	175,07%
65	Hautes-Pyrénées	9 486	443,82 €	288,06 €	95,72%	155,77 €	147,44%
66	Pyrénées-Orientales	38 942	413,17 €	<b>332,90 €</b>	110,63%	<b>80,27 €</b>	75,98%
67	Bas-Rhin	40 103	<b>346,28 €</b>	267,81 €	89,00%	<b>78,47 €</b>	74,27%
68	Haut-Rhin	29 331	<b>303,88 €</b>	<b>215,39 €</b>	71,58%	<b>88,49 €</b>	83,76%
69	Rhône	88 472	397,27 €	286,09 €	95,07%	111,18 €	105,23%
70	Haute-Saône	8 110	438,45 €	243,51 €	80,92%	<b>194,94 €</b>	184,52%
71	Saône-et-Loire	17 656	364,64 €	242,70 €	80,65%	121,94 €	115,42%
72	Sarthe	21 193	373,22 €	242,31 €	80,52%	130,91 €	123,91%
73	Savoie	7 463	360,81 €	247,31 €	82,18%	113,51 €	107,44%
74	Haute-Savoie	15 220	382,97 €	249,18 €	82,80%	133,79 €	126,64%
75	Paris	161 663	477,62 €	<b>356,37 €</b>	118,43%	121,25 €	114,77%
76	Seine-Maritime	64 551	353,81 €	246,26 €	81,84%	107,55 €	101,79%
77	Seine-et-Marne	38 014	<b>344,19 €</b>	247,04 €	82,09%	97,15 €	91,95%
78	Yvelines	35 477	395,18 €	274,18 €	91,11%	121,00 €	114,53%
79	Deux-Sèvres	8 753	399,15 €	246,50 €	81,92%	152,65 €	144,48%
80	Somme	40 703	404,00 €	290,90 €	96,67%	113,09 €	107,05%
81	Tarn	18 155	400,76 €	277,85 €	92,33%	122,92 €	116,34%
82	Tarn-et-Garonne	12 398	395,41 €	280,60 €	93,25%	114,81 €	108,67%
83	Var	52 424	474,78 €	<b>349,79 €</b>	116,24%	124,99 €	118,30%
84	Vaucluse	33 800	429,75 €	316,93 €	105,32%	112,82 €	106,79%
85	Vendée	10 151	412,76 €	259,17 €	86,13%	153,58 €	145,37%
86	Vienne	19 365	411,61 €	260,26 €	86,49%	151,35 €	143,25%
87	Haute-Vienne	17 392	385,84 €	270,78 €	89,98%	115,05 €	108,90%
88	Vosges	15 710	<b>491,27 €</b>	282,37 €	93,83%	<b>208,90 €</b>	197,73%
89	Yonne	12 542	<b>325,68 €</b>	<b>213,37 €</b>	70,90%	112,31 €	106,31%
90	Territoire-de-Belfort	6 063	379,70 €	248,04 €	82,43%	131,67 €	124,63%
91	Essonne	52 221	374,33 €	266,69 €	88,63%	107,64 €	101,89%
92	Hauts-de-Seine	58 417	427,05 €	310,28 €	103,11%	116,78 €	110,53%
93	Seine-Saint-Denis	155 359	381,19 €	302,52 €	100,53%	<b>78,67 €</b>	74,47%
94	Val-de-Marne	66 868	405,89 €	302,91 €	100,66%	102,98 €	97,47%
95	Val-d'Oise	64 892	406,10 €	300,01 €	99,70%	106,09 €	100,42%
971	Guadeloupe	54 588	404,72 €	300,80 €	99,96%	103,93 €	98,37%
972	Martinique	88 853	<b>209,47 €</b>	<b>158,97 €</b>	52,83%	<b>50,50 €</b>	47,80%
973	Guyanne	66 299	<b>516,76 €</b>	<b>371,79 €</b>	123,55%	144,98 €	137,22%
974	Reunion	277 774	374,41 €	317,88 €	105,63%	<b>56,53 €</b>	53,50%

Chemin : G:\Statistiques CMUNouvelles\_StatIndicateurs\_Tableaux – Fichier : Suivi\_Depenses\_Reelles\_Par\_Departement.xls  
– Onglet : Presentation\_001  
Sources : CNAMTS et SLM

## | 4 EFFECTIFS CMU DE BASE

### | 4.1 ÉVOLUTIONS DES EFFECTIFS

	Métropole	DOM	Total	Évolution
<b>Effectifs annuels moyens</b>				
2005	1 080 535	252 611	1 333 146	
2006	1 121 586	254 813	1 376 399	3,24%
2007	1 146 748	261 075	1 407 823	2,28%
2008	1 195 541	266 051	1 461 593	3,82%
<b>Effectifs mensuels année en cours</b>				
2008 déc	1 240 550	266 149	1 506 699	
2009 janv	1 269 881	267 444	1 537 325	2,03%
2009 févr	1 403 531	297 663	1 701 194	10,66%
2009 mars	1 458 132	297 818	1 755 950	3,22%
2009 avr	1 476 826	299 478	1 776 304	1,16%
2009 mai	1 493 975	300 399	1 794 374	1,02%
2009 juin	1 532 086	301 796	1 833 882	2,20%
2009 juil	1 605 622	307 717	1 913 339	4,33%
2009 août	1 633 262	309 804	1 943 066	1,55%
2009 sept	1 664 005	311 919	1 975 924	1,69%
2009 oct	1 688 942	311 332	2 000 274	1,23%
2009 nov	1 728 903	312 826	2 041 729	2,07%
2009 déc	1 796 514	320 272	2 116 786	3,68%
<b>Évolution depuis Décembre 2008</b>				<b>40,49%</b>

Chemin : G:\Statistiques CMU\Nouvelles\_Stat\Indicateurs\_Tableaux – Fichier : Suivi\_Effectifs\_Tous\_Regimes.xls – Onglet : Note\_Conjoncture

Sources : tous régimes

## | 5 EFFECTIFS AIDE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

### | 5.1 ÉVOLUTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES D'ATTESTATIONS DÉLIVRÉES ET UTILISÉES

Données connues

Mois Années	Mois CPAM		Cumul bénéficiaires d'attestations CNAMTS MSA RSI – ACM	Bénéficiaires ayant utilisé leur attestation	Cout trimestriel pour le Fonds CMU	Cout trimestriel unitaire
	Attestations délivrées	Bénéficiaires d'attestations				
janv 2005	19 557	25 179				
févr 2005	24 099	46 021		12 805	436 828 €	34,11 €
mars 2005	18 709	32 841				
avr 2005	16 738	28 912				
mai 2005	20 583	38 031		62 811	2 239 933 €	35,66 €
juin 2005	15 857	28 779				
juil 2005	11 729	20 911				
août 2005	14 656	26 784		113 731	3 922 656 €	34,49 €
sept 2005	14 526	27 318				
oct 2005	15 554	29 854				
nov 2005	18 680	35 029		177 710	6 123 611 €	34,46 €
déc 2005	19 235	35 140	402 261			
<b>TOTAL 2005</b>	<b>209 923</b>	<b>374 799</b>		<b>TOTAL 2005</b>	<b>12 723 028 €</b>	<b>138,72 €</b>
janv 2006	18 809	34 159	412 241			
févr 2006	18 384	31 455	398 675	202 973	7 772 542 €	38,29 €
mars 2006	15 936	32 740	399 460			
avr 2006	16 448	27 647	398 195			
mai 2006	16 374	29 646	389 810	226 352	9 507 097 €	42,00 €
juin 2006	16 893	29 488	390 276			
juil 2006	17 216	29 193	399 058			
août 2006	12 056	20 615	393 389	234 237	10 791 998 €	46,07 €
sept 2006	15 607	29 112	395 595			
oct 2006	20 405	37 534	403 275			
nov 2006	15 130	29 354	397 600	240 664	12 104 968 €	50,30 €
déc 2006	17 576	29 418	391 330			
<b>TOTAL 2006</b>	<b>200 834</b>	<b>360 361</b>	<b>Evol / Dec N-1 = -2,7 %</b>	<b>TOTAL 2006</b>	<b>40 176 605 €</b>	<b>176,67 €</b>
janv 2007	25 512	43 042	401 213			
févr 2007	22 147	38 596	409 354	244 662	12 920 782 €	52,81 €
mars 2007	29 874	51 614	429 396			
avr 2007	18 995	31 089	433 838			
mai 2007	19 027	33 988	438 680	275 472	14 887 015 €	54,04 €
juin 2007	22 068	39 183	449 420			
juil 2007	20 310	37 031	458 258			
août 2007	19 602	35 845	474 488	304 774	16 597 216 €	54,46 €
sept 2007	19 039	35 302	481 430			
oct 2007	21 069	40 627	485 023			
nov 2007	21 230	37 631	493 800	329 669	17 939 202 €	54,42 €
déc 2007	29 017	44 923	511 119			
<b>TOTAL 2007</b>	<b>267 890</b>	<b>468 871</b>	<b>Evol / Dec N-1 = 30,6 %</b>	<b>TOTAL 2007</b>	<b>62 344 215 €</b>	<b>215,73 €</b>

Mois Années	Mois CPAM		Cumul sur 12 mois des bénéficiaires d'attestations CNAMTS MSA RSI – ACM	Bénéficiaires ayant utilisé leur attestation	Cout trimestriel pour le Fonds CMU	Cout trimestriel unitaire
	Attestations délivrées	Bénéficiaires d'attestations				
janv 2008	21 461	36 949	505 326			
févr 2008	26 025	44 371	511 401	360 095	20 036 646 €	55,64 €
mars 2008	29 141	50 663	510 395			
avr 2008	23 985	41 779	521 385			
mai 2008	20 729	36 920	525 117	382 069	21 047 049 €	55,09 €
juin 2008	25 871	43 152	529 791			
juil 2008	21 591	34 877	527 837			
août 2008	21 706	35 521	527 713	410 262	22 590 072 €	55,06 €
sept 2008	31 917	54 051	546 155			
oct 2008	30 935	53 491	560 319			
nov 2008	41 836	66 318	590 306	442 283	24 272 662 €	54,88 €
déc 2008	29 433	51 049	596 626			
<b>TOTAL 2008</b>	<b>324 630</b>	<b>549 141</b>	<b>Evol / Dec N-1 = 16,7 %</b>	<b>Total 2008</b>	<b>87 946 429 €</b>	<b>220,67 €</b>
janv 2009	32 221	52 062	612 439			
févr 2009	29 766	50 172	618 940	465 316	25 962 400 €	55,80 €
mars 2009	30 092	50 988	619 467			
avr 2009	24 105	40 995	618 883			
mai 2009	24 791	41 400	623 563	492 419	27 681 090 €	56,21 €
juin 2009	27 729	46 948	627 708			
juil 2009	25 647	42 510	635 661			
août 2009	21 473	36 467	636 927	500 045	27 613 139 €	55,22 €
sept 2009	26 939	45 559	629 033			
oct 2009	27 238	46 199	621 871			
nov 2009	27 170	46 309	601 992	501 681	28 620 490 €	57,05 €
déc 2009	28 487	49 377	600 336			
<b>TOTAL 2009</b>	<b>325 658</b>	<b>548 986</b>	<b>Evol / Dec N-1 = 0,6 %</b>	<b>Total 2009</b>	<b>109 877 119 €</b>	<b>224,28 €</b>

Chemin : G:\Aide complémentaire santé\Suivi deliv attestations et stat\Prev ACS.xls – Onglet : Annuaire\_Stat  
Sources : CNAMTS, RSI, MSA, Fonds CMU

## | 6 ASSIETTE DE LA CONTRIBUTION CMU

### | 6.1 ÉVOLUTIONS DE L'ASSIETTE

De 2002 à 2009

	2002	Structure	2003	2004	2005	2006	2007
Taux contribution	1,75%		1,75%	1,75%	1,75%	2,50%	2,50%
<b>Mutuelles</b>	11 263 619	59,82%	12 128 659	13 366 910	14 452 273	15 319 183	15 951 164
<b>IP</b>	3 573 358	18,98%	3 809 369	4 040 936	4 224 606	4 379 284	4 694 627
<b>Sociétés d'assurance</b>	3 990 660	21,20%	4 538 497	5 238 847	5 788 273	6 344 136	6 728 646
<b>Totaux</b>	<b>18 827 637</b>	<b>100,00%</b>	<b>20 476 525</b>	<b>22 646 693</b>	<b>24 465 152</b>	<b>26 042 603</b>	<b>27 374 437</b>
<b>Evolution ACM</b>			<b>8,8%</b>	<b>10,6%</b>	<b>8,0%</b>	<b>6,4%</b>	<b>5,1%</b>

	2008						Evol
	T1	T2	T3	T4	Total	Structure	2008 / 2002
Taux contribution					2,50%		
<b>Mutuelles</b>	4 653 124	3 895 626	3 976 208	3 907 621	16 432 579	57,10%	45,89%
<b>IP</b>	1 272 522	1 191 054	1 275 672	1 269 431	5 008 679	17,40%	40,17%
<b>Sociétés d'assurance</b>	2 658 850	1 516 827	1 586 318	1 575 980	7 337 975	25,50%	83,88%
<b>Totaux</b>	<b>8 584 496</b>	<b>6 603 507</b>	<b>6 838 198</b>	<b>6 753 032</b>	<b>28 779 233</b>	<b>100,00%</b>	<b>52,86%</b>
<b>Répartition entre trimestres</b>	<b>29,83%</b>	<b>22,95%</b>	<b>23,76%</b>	<b>23,46%</b>	<b>100,00%</b>		
<b>Evolution 4 trimestres (ACM)</b>	<b>4,50%</b>	<b>4,68%</b>	<b>5,04%</b>	<b>5,13%</b>			

	2009					
	T1	T2	T3	T4	Total	Structure
Taux contribution					5,90%	
<b>Mutuelles</b>	4 771 557	4 091 899	4 096 937	3 994 927	16 955 320	55,65%
<b>IP</b>	1 403 156	1 304 801	1 317 688	1 318 552	5 344 197	17,54%
<b>Sociétés d'assurance</b>	3 024 840	1 663 370	1 778 028	1 701 935	8 168 173	26,81%
<b>Totaux</b>	<b>9 199 553</b>	<b>7 060 070</b>	<b>7 192 653</b>	<b>7 015 414</b>	<b>30 467 690</b>	<b>100,00%</b>
<b>Evolution 4 trimestres (ACM)</b>	<b>5,99%</b>	<b>6,54%</b>	<b>6,19%</b>	<b>5,87%</b>		

Chemin : G:\Contrôle des dépenses et connaissance des OC\Tableau récap déclarations – Fichier : RépartMutlPAss.xls –  
Onglet : Assiette\_Annuaire  
Source Fonds CMU

### | 6.2 LES 50 PREMIERS ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES

Classement par chiffre d'affaire

Exercice 2008

Nature OC	Nom*	CP	Assiette totale	Nbre moyen bénéfés CMU-C	Nbre moyen bénéfés ACS
M	MGEN - Mutuelle générale de l'éducation nationale	75748	1 100 223 686 €	12 789	1 108
IP	BTP prévoyance - CNPBTP	75294	1 064 873 147 €	9 808	5 068
A	Groupe AXA - AXA France vie	75009	1 018 439 341 €	15 999	12 629
A	SwissLife prévoyance et santé	75008	893 335 339 €	19 402	14 015
M	Prévadiès	75015	796 583 739 €	57 466	23 963
M	MG - Mutuelle générale	75634	737 935 653 €	8 105	1 888
A	Groupe AGF - AGF IART - Assurances générales de France	75113	599 339 653 €	22 993	11 084
M	MNH - Mutuelle nationale des hospitaliers et des personnels de santé	45213	566 924 229 €	5 603	1 484
A	Groupe Generali - Generali vie	75009	493 839 993 €	0	0
IP	Groupe Prisme - Uniprévoyance	94307	483 505 766 €	0	156
IP	Groupe AG2R - La Mondiale - AG2R prévoyance	75680	482 110 744 €	0	247

Nature OC	Nom*	CP	Assiette totale	Nbre moyen bénéfés CMU-C	Nbre moyen bénéfés ACS
IP	Groupe Novalis Taitbout - Novalis prévoyance	75495	425 702 599 €	0	60
M	MNT - Mutuelle nationale territoriale	75311	398 490 486 €	7 907	2 173
A	Groupe Crédit-Mutuel - Assurances du crédit mutuel - IARD SA	67906	374 303 870 €	9 908	4 725
M	MAAF santé	79030	362 723 892 €	72 899	18 761
A	Groupe COVEA - MMA IARD	72030	354 921 167 €	11 343	6 400
IP	Groupe Malakoff-Médéric - URRPIMMEC Union des régimes de retraite et de prestations d'invalidité et de maladie des industries MMEC	78281	338 991 168 €	799	97
A	Groupe Malakoff-Médéric - Quatrem - Assurances collectives	75423	324 218 438 €	0	36
IP	Groupe Malakoff-Médéric - Médéric prévoyance	75317	304 127 112 €	0	0
A	Pacifica - L'assurance dommages au Crédit agricole	75015	288 198 101 €	1 237	7 001
M	Mutuelle Apreva	59306	280 590 193 €	1 048	8 199
A	GROUPAMA - GAN assurances vie	92082	275 609 764 €	104	2 749
IP	Groupe Prisme - APGIS - Association de prévoyance interprofessionnelle des salariés	94684	259 658 902 €	11	47
M	MACIF mutualité	37206	257 298 837 €	8 083	10 613
M	Mutuelle nationale militaire	75013	245 772 743 €	0	49
M	MCD - Mutuelle nationale médico-chirurgico-dentaire	75762	242 141 713 €	615	6 954
A	Groupe Generali - Generali assurances IARD	75456	231 685 035 €	0	1 809
M	Groupe AG2R - La Mondiale - Primamut	75680	227 878 204 €	0	1 268
IP	Groupe Réunica - Réunica prévoyance	92599	209 325 998 €	13	17
M	SMME - Société mutuelle mieux-être	75544	202 947 787 €	1 248	2 581
A	Groupe AVIVA - AVIVA assurances	92271	198 863 054 €	7 524	4 898
M	Mutuelle Ociane	33054	195 894 880 €	11 556	5 946
M	Groupe APICIL - Mutuelle Micils	69300	195 655 503 €	262	1 053
A	Groupe AGF - AGF vie	75002	190 371 427 €	0	0
M	Mutuelle générale de l'économie, des finances et de l'industrie	75019	178 969 569 €	0	121
IP	Groupe APICIL - APICIL prévoyance	69300	176 352 836 €	0	5
M	Mutuelle SMI	75374	173 648 783 €	184	2 119
A	GROUPAMA Loire-Bretagne	35012	172 538 418 €	3 269	1 545
A	Groupe AXA - AXA assurances vie mutuelles	75009	166 252 897 €	2 170	2 510
M	Mutuelle de la gendarmerie	75013	160 161 163 €	0	35
M	Eovi - Mutuelle Présence	42030	156 114 892 €	8 214	3 767
M	MIP - Mutuelle de l'industrie du pétrole	75096	154 679 808 €	7	74
IP	Groupe Mornay - IPGM - Institution de prévoyance du groupe Mornay	75012	152 523 878 €	0	0
A	GROUPAMA - GAN eurocourtage vie	92082	152 326 505 €	0	0
A	GROUPAMA Pays d'Oc	31071	149 440 362 €	3 395	2 230
M	MGP santé - Mutuelle générale de la police	94027	148 704 361 €	0	91
M	Groupe Malakoff-Médéric - Médéric mutualité	75317	139 778 880 €	7	275
A	GROUPAMA Paris-Val-de-Loire	45166	131 636 733 €	1 035	824
M	Mutuelle familiale	75010	129 038 752 €	755	4 093
IP	Groupe Aprionis - Ionis prévoyance	92105	128 804 680 €	507	73

Chemin : G:\Contrôle des dépenses et connaissance des OC\Bases Access\Exercice 2009 - Fichier : CONTRIBUTION CMU 2009.mdb - Requête : R Suivi Nbre ACS Déclarés

Sources : organismes déclarants, Fonds CMU - \* Un déclarant = un numéro SIREN

## 6.3 RÉPARTITIONS DU NOMBRE D'ORGANISME SELON LEUR NATURE

2002 & 2009

	2002		2009	
	Nbre OC	Structure	Nbre OC	Structure
<b>Mutuelles</b>	1 371	88,80%	653	83,72%
<b>IP</b>	51	3,30%	35	4,49%
<b>Sociétés d'assurance</b>	122	7,90%	92	11,79%
<b>Totaux</b>	<b>1 544</b>	<b>100,00%</b>	<b>780</b>	<b>100,00%</b>

Chemin : G:\Contrôle des dépenses et connaissance des OC\Tableau récap déclarations – Fichier : RépartMutIPAss.xls –

Onglet : Assiette\_Annuaire

Source Fonds CMU

# 7 BUDGET DU FONDS CMU

Réalisé

Décembre 2009

Présentation économique des comptes du Fonds CMU										
En millions d'euros										
RECETTES	2000 (déf)	2001 (déf)	2002 (déf)	2003 (déf)	2004 (déf)	2005 (déf)	2006 (déf)	2007 (déf)	2008 (déf)	2009 (déf)
Dotation budgétaire de l'Etat (LFI)	800	889	1 150	970	1 037	695	346	109	47	
Taxe alcool						387	404	480	348	
Taxe tabac							217	411	372	
Contribution des organismes complémentaires	280	308	330	359	395	425	650	684	725	1 791
Dotation assurance maladie						13	40	62	87	
<b>TOTAL RECETTES</b>	<b>1 080</b>	<b>1 197</b>	<b>1 480</b>	<b>1 329</b>	<b>1 432</b>	<b>1 520</b>	<b>1 657</b>	<b>1 746</b>	<b>1 579</b>	<b>1 791</b>
<b>DEPENSES</b>										
Versements aux régimes de base	1 001	1 237	1 159	1 263	1 222	1 267	1 436	1 443	1 266	1 346
Déductions CMU-C	44	124	142	182	197	195	211	204	196	230
Déductions ACS						13	40	62	87	112
Total déductions organismes complémentaires	44	124	142	182	197	208	251	266	283	342
Reversement CNAMTS (excédent)										83
Gestion administrative	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>TOTAL DEPENSES</b>	<b>1 046</b>	<b>1 362</b>	<b>1 302</b>	<b>1 446</b>	<b>1 420</b>	<b>1 476</b>	<b>1 688</b>	<b>1 710</b>	<b>1 550</b>	<b>1 772</b>
Correction comptable/économique					-63					
<b>RESULTAT DE L'ANNEE</b>	<b>34</b>	<b>-165</b>	<b>178</b>	<b>-117</b>	<b>75</b>	<b>44</b>	<b>-31</b>	<b>36</b>	<b>30</b>	<b>19</b>
<b>RESULTAT CUMULE</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>

Effet prix, en 2009 évolution du forfait CMU-C : + 8,8 %  
Effet volume en 2009 : - 0,9 % en CMU-C (RO et OC)

Chemin : G:\Budgets et conventions financières\Budget GT\BN\2009\ete 2009 – Fichier : Recap pluri sept 09.xls – Onglet : Budget – Prendre les données dans le dossier et le fichier les plus récents et faire valider par B.N.  
Sources : Fonds CMU

## | 8 PLAFONDS DE RESSOURCES, MINIMA SOCIAUX, FORFAITS

### | 8.1 PLAFONDS DE RESSOURCES ET MINIMA SOCIAUX

Mise à jour au 1<sup>er</sup> janvier 2010

	1 personne	2 personnes	3 personnes	4 personnes	par personne supplémentaire
<b>Plafonds CMU-C en Métropole</b>	627 €	940 €	1 128 €	1 316 €	251 €
<b>Plafonds CMU-C dans les DOM</b>	698 €	1 046 €	1 256 €	1 465 €	279 €
<b>Plafonds ACS en Métropole</b>	752 €	1 128 €	1 354 €	1 579 €	20 % du plafond de la CMU-C
<b>Plafonds ACS dans les DOM</b>	837 €	1 256 €	1 507 €	1 758 €	20 % du plafond de la CMU-C
<b>RSA socle / RMI dans les DOM</b>	460,09 €	690,13 €	828,16 €	966,16 €	184,03 €
<b>Allocation Parent Isolé (DOM)</b>	590,74 €	787,65 €	984,26 €	1 181,17 €	196,91 €
<b>Allocation Adulte Handicapé</b>	681,63 €				
<b>AAH + Forfait logement</b>	736,84 €				
<b>AAH + MVA** + Forfait logement</b>	841,61 €				
<b>AAH+CPLT de ressources*** + FL</b>	916,15 €				
<b>Allocation de solidarité spécifique</b>	461,77 €				
<b>Allocation de solidarité aux personnes âgées + FL</b>	732,34 €	1 257,56 €			
<b>Seuil de pauvreté 2007 ( 50% de la médiane des niveaux de vie) Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2007.</b>	757 €	1 135 €			
<b>Seuil de pauvreté 2007 ( 60% de la médiane des niveaux de vie) Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2007.</b>	908 €	1 362 €			
<b>SMIC net au 1er janvier 2010 pour 35 heures + forfait logement</b>	1 111,45	1 166,66 €			

	Le montant de la prestation permet l'attribution de la CMUC en Métropole et a fortiori dans les DOI
	Le montant de la prestation permet l'attribution de la CMUC uniquement dans les DOM
	Le montant de la prestation permet l'attribution de l'ACS en Métropole et a fortiori dans les DOM
	Le montant de la prestation permet l'attribution de l'ACS uniquement dans les DOM

*Montant du forfait logement :	1 personne	55,21 €
	2 personnes	110,42 €
	3 personnes	136,65 €

\*\* Majoration pour vie autonome : supplément versé aux bénéficiaires de l'AAH ne travaillant pas et disposant d'un logement autonome pour lequel ils perçoivent une aide au logement

\*\*\* Complément de ressources : versé aux bénéficiaires de l'AAH ayant une capacité de travail inférieure à 5 % et disposant d'un logement autonome

Chemin : P:Muriel Angele/Minima sociaux – Fichier : tableau minima sociaux-au 1-01-10.xls – Onglet : Feuil1

## | 8.2 FORFAITS CMU-C

Année	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Montant	283,00 €	300,00 €	304,52 €	340,00 €	340,00 €	340,00 €	370,00 €

Source : Fonds CMU

## | 8.3 MONTANT ANNUEL DE L'ACS, PAR BÉNÉFICIAIRE

Mise à jour au 1<sup>er</sup> janvier 2010

Montant de l'aide par personne couverte	moins de 16 ans	de 16 à 24 ans	de 25 à 49 ans	de 50 à 59 ans	à partir de 60 ans	Texte (L. 863-1 CSS)
01/01/2005	75 €	75 €	150 €	150 €	250 €	L 2004-810 du 13/08/2004, art.56-I-A
01/01/2006	100 €	100 €	200 €	200 €	400 €	LFSS 2006, art. 53-II
01/08/2009	100 €	100 €	200 €	350 €	500 €	L 2009-879 du 21/07/2009, art. 58
01/01/2010	100 €	200 €	200 €	350 €	500 €	LFI 2010, art. 133

Source : DSS

